

**В.К. Гостищев<sup>1</sup>,**

*д.м.н., академик РАМН, профессор*

**М.А. Евсеев<sup>2</sup>,**

*д.м.н., профессор*

## ОСТРЫЕ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫЕ ЯЗВЕННЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ: ОТ СТРАТЕГИЧЕСКИХ КОНЦЕПЦИЙ К ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКЕ

Рассматриваются ключевые вопросы ведения пациентов с острыми гастродуоденальными язвенными кровотечениями: прогнозирование и предупреждение их рецидива, возможности эндоскопического гемостаза и антисекреторной терапии, выбор метода оперативного вмешательства и алгоритмизация лечебной тактики. На основании анализа особенностей и результатов лечения 1408 пациентов с острыми гастродуоденальными язвенными кровотечениями постулируется необходимость применения дифференцированной лечебной тактики, основанной на оценке стабильности гемостаза, определении возможностей консервативного гемостаза, выявлении показаний и ограничений к неотложной операции в конкретной клинической ситуации.

*Ключевые слова:* гастродуоденальные кровотечения, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, диагностика, ведение.

Principles of management of patients with acute gastrointestinal bleedings due to peptic ulcer disease are discussed with emphasis to opportunities of endoscopic haemostasis, antisecretory treatment. Original group of 1408 is analysed, according to the results of this analysis algorithms of haemostasis control and of intervention are shown.

*Keywords:* gastrointestinal bleeding, peptic ulcer disease, diagnosis, management.

### Актуальность проблемы

Лечение пациентов с гастродуоденальными кровотечениями язвенной этиологии, составляющими до 60–80% всех геморрагических осложнений заболеваний пищеварительного тракта, остается одной из самых дискуссионных проблем в современной неотложной хирургии. Принято считать, что не менее 10–15% населения в течение жизни страдает язвами желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) [1–7]. Несмотря на оптимистичные заявления гастроэнтерологов о победе над язвенной болезнью, число пациентов, госпитализированных в хирургические клиники с осложнениями гастродуоденальных язв, имеет четкую тенденцию к росту. Большинство современных авторов указывают на отчетливое снижение числа плановых операций, выполняемых по поводу язвенной болезни, и одновременное возрастание числа неотложных

оперативных вмешательств по поводу кровоточащих и перфоративных язв с разбросом уровня послеоперационной летальности от 5,6% до 20,4% [3, 5, 8, 9].

При анализе сообщений западноевропейских и американских авторов последнего десятилетия XX века нельзя не заметить диссонанс между тревожной отечественной статистикой и относительно благодушным воззрением на проблему зарубежных авторов. Американские авторы прямо указывают, что для контроля над язвенным кровотечением вполне достаточны эффективная антисекреторная терапия и эндогемостаз, серьезно не обсуждая необходимость оперативного лечения таких пациентов. Различное отношение к значимости проблемы язвенной геморрагии отечественных и зарубежных авторов находит выражение даже в терминологии. В англоязычной литературе все пищеводные и гастродуоденальные

<sup>1</sup> Заведующий кафедрой общей хирургии Первого московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова, (499) 915 39 73

<sup>2</sup> Кафедра общей хирургии Первого московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова, docmax2002@mail.ru

кровотечения принято подразделять на варикозные (*variceal bleeding*) и неварикозные (*nonvariceal bleeding*). В отечественных работах традиционно кровотечения из верхнего отдела пищеварительного тракта разделяют на язвенные и неязвенные. Этим самым подчеркиваются приоритеты при обсуждении проблемы гастроуденальных кровотечений: для России и ближнего зарубежья – кровотечения из гастроуденальных язв, для Западной Европы и США – кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода и желудка при синдроме портальной гипертензии.

Тем не менее, в последние годы проблема лечения пациентов с гастроуденальными язвенными кровотечениями вновь становится программным вопросом на международных гастроэнтерологических конгрессах. По данным United European Gastroenterological Federation и World College of Gastroenterology (2009), расходы на лечение больных с язвенными кровотечениями в США составляют \$ 5,7 млрд в год. Число пациентов с язвенными геморрагиями в Европе за последние девять лет возросло в 5 раз; разброс величины общей летальности в европейских клиниках весьма значителен – 6,2–26,6%, при этом отсутствует тенденция к снижению уровня летальности даже при использовании самых современных технологий гемостаза и подавления желудочной секреции [7, 9]. По мнению экспертов United European Gastroenterological Federation и World College of Gastroenterology, предикторами летальных исходов при гастроуденальных язвенных кровотечениях являются возникновение рецидива геморрагии в стационаре, пожилой и старческий возраст пациентов, продолжающееся при госпитализации кровотечение (Forrest I), состояние геморрагического шока и необходимость экстренного оперативного гемостаза. Соответственно к приоритетным задачам при лечении пациентов с язвенной геморрагией относятся остановка продолжающегося кровотечения, восполнение острой кровопотери и профилактика рецидива кровотечения [7, 9]. Необходимо отметить, что, по мнению большинства и отечественных, и зарубежных авторов, именно возникновение повторной геморрагии следует считать краеугольным камнем проблемы гастроуденальных язвенных кровотечений [1, 4, 9]. В связи с этим весьма дискуссионным представляется мнение о бесспорных приоритетах эндоскопического гемостаза и антисекреторной терапии в достижении окончательной остановки кровотечения, что подчеркивается наличием стабильного уровня рецидивов геморрагии при различных вариантах эндо- и лекарственного гемостаза. Также нельзя считать полностью решенной проблему прогнозирования рецидива кровотечения и аргументированного определения показаний к неотложному оперативному вмешательству. Не менее актуальным сегодня является обсуждение оптимальной хирургической тактики, включающее определение сроков оперативного вмешательства и выбор патогенетически обоснованного метода оперативного вмешательства применительно к конкретной клинической ситуации.

Приводимые в настоящей работе суждения основаны на анализе особенностей и результатов лечения 1408 пациентов с острыми гастроуденальными язвенными кровотечениями (ОГДЯК) в клинике общей хирургии ММА им. И. М. Сеченова за период с 1991 по 2009 год. Количественное накопление клинического материала имело своим неизбежным следствием качественную переоценку приоритетных задач лечебного процесса, что нашло отражение в эволюции хирургической тактики у пациентов с язвенной геморрагией.

### **Рецидив язвенной геморрагии – краеугольный камень проблемы гастроуденальных язвенных кровотечений**

Рецидив кровотечения из язв желудка и двенадцатиперстной кишки – повторная геморрагия после спонтанной или обусловленной медикаментозными, эндоскопическими или оперативными мероприятиями остановки кровотечения – всегда представлял собой один из самых драматичных моментов в лечении острых язвенных гастроуденальных кровотечений. Частота повторной язвенной геморрагии в стационаре и сегодня может достигать 20% и более, а величины общей и особенно послеоперационной летальности при рецидивном кровотечении способны доходить, по разным данным, до уровня 15% и 50% соответственно. За 19-летний период пациенты с рецидивом язвенной геморрагии в нашей клинике составили 7,9% от всех пациентов с ОГДЯК. Анализ клинической значимости повторной язвенной геморрагии, а также особенностей ее патогенеза, позволил сделать ряд принципиальных замечаний. Возникновение повторной язвенной геморрагии более характерно для пациентов пожилого и старческого возраста, чем для пациентов молодого и зрелого возраста. Наиболее типичной локализацией источников рецидивирующего ОГДЯК являются заднемедиальная стенка луковицы ДПК и малая кривизна желудка. В то же время наибольшая опасность возникновения повторной геморрагии присуща язвам зоны Dieulafoy и пептическим язвам гастроэнтероанастомоза. Более чем у половины пациентов в силу отсутствия типичных местных симптомов кровотечения из верхнего отдела пищеварительного тракта диагноз «рецидив ОГДЯК» является запоздалым. Очевидно, что отсутствие местной симптоматики повторной геморрагии не может служить достоверным диагностическим критерием стабильности гемостаза, особенно в случае дуоденальной локализации источника кровотечения. Оперативные вмешательства, выполняемые на фоне рецидива кровотечения (так называемые операции отчаяния), характеризуются возрастанием числа послеоперационных осложнений в 2,8 раза и летальных исходов в 5,9 раза по сравнению с неотложными операциями, выполненными в безрецидивный период. В связи с этим следует признать, что основным фактором развития летальных исходов при ОГДЯК является именно рецидивная геморрагия. Развивающиеся в ответ на первичную кровопотерю

терю нарушения гомеостаза, исходно имевшие характер компенсации и субкомпенсации, при рецидиве ОГДЯК прогрессируют с развитием состояния декомпенсации. Возникновение рецидива острого гастродуоденального язвенного кровотечения определяет прогрессирование системных постгеморрагических нарушений с развитием синдрома малого выброса, ДВС-синдрома, синдрома полиорганной недостаточности и закономерно сопровождаются высоким уровнем летальности.

Сравнительный анализ морфологических изменений, динамики парциального давления кислорода и окислительно-восстановительного потенциала в тканях периульцерозной зоны позволили прийти к выводу, что, сообразно особенностям патогенеза, можно выделить два варианта рецидивной геморрагии. При первом варианте рецидив развивается в течение 48 часов от момента первичного гемостаза и патогенетически связан либо с прогрессированием фибриноидного некроза в дне язвы при неугнетенной желудочной кислотопродукции, либо с дислокацией тромба из просвета аррозированной в дне язвы сосуда (вторичное раннее кровотечение). При втором варианте повторные кровотечения возникают позднее 48 часов, на фоне гипо- или ацидного состояния при медикаментозном подавлении желудочной секреции, и развиваются вследствие ишемического некроза расположенных в глубине периульцерозной зоны тканей, в том числе стенки крупных сосудов мышечного и подслизистого слоя (вторичное позднее кровотечение). Предрасполагающими факторами острой локальной ишемии и ишемического некроза являются состояние массивной кровопотери с прогрессирующими гемической и циркуляторной гипоксией, редукцией спланхического кровотока при централизации кровообращения, гиперкоагуляционным синдромом, переходящим в гиперкоагуляционную фазу ДВС-синдрома, а также предсуществующие дегенеративные изменения микроциркуляторного русла в рубцовом поле хронических язв [1, 10]. Особенности патогенеза раннего и позднего рецидива кровотечения определяют различный характер лечебных мероприятий, направленных на предупреждение повторной язвенной геморрагии. Превентивными в отношении раннего рецидива кровотечения являются средства консервативного гемостаза – эндоскопический гемостаз и медикаментозное подавление желудочной секреции. Предупреждение позднего рецидива язвенного кровотечения в настоящее время возможно лишь при проведении превентивного оперативного вмешательства. В связи с этим особенно актуальной представляется задача прогнозирования повторного язвенного кровотечения.

Проведенный регрессионный анализ 43 клинико-эндоскопических признаков 1018 клинических случаев ОГДЯК позволил выделить шесть факторов, статистически значимых для факта возникновения рецидива кровотечения: величина кровопотери, величина интегральной оценочной системы АРАСНЕ III, эндоскопическая характеристика язвенного дефекта и интенсивности кровотечения по J. Forrest. Результатом явилось выделение факторов,

значимых ( $p < 0,05$ ) для возникновения рецидива кровотечения. О высоком риске рецидива кровотечения свидетельствовали кровопотеря III и IV степени (классификация American College of Surgeons), величина АРАСНЕ III более 85 баллов, наличие язвы Dieulafoy, каллезных язв малой кривизны желудка и задней стенки двенадцатиперстной кишки (ДПК) с кровотечением Forrest I–IIb, наличие острых язв желудка  $\geq 9$  мм или ДПК  $\geq 6$  мм, наличие хронических язв желудка  $\geq 20$  мм или ДПК  $\geq 10$  мм с кровотечением Forrest I–IIb. При сопоставлении приведенных выше клинико-эндоскопических критериев угрозы рецидива ОГДЯК с показателями парциального давления кислорода и окислительно-восстановительного потенциала тканей язвы было установлено, что сочетание клинических показателей тяжелой кровопотери (III–IV степени), выраженных нарушений гомеостаза (АРАСНЕ III  $> 85$  баллов) и эндоскопических признаков обширности рубцово-язвенной дегенерации гастродуоденальной стенки (калезные язвы малой кривизны желудка и задней стенки ДПК с кровотечением Forrest I–IIb, острые язвы желудка диаметром более 9 мм или ДПК более 6 мм, хронические язвы желудка диаметром более 20 мм или ДПК более 10 мм с кровотечением Forrest I–IIb) характеризует локальный патологический процесс как необратимый ишемический некроз и указывает на максимальную (III степени) угрозу рецидива язвенного кровотечения. Сочетание клинических показателей кровопотери I–I степени и АРАСНЕ III менее 65 баллов с наличием острых язв желудка диаметром менее 8 мм и ДПК менее 5 мм, хронических язв желудка менее 10 мм и ДПК менее 8 мм с кровотечением Forrest IIb – с характеризуется отсутствием критической ишемии и указывает на минимальную – I степени – угрозу рецидива ОГДЯК. Клинико-эндоскопические признаки, занимающие промежуточное положение, соответствуют явлениям выраженной локальной ишемии, обратимого некробиоза и указывают на наличие II степени угрозы рецидива кровотечения [10].

Разделение понятия угрозы рецидива кровотечения на три степени риска имеет принципиальное значение в выборе лечебной тактики при ОГДЯК. При выявленной угрозе рецидива III степени, учитывая необратимость некротических процессов в язве и неизбежность повторной геморрагии, имеют место объективные показания к неотложному оперативному вмешательству. При выявленной угрозе рецидива I степени показаний к неотложной операции нет, лечение пациентов ограничивается противоязвенной терапией. При угрозе рецидива II степени некробиотические процессы в язве могут как подвергнуться реверсии, так и прогрессировать с исходом в некроз и развитием рецидива кровотечения. Поэтому при угрозе рецидива II степени на фоне противоязвенной и корригирующей кровопотерю терапии необходим периодический (каждые 12 часов) эндоскопический контроль динамики местного патологического процесса. Применяемый нами прогностический подход позволил уменьшить число рецидивов язвенных кровотечений с 14,9% в период 1991–2000 гг. до 2,2% в период 2001–2009 гг.

### Возможности консервативного гемостаза при гастродуоденальных язвенных кровотечениях

Очевидным критерием клинической эффективности консервативных методов гемостаза (эндогемостаз и антисекреторная терапия) является состояние стабильного гемостаза. Комплексное применение эндоскопического воздействия и медикаментозного подавления желудочной секреции позволило остановить продолжающееся кровотечение (Forrest I) у 96% пациентов, однако окончательный характер при применении консервативных мероприятий гемостаз имел лишь у 78,5% пациентов. В связи с этим следует еще раз подчеркнуть, что применение средств консервативного гемостаза, включающих механическую компрессию аррозированной сосуда, формирование коагуляционного струпа или клеевой композиции на поверхности язвы, ингибирование кислотно-пептического фактора, имеет своей основной задачей предотвращение ранних рецидивов кровотечения. В случае уже сформированных очагов ишемического некроза в периаульцерозной зоне и при угрозе позднего рецидива кровотечения консервативный гемостаз имеет своей целью лишь пролонгирование безрецидивного периода для подготовки больного к неотложной операции.

При прочих равных условиях (интенсивность кровотечения, тяжесть кровопотери, характер язвы) эффективность эндоскопической моно- и биполярной коагуляции, инфльтрационного гемостаза была сопоставимой, окончательная остановка кровотечения констатирована у 52–57% пациентов. Своей эффективностью в плане достижения стабильного гемостаза выделялась аргон-плазменная коагуляция – окончательный гемостаз был достигнут у 76% пациентов. Обязательным условием профилактики раннего рецидива кровотечения является исключение действия кислотно-пептического фактора повышением интрагастрального pH выше 6 в течение первых 72 часов терапии. Гарантированное состояние желудочной гипосекреции в указанный период было отмечено только при внутривенной инфузии омепразола: через 72 часа от начала терапии pH в теле желудка была выше 6. В то же время на фоне терапии фамотидином уже через 48 часов pH в теле желудка приближалась к 3, а через 72 часа от начала терапии pH в теле желудка была ниже 2,5. На фоне проведенного эндогемостаза клиническая эффективность применения омепразола характеризовалась достижением стабильного гемостаза в 87,9% случаев, фамотидина – в 76,1%, пирензепина – в 71,1% случаев [2].

Следует отметить, что, по мнению экспертов United European Gastroenterological Federation и World College of Gastroenterology, в настоящее время наибольшим потенциалом в плане остановки кровотечения и достижения стабильного гемостаза обладает сочетание комбинированного инфльтрационно-коагуляционного эндогемостаза и парентеральных ингибиторов протонной помпы (омепразол, эзомепразол) [6, 7, 9].

Прогнозирование рецидива кровотечения при первичном клинко-эндоскопическом обследовании пациентов

с ОГДЯК имеет принципиальное значение для правильной оценки места и возможностей консервативной терапии. Так, эндогемостаз и антисекреторная терапия должны рассматриваться как основное лечебное мероприятие при I, минимальной, степени угрозы рецидива язвенного кровотечения, как средство предупреждения повторной геморрагии при II степени угрозы и как средство пролонгирования безрецидивного периода при III, максимальной, степени угрозы рецидива кровотечения для подготовки больного к неотложному оперативному вмешательству.

### Выбор оперативного вмешательства при острых гастродуоденальных язвенных кровотечениях

Учитывая тот факт, что не менее чем у 15–20% пациентов применение методов консервативного гемостаза не сопровождается достижением окончательного гемостаза, показания для выполнения срочных или экстренных операций по поводу ОГДЯК возникают у каждого пятого пациента. При этом принципиальными задачами операций при ОГДЯК являются достижение окончательного гемостаза, так и радикальное излечение пациента от язвенной болезни (в случае кровотечения из хронической язвы). Кроме того, выбор метода неотложной операции определяется закономерным стремлением выполнить наименее травматичное и продолжительное вмешательство больным с острой кровопотерей и минимизировать риск послеоперационных осложнений. Мы являемся убежденными сторонниками резекционного направления в хирургии осложнений гастродуоденальных язв и считаем дистальную резекцию желудка в объеме не менее  $\frac{2}{3}$  наиболее адекватным вмешательством как с точки зрения патогенетической обоснованности и радикальности при лечении язвенной болезни, так и с точки зрения гарантированного достижения окончательного гемостаза. Операции с оставлением кровоточащей язвы (прошивание кровоточащей язвы, в том числе дополненное ваготомией, резекция желудка «на выключение») неприемлемы вследствие возможности послеоперационного рецидива кровотечения (68,2%, 17,9% и 25,0% соответственно). После выполнения ваготомии в различных вариантах в отдаленные сроки отмечается тенденция к восстановлению дооперационного уровня кислотопродукции, что указывает на условно-радикальный характер данных операций. Для адекватного угнетения кислотопродуцирующей функции желудка при язвенной болезни ДПК показана дистальная резекция не менее  $\frac{3}{4}$  желудка; при язвенной болезни желудка – дистальная резекция не менее  $\frac{2}{3}$  желудка [3].

В рамках дифференцированной лечебной тактики (см. ниже), позволяющей оперировать в оптимальный временной промежуток, был разработан и апробирован в клинике алгоритм выбора метода неотложного резекционного оперативного вмешательства при ОГДЯК, в основу которого положено следующее:

- предоперационный топический диагноз «кровоточащая язва»;

- интраоперационная оценка выраженности рубцово-спаечного процесса (трудностей мобилизации) в пилоробульбарном сегменте;
- интраоперационное определение факта и стадии хронического нарушения дуоденальной проходимости.

Алгоритмизированный выбор метода операции при ОГДЯК сводится к следующему. При наличии у пациента кровоточащих медиогастральных язв и множественных язв желудка (I и V тип по Johnson) показано выполнение дистальной резекции желудка по Бильрот-I. При язвах желудка субкардиальной локализации (IV тип по Johnson) показано выполнение дистальной «лестничной» резекции желудка по Бильрот-I в модификации Шумакера. При пептических язвах гастроэнтероанастомоза показано выполнение дистальной резекции желудка по Бильрот-II в модификации Ру. При дуоденальных язвах, препилорических язвах желудка и сочетанных гастродуоденальных язвах (II и III тип по Johnson) проводят оценку состояния (сложности мобилизации) пилородуоденального сегмента. При I и II степени сложности мобилизации (по Guagnelli) показано выполнение дистальной резекции желудка по Бильрот-I или резекции по Бильрот-II с поперечным гастроэнтероанастомозом на короткой петле. При III и IV степени сложности показано выполнение дистальной резекции желудка по Бильрот-II в модификации Ру. При выявленном хроническом нарушении дуоденальной проходимости в стадии компенсации и субкомпенсации при отсутствии трудностей мобилизации пилоробульбарного сегмента следует выполнять дистальную резекцию желудка по Бильрот-I с мобилизацией дуоденоюнального перехода. В случае компенсированного нарушения дуоденальной проходимости мобилизация дуоденоюнального изгиба является адекватной для коррекции дуоденостаза мерой, в случае декомпенсации нарушения дуоденальной проходимости необходимо проведение реконструктивного этапа резекции желудка по методу Ру. Данный тип вмешательства, будучи наиболее действенной мерой профилактики несостоятельности культи ДПК, показан также при сложности мобилизации пилоробульбарного сегмента III-IV категории. Данный алгоритм был использован в ходе 113 неотложных операций при ОГДЯК. Следствием применения алгоритма явилось возрастание числа выполненных резекций по методу Бильрот-I в 13 раз, резекции по Бильрот-II с поперечным гастроэнтероанастомозом на короткой петле в 10 раз, резекции желудка по Бильрот-II в модификации Ру в 1,5 раза, при практически полном исключении резекций желудка по Бильрот-II в модификациях Гофмейстера – Финстерера и Бальфура. Иссечение кровоточащей язвы с пилоропластикой и стволовой ваготомией произведено всего двум больным (1,8%) с кровопотерей III-IV степени на фоне продолжающегося профузного кровотечения при безуспешном эндогемостазе из язвы передней стенки луковицы ДПК. Клиническое использование алгоритмизированного подхода при выборе оперативного вмешательства при ОГДЯК в рамках дифференцированной лечебной тактики позволило снизить уровень местных послеоперационных осложнений до 12,7%, а послеоперационную летальность до 6,2%.

### Лечебная тактика при гастродуоденальных язвенных кровотечениях

При обсуждении проблемы язвенной геморрагии наиболее острой, в силу своей непосредственной клинической значимости, остается дискуссия о сравнительной эффективности разных вариантов лечебной тактики. С 2002 г. и по настоящее время лечение пациентов с ОГДЯК в нашей клинике основано на принципах дифференцированной лечебной тактики. Для данного тактического подхода характерно наличие двух компонентов, являющихся ключевыми в определении показаний, противопоказаний и сроков проведения оперативного вмешательства, – это прогнозирование угрозы рецидива язвенного кровотечения и объективная оценка тяжести состояния пациентов и степени операционного риска.

Проведение комплексной оценки клинических (степень кровопотери, величина АРАСНЕ III) и эндоскопических (критерий Forrest, характер, размеры, локализация язв) показателей позволяет выявить имеющуюся угрозу повторной геморрагии в 95,7% случаев. Показания к неотложной операции ставятся при выявленной максимальной степени угрозы рецидива ОГДЯК, когда консервативные мероприятия заведомо не позволяют надеяться на достижение окончательного гемостаза, а также при установленной отрицательной динамике местного патологического процесса, что свидетельствует о неэффективности консервативного лечения. В данном случае для выявления динамики локального статуса контрольная ЭГДС должна проводиться каждые 12 часов в течение первых трех суток, поскольку типичным для возникновения рецидива кровотечения является период 12–72 часов. Наконец, выявленная минимальная степень угрозы повторной геморрагии исключает необходимость неотложной операции. Дифференцированная оценка стабильности гемостаза, проводящаяся уже при первичной ЭГДС, позволила в каждом конкретном случае прогнозировать возможности эндогемостаза и антисекреторной терапии для их обоснованного применения с динамическим контролем эффективности.

Не менее важный компонент лечебных мероприятий при ОГДЯК – объективная оценка тяжести состояния пациента с определением необходимости его оптимизации в ходе предоперационной подготовки. Для этой цели мы используем интегральный показатель АРАСНЕ III – системы с наиболее объективной оценкой тяжести состояния, учитывающей острые постгеморрагические изменения гомеостаза, а также сопутствующую патологию и возраст пациентов.

В ходе сравнительного анализа предоперационного показателя тяжести состояния у всей совокупности пациентов, оперированных по поводу ОГДЯК, тяжести состояния у пациентов с послеоперационными осложнениями и у умерших в послеоперационном периоде было установлено, что значением АРАСНЕ III, адекватным для проведения экстренной операции у молодых пациентов, является значение АРАСНЕ III меньше 25 баллов, у пациентов среднего возраста – меньше 33 баллов, у пациен-

тов пожилого возраста – меньше 45 баллов, у пациентов старческого возраста – меньше 53 баллов. Объективизация оценки тяжести состояния пациента с ОГДЯК – это фактор, лимитирующий выполнение экстренных оперативных вмешательств, проводимых без достаточной предоперационной подготовки больного. Дискретная оценка тяжести состояния пациента по системе АРАС-НЕ III позволяет индивидуально определять возможность проведения операции в данный момент времени, а также контролировать адекватность проведения интенсивной терапии – предоперационной подготовки. Длительность интенсивной терапии – предоперационной подготовки при проведении неотложного вмешательства по поводу гастродуоденальных язв, осложненных кровотечением, у больных моложе 60 лет при кровопотере III степени должна составлять не менее 8 часов, при кровопотере IV степени – не менее 12 часов; у больных в возрасте 60–74 лет при кровопотере II степени – не менее 4 часов, при кровопотере III степени – не менее 20 часов. У остальных пациентов длительность предоперационной подготовки должна составлять не менее 24 часов [1, 3].

Создание комплексной клинико-эндоскопической системы прогнозирования рецидива кровотечения и определение критериев для оценки тяжести состояния пациента в динамике позволили сформулировать алгоритм лечебно-диагностических мероприятий при ОГДЯК.

При экстренной ЭГДС в случае визуализации продолжающегося кровотечения (Forrest I) проводят эндоскопическую остановку кровотечения. Выбор метода осуществления последней зависит от морфологического субстрата геморрагии (каллезная или острая язва) и локализации источника кровотечения. При безуспешности эндогемостаза и продолжающемся кровотечении больной должен быть подвергнут экстренному оперативному вмешательству в минимальном, но достаточном для достижения окончательного гемостаза объеме.

При достигнутом состоянии гемостаза (спонтанного или обусловленного лечебной эндоскопией) проводят оценку угрозы рецидива кровотечения с учетом эндоскопических критериев и клинических критериев, включающих степень кровопотери и величину показателя АРАС-НЕ III. При угрозе рецидива кровотечения I степени показано проведение только консервативной противоязвенной терапии. При угрозе рецидива III степени ставят показания к неотложному оперативному вмешательству. Установленная угроза рецидива кровотечения II степени является показанием для проведения повторной оценки стабильности локального гемостаза при контрольных ЭГДС каждые 12 часов в течение первых трех суток. Выявленная отрицательная динамика локального статуса служит показанием к неотложному оперативному вмешательству,

положительная динамика локального статуса свидетельствует о возможности достижения окончательного гемостаза только консервативными мероприятиями.

Синхронно с оценкой стабильности локального гемостаза на основании совместного определения тяжести кровопотери и тяжести состояния по АРАС-НЕ III проводят оценку операционного риска. Последняя предполагает альтернативное заключение: состояние пациента является адекватным для проведения оперативного вмешательства в настоящее время либо для проведения операции требуется предоперационная подготовка. При необходимости предоперационной подготовки проводят интенсивную терапию (прежде всего – заместительную терапию острой кровопотери), по окончании которой вновь осуществляют оценку возможности проведения оперативного вмешательства определением тяжести состояния по АРАС-НЕ III и сравнением полученного показателя с должным для каждой возрастной группы. Если имеются показания к экстренному оперативному вмешательству, но необходима предоперационная подготовка, нужна повторная ЭГДС с проведением превентивного эндогемостаза. Рецидив кровотечения, несомненно, служит показанием к проведению оперативного вмешательства, но, как следует из представленного алгоритма, операцию даже при рецидиве выполняют только при адекватном для вмешательства статусе пациента. В противном случае должны проводиться повторный эндогемостаз и продолжение интенсивной заместительной терапии. Следует избегать выполнения так называемых операций отчаяния при возникшем рецидиве язвенного кровотечения и неадекватном для проведения вмешательства статусе пациента.

Приведенный алгоритм, представляющий собой основу дифференцированной тактики, был апробирован в ходе лечения 645 пациентов с ОГДЯК в период 2002–2009 гг. При лечении пациентов в рамках дифференцированного тактического подхода оперативное вмешательство выполнено 36,2% больных, при этом в экстренном порядке из них были оперированы 15,9%, в срочном порядке – 50,9%, в отсроченном порядке – 33,2%. При этом уровень общей и послеоперационной летальности составил 2,9% и 6,2% соответственно. Еще одной весьма важной особенностью алгоритмизированного тактического подхода, как правило не упоминающейся в научной литературе, является возникающая у практического хирурга уверенность в патогенетической обоснованности, логичности своих действий, подчиненных здравому смыслу. Полагаем, что сам лечебный процесс, основанный на принципах дифференцированной тактики, и, несомненно, его результаты позволят получить истинное профессиональное удовлетворение от покорения одной из вершин экстренной абдоминальной хирургии – лечения пациентов с острыми гастродуоденальными кровотечениями язвенной этиологии.

**Литература**

1. *Гостицев В. К., Евсеев М. А.* Гастродуоденальные кровотечения язвенной этиологии. Руководство для врачей. М.: Гэотар, 2008. 376 с.
2. *Евсеев М. А.* Антисекреторные препараты в неотложной хирургической гастроэнтерологии. М., 2009. 174 с.
3. *Евсеев М. А., Головин Р. А., Ивахов Г. Б.* Дистальная резекция желудка в неотложной хирургии гастродуоденальных язв. М., 2008. 160 с.
4. *Затевахин И. И., Щеголев А. А., Тутков Б. Е.* Новые технологии в лечении язвенных гастродуоденальных кровотечений. М., 2001. 196 с.
5. *Панцырев Ю. М., Михалев А. И., Федоров Е. Д. и др.* Хирургическое лечение осложненной язвенной болезни. 50 лекций по хирургии (под ред. В. С. Савельева). М.: Медиа медика, 2003. С. 248–258.
6. *Bardou M., Toubouti Y., Benhaberou-Brun D., Rahme E., Barkun A.* Meta-analysis: proton-pump inhibition in high-risk patients with acute peptic ulcer bleeding. *Aliment Pharmacol Ther* 2005; 21:677–686.
7. Extending the opportunities for better clinical outcomes in acid related disorders. Materials of scientific meeting of UEGW/WCOG, 2009.
8. *Ефименко Н. А., Лысенко М. В., Астаиов В. Л.* Кровотечение из хронических гастродуоденальных язв: современные взгляды и перспективы лечения. *Хирургия*, 2004; 3:56–59.
9. *Barkun A., Bardou M., Marshall J.* Consensus Recommendations for Managing Patients with Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding, 2003.
10. *Гостицев В. К., Евсеев М. А.* Рецидивы язвенных гастродуоденальных кровотечений. *Хирургия*, 2002; 7:32–36.
11. Современные проблемы экстренного и планового хирургического лечения больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки. Материалы конференции. Саратов, 2003. С. 30–94.

**АФОРИЗМЫ Н.И. ПИРОГОВА**

Односторонний специалист есть либо грубый эмпирик, либо ученый шарлатан.  
Война – это травматическая эпидемия.

Только тот постигал истину, кто внимательно изучал природу, людей и самого себя.

Для учителя такой прикладной науки, как медицина <...> необходима, кроме научных сведений и опытности, еще добросовестность, приобретаемая только трудным искусством самосознания, самообладания и знания человеческой природы.

Мы не должны дозволить никому переделывать историческую истину...

Дело без внутреннего убеждения, выработанного наукой самосознания, все равно что дерево без корня. Оно годится на дрова, но расти не будет.

Судить о недостатках прошлого нетрудно, гораздо труднее хорошо распорядиться настоящим.

Надо быть выше бедствий. Трудно этого достигнуть. Если сам не задушишь твердой волей бедствия жизни, то они задушат тебя.

Жить на белом свете – значит постоянно бороться и постоянно побеждать.

Жизнь не укладывается в тесные рамки доктрины, и изменчивую ее казуистику не выразишь никакими догматическими формулами.

Воспитание человека – вот задача школы. Истинное просвещение – это могучий источник мужества и сил для борьбы за правду.

Всякая школа славна не числом, а славой своих учеников. Врачу необходимо общечеловеческое образование.