

**А.И. Чернооков<sup>1</sup>,**

*д.м.н., профессор*

**Б.А. Наумов<sup>2</sup>,**

*д.м.н., профессор*

**В.С. Алексеев<sup>3</sup>,**

*к.м.н., ассистент*

**Е.С. Сильчук<sup>4</sup>,**

*аспирант*

**Ф.Г. Толибов<sup>5</sup>,**

*аспирант*

## АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НАЧАЛА XXI СТОЛЕТИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ, ОСЛОЖНЕННОЙ КРОВОТЕЧЕНИЕМ

Представлена основанная на оригинальных исследованиях кафедры тактика оценки прогноза и выбора метода лечения при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением.

*Ключевые слова:* желудочно-кишечное кровотечение, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, эндоскопический гемостаз.

Approaches to determination of prognosis and management of patients with peptic ulcer disease, complicated with gastrointestinal bleeding.

*Keywords:* gastrointestinal bleeding, peptic ulcer, endoscopic haemostasis.

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки – широко распространенное заболевание, в течение жизни встречающееся у 5–10% населения развитых стран [1–4]. Кровотечение является наиболее грозным, угрожающим жизни осложнением язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, развиваясь у 15–20% больных [2, 4–6].

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки – одна из наиболее частых причин кровотечения (50–60%) из верхнего отдела желудочно-кишечного тракта,

из них пептические язвы двенадцатиперстной кишки составляют 21–23%, а пептические язвы желудка – 22–25% [3, 7–9]. Именно поэтому оптимизация лечения больных с кровоточащими пептическими язвами остается актуальной проблемой хирургической гастроэнтерологии.

Внедрение в клиническую практику антагонистов H<sub>2</sub> рецепторов гистамина, ингибиторов протонной помпы, средств, оказывающих протективное влияние на слизистую оболочку желудка, и современных методов эрадикации НР привело к снижению госпитализации пациентов

<sup>1</sup> Заведующий кафедрой госпитальной хирургии №2 лечебного факультета Первого московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова, (495) 118 62 00

<sup>2</sup> Кафедра госпитальной хирургии №2 лечебного факультета Первого московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова, (495) 118 62 00

<sup>3</sup> Кафедра госпитальной хирургии №2 лечебного факультета Первого московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова, (495) 118 62 00

<sup>4</sup> Кафедра госпитальной хирургии №2 лечебного факультета Первого московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова, (495) 118 62 00

<sup>5</sup> Кафедра госпитальной хирургии №2 лечебного факультета Первого московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова, (495) 118 62 00

с язвенной болезнью [4, 10, 11]. Тем не менее, несмотря на успехи лекарственной терапии, в США ежегодно госпитализируются 150 тыс. больных с пептическими язвами желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненными кровотечением, причем расходы на их лечение превышают 750 млн долларов [2, 5]. В Российской Федерации наблюдается значительное увеличение числа пациентов с кровоточащими пептическими язвами желудка и двенадцатиперстной кишки, причем эта тенденция в последние годы устойчиво сохраняется [3].

В начале XXI столетия достигнуты значительные успехи в диагностике и лечении язвенной болезни, особенно в экстренной хирургии (широкое внедрение эндоскопических методов гемостаза; изучение кровотока в основании язвы по данным эндоскопического ультразвукового исследования, применение новых антисекреторных препаратов для остановки кровотечения; широкое распространение органосохраняющих операций, современные методы интенсивной терапии и реаниматологии). Однако сегодня, как и в середине XX столетия, летальность от кровотечения у больных с пептическими язвами составляет 8–10% и не имеет тенденции к снижению [2, 5, 6].

Основной причиной сохраняющейся высокой летальности в экономически развитых странах является увеличение доли населения пожилого и старческого возраста. У больных старше 60 лет пептические язвы желудка и двенадцатиперстной кишки возникают (нередко на фоне приема нестероидных противовоспалительных препаратов) почти в 3 раза чаще, чем у пациентов до 60 лет, сопровождаются развитием кровотечения, а сопутствующие заболевания и возрастное снижение физиологических резервов адаптации (больные этой группы менее резистентны к кровотечению даже при небольших объемах кровопотери) требуют особой тактики лечения этой группы пациентов.

В настоящее время многие отечественные и зарубежные хирурги придерживаются активной тактики лечения больных с кровоточащими пептическими язвами, которая включает оценку тяжести состояния пациентов на основании оценочных шкал, оценку анестезиологического риска перед возможным оперативным вмешательством, остановку кровотечения с использованием лекарственных и эндоскопических методов гемостаза, прогноз риска рецидива кровотечения и вероятности летального исхода [3, 7, 13–15].

Совершенствование тактики лечения у пациентов с пептическими язвами, осложненными кровотечением, имеет важное практическое значение и может способствовать улучшению результатов лечения этой группы больных.

Работа основана на анализе результатов лечения 1512 больных с язвами желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненными кровотечением, которые находились в клинике госпитальной хирургии №2 ММА им. И. М. Сеченова с 1984 по 2005 год.

Различные оперативные вмешательства были выполнены 683 пациентам. Мужчин было 561, женщин – 122. Соотношение мужчин и женщин – 4,6:1. Средний возраст больных составлял 47,6±13,9 года. Средняя длительность заболевания – 10,2±2,4 года.

Желудочные язвы I типа выявлены у 206 больных (30,2%), II типа – у 46 (6,7%), III типа – у 143 (20,9%) [16]. У 300 больных (43,9%) язвы располагались в двенадцатиперстной кишке, из них у 46 (6,7%) обнаружены постбульбарные язвы.

Пенетрацию язв в соседние анатомические образования наблюдали у 116 больных (17,0%). У 54 пациентов (7,9%) выявлен стеноз пилородуоденального отдела. Сочетание трех осложнений пептических язв – кровотечения, пенетрации и стеноза выявлено у 28 больных (4,1%). Гигантские пептические язвы (более 3 см в диаметре при локализации в желудке и более 2 см при локализации в двенадцатиперстной кишке) обнаружены у 121 больного (17,7%).

Активное кровотечение (Forrest-IA и Forrest-IB) при поступлении в клинику наблюдали у 126 пациентов (18,4%), причем струйное артериальное кровотечение (Forrest-IA) – у 25 (3,7%) из них. У 482 больных (70,6%) при эндоскопическом исследовании наблюдали состоявшееся кровотечение (Forrest-IIA и Forrest-IV), из них у 208 (30,5%) выявлен тромбированный сосуд в дне язвы (Forrest-III). У 75 больных эндоскопические признаки кровотечения из язвы отсутствовали (Forrest-III).

По экстренным показаниям (через 2–4 часа от момента поступления в стационар или от момента рецидива кровотечения) выполнены операции у 86 больных (12,6%), причем у 43 показанием к операции стало продолжающееся кровотечение на фоне неэффективного эндоскопического гемостаза и у 43 – рецидив кровотечения в период нахождения в стационаре. У 346 больных (50,7%) операции выполнены по срочным показаниям ввиду высокой угрозы рецидива кровотечения (через 12–36 часов от момента поступления в стационар) после стабилизации гемодинамических показателей и восстановления картины крови. Отсроченные операции произведены 251 больному (36,7%) после проведения курса консервативного лечения (в последние годы противоязвенная терапия включала блокаторы протонной помпы и антихеликобактерные препараты) и морфологическая верификация хронической язвы желудка после двукратной множественной (5–6 биоптатов) биопсии.

Для оценки количественных показателей оперативных вмешательств изучали частоту интраоперационных осложнений, ранних послеоперационных осложнений, летальность, патологические синдромы в отдаленном периоде (до 10 лет) на основании модифицированной классификации Н. Н. Крыловым шкалы D. Johnston [5]. С целью изучения качества жизни больных в отдаленные сроки после различных оперативных вмешательств использовали анкету E. Gyvasch (gastrointestinal quality of life index – GIQLI), модифицированную Н. Н. Крыловым, – индекс качества жизни факультетской хирургической клиники им. Н. Н. Бурденко Первого МГМУ им. И. М. Сеченова (ИКЖФКХ) [5]. Активное кровотечение или рецидив кровотечения в стационаре рассматривали как показание к проведению эндоскопического гемостаза.

В клинике госпитальной хирургии №2 Первого МГМУ им. И. М. Сеченова был разработан аналог фибринового клея [17]. Высококонтрированные растворы фибриногена обладают способностью полимеризоваться в течение нескольких секунд под воздействием тромбина и ионов кальция на язвенном дефекте в желудке или двенадцатиперстной кишке путем прочного связывания с коллагеновыми элементами базальных мембран и элементами соединительной грануляционной ткани. Нанесение фибриногена, тромбина и хлористого кальция сопровождается образованием плотного фиксированного тромба.

Эндоскопический гемостаз осуществляли на фоне подавления секреции соляной кислоты (в последние годы внутривенно струйно вводили омепразол (Лосек) 80 мг). В последующем проводили контрольные эндоскопические исследования для подтверждения гемостаза через каждые 4–6 часов (ранее было доказано, что растворение фибринового густка на язве происходит в сроки до 6 часов) [11].

В клинике аналог фибринового клея применяли у пациентов с пептическими язвами, осложненными кровотечением. Эффективный первичный гемостаз при применении аналога фибринового клея был достигнут у 97,5% больных. В последние годы для лучшего достижения эндоскопического гемостаза применяются комбинированные способы (инъекционные методы – введение 2–3 мл 24% раствора спирта в сочетании с аппликацией аналога фибринового клея).

### **Прогнозирование риска рецидива кровотечения и вероятности летального исхода**

После эндоскопической остановки кровотечения, а также у пациентов с состоявшимся кровотечением большое значение для определения тактики лечения имеет прогнозирование риска рецидива кровотечения [2, 10, 14, 19]. Для построения прогностической модели в клинике совместно с кафедрой медицинской информатики и статистики медико-профилактического факультета Первого МГМУ им. И. М. Сеченова было проанализировано 567 историй болезни пациентов с пептическими язвами, осложненными кровотечением, и изучено 43 переменных, характеризующих состояние больного [20].

С помощью корреляционного и дисперсионного анализа выявлены факторы, достоверно свидетельствующие о вероятности рецидива кровотечения:

- окраска кожи при поступлении;
- активность кровотечения при эзофагогастродуоденоскопии (по критериям Forrest);
- возраст старше 60 лет;
- расположение язвы в желудке на задней стенке (по малой или большой кривизне), а также на задней, верхней или нижней стенках двенадцатиперстной кишки;
- систолическое артериальное давление при поступлении;
- число сопутствующих заболеваний;
- отсутствие язвы в анамнезе;
- диаметр язвы.

Важным фактором, который следует учитывать при определении тактики лечения пациентов с пептическими язвами, осложненными кровотечением, является прогнозирование летального исхода.

С помощью корреляционного и дисперсионного анализа были выявлены факторы, достоверно свидетельствующие о наступлении летального исхода:

- число сопутствующих заболеваний;
- возраст;
- активность кровотечения при эзофагогастродуоденоскопии;
- расположение язвы в желудке на задней стенке (по малой или большой кривизне), а также на задней, верхней или нижней стенках двенадцатиперстной кишки;
- величина систолического артериального давления при поступлении;
- окраска кожи при поступлении;
- отсутствие язвы в анамнезе;
- локализация язвы в средней трети тела желудка.

В последующем создана восьмифакторная линейная регрессионная модель для оценки риска рецидива кровотечения и оценки вероятности летального исхода (увеличение числа факторов модели более восьми не повышало ее точность). Полученная модель позволила прогнозировать рецидив кровотечения или летальный исход у поступивших в клинику больных. Проверка надежности регрессионной модели на 60 пациентах подтвердила расчетные параметры модели. В представленной модели прогнозирования риска рецидива кровотечения при 90% эффективности надежность равна 76,9%, при 60% – 90,7% и при 30% – 97,2%. Модель более точно прогнозирует вероятность наступления летального исхода: при 80% эффективности надежность равна 98,9%, при 70% – 99,5% и при 60% – 99,65%.

### **Эндоскопический гемостаз у пациентов с высоким риском рецидива кровотечения и летального исхода**

На основании прогноза риска рецидива кровотечения и вероятности летального исхода выделяли следующие группы пациентов:

- 1-я группа – пациенты с высоким риском рецидива кровотечения и высокой вероятностью летального исхода;
- 2-я группа – пациенты с небольшим риском рецидива кровотечения и большой вероятностью летального исхода;
- 3-я группа – пациенты с небольшим риском рецидива кровотечения и небольшой вероятностью летального исхода;
- 4-я группа – пациенты с высоким риском рецидива кровотечения и небольшой вероятностью летального исхода.

Пациенты 2–3-й групп имеют небольшой риск рецидива кровотечения, поэтому им проводили консервативную терапию. Пациентам 4-й группы выполняли срочные оперативные вмешательства для профилактики последующего рецидива кровотечения.

**Таблица 1. Эффективность применения программного эндоскопического исследования с аппликациями аналога фибринового клея для профилактики рецидива кровотечения**

Группа больных	Число	Умерло, человек	Летальность, %
Многokrатные аппликации аналога фибринового клея	105	18	17,1
Многokrатный комбинированный эндоскопический гемостаз с применением аналога фибринового клея	104	10	9,6
Многokrатный эндоскопический гемостаз не применялся	240	88	36,7*
<b>Всего:</b>	<b>449</b>	<b>116</b>	<b>25,8</b>

\* $p < 0,01$  по сравнению с группами, у которых применяли фибриновый клей.

В литературе некоторые авторы используют повторные эндоскопические исследования для контроля эффективности гемостаза и для профилактики рецидива кровотечения [8]. Тем не менее, хорошо известно, что многократное применение современных способов гемостаза (инъекционные методы, электрокоагуляция, лазерная фотокоагуляция) сопровождается повышением риска перфорации стенки желудка, или двенадцатиперстной кишки, или усилением кровотечения после отторжения струпа [21].

Пациентам 1-й группы проводили консервативное лечение с многократным эндоскопическим использованием аналога фибринового клея для профилактики рецидива кровотечения [7, 9, 10, 11]. Повторные эндоскопические исследования и аппликацию аналога фибринового клея выполняли через каждые 4–6 часов в течение 24–36 часов для профилактики рецидива кровотечения (программные эндоскопические исследования). Многократные аппликации аналога фибринового клея выполнены у 209 пациентов с высоким риском рецидива кровотечения и высокой вероятностью летального исхода (табл. 1). Программные эндоскопические исследования с аппликацией аналога фибринового клея для профилактики рецидива кровотечения позволили отказаться от оперативного вмешательства у больных с высоким риском рецидива кровотечения и высокой вероятностью летального исхода, что привело к снижению летальности ( $p < 0,01$ ).

**Выбор метода операции у пациентов с кровоточащими желудочными язвами типа I**

Оперативные вмешательства выполнены 206 пациентам с желудочными язвами типа I: различные варианты резекции желудка – 108 больным, вариант проксимальной желудочной ваготомии с иссечением язвы – 68, иссечение язвы и ушивание дефекта стенки желудка – 30 больным. Наиболее простым и быстрым вмешательством является

гастротомия, иссечение язвы и ушивание дефекта стенки желудка, однако после операции сохраняется секреция соляной кислоты и пепсина, что может явиться причиной повторного кровотечения из ушитой язвы. Кроме того, остается язвенная болезнь с вероятностью повторных обострений и осложнений. Из 10 умерших пациентов после иссечения и ушивания язвы у 2 причиной смерти стал рецидив кровотечения из ушитой язвы. В связи с этим мы полагаем, что иссечение язвы и ушивание дефекта стенки желудка следует осуществлять только при невозможности выполнить радикальное вмешательство.

Резекцию желудка большинство авторов признают основным хирургическим методом лечения язвенной болезни желудка, поскольку она не только останавливает кровотечение, но и предупреждает развитие рецидивов язвенной болезни в отдаленном периоде. Однако резекция желудка в экстренной ситуации является технически сложным вмешательством и тяжело переносится больными, что подтверждается высокой послеоперационной летальностью. Из 43 пациентов, которым по экстренным и срочным показаниям была выполнена резекция желудка, умерло 6 больных (14%) пожилого возраста.

В клинике разработан и у 68 пациентов с желудочными язвами типа I, осложненными кровотечением, применен вариант проксимальной желудочной ваготомии: передняя серомиотомия тела и кардиофундального отдела желудка в сочетании с задней стволовой ваготомией, гастротомией и иссечением язвы. Иссечение язвы выполняли субсерозно, при больших размерах язвенного дефекта иссекали его края. Сравнивая результаты применения радикальных оперативных вмешательств у больных с кровоточащими пептическими язвами желудка типа I, оперированных по экстренным и срочным показаниям, необходимо отметить, что после резекции желудка рецидивы язвенной болезни

**Таблица 2. Результаты радикальных оперативных вмешательств у пациентов с кровоточащими пептическими язвами желудка I типа, выполненных по экстренным и срочным показаниям**

Радикальное оперативное вмешательство	Послеоперационные осложнения		Летальность	
	число	%	умерло	%
Резекция желудка (n=43)	14	32,6	6	13,9
Вариант проксимальной желудочной ваготомии с гастротомией и иссечением язвы (n=60)	10	16,7	2	3,3

\* $p < 0,1$  \*\* $p = 0,05$

возникают в 2 раза реже, чем после варианта проксимальной желудочной ваготомии с иссечением язвы – 2,9% и 6,2% соответственно. Однако резекция желудка, выполненная по экстренным и срочным показаниям, сопровождается почти в 2 раза большей частотой послеоперационных осложнений и в 4 раза большей послеоперационной летальностью (табл. 2).

### **Выбор метода операции у пациентов с язвами желудка типа III, осложненными кровотечением**

Оперативные вмешательства выполнены 131 пациенту с пептическими язвами желудка типа III, осложненными кровотечением. Паллиативные вмешательства (иссечение и ушивание язвенного дефекта с пилоропластикой) выполнены 12 больным, стволовая ваготомия с иссечением, ушиванием язвенного дефекта и пилоропластикой – 7, резекция желудка – 16, вариант проксимальной желудочной ваготомии (передняя серомиотомия тела и кардиофундального отдела желудка в сочетании с задней стволовой ваготомией) с иссечением, ушиванием язвенного дефекта и пилоропластикой – 96 больным. Особенности патогенеза желудочных язв типа III диктуют необходимость дополнять операцию дренирующим желудок вмешательством. Различные типы пилоропластики выполнили 113 пациентам.

Для выявления оптимальных дренирующих желудок вмешательств нами изучены результаты применения варианта проксимальной желудочной ваготомии (передней серомиотомии тела и кардиофундального отдела желудка в сочетании с задней стволовой ваготомией) с продольной (Heineke – Miculicz, Finney, Judd – Horsley) и поперечной (Aust, Holle, Judd – Rankin, Martin – Burden) пилоропластикой. При анализе моторно-эвакуаторной деятельности желудка у 44 пациентов в отдаленные сроки после операции на основании ультразвукового исследования выявлено, что опорожнение желудка после применения продольной пилоропластики осуществлялось быстрее ( $p < 0,1$ ), чем при выполнении поперечной пилоропластики –  $146 \pm 45$  и  $22 \pm 40$  минуты соответственно. Полученные различия скорости опорожнения желудка подтверждаются и частотой патологических синдромов после выполнения варианта проксимальной желудочной ваготомии с продольной пилоропластикой (31,2%) и при поперечной пилоропластике (10,0%). Рецидив язвы после варианта проксимальной желудочной ваготомии с продольной пилоропластикой в отдаленном периоде возник у 8,3% больных, а при выполнении поперечной пилоропластики – у 5,0%.

Качество жизни в отдаленном периоде после передней серомиотомии тела и кардиофундального отдела желудка в сочетании с задней стволовой ваготомией и поперечной пилоропластикой (изучено у 20 пациентов) равнялось 110 баллам, а после варианта проксимальной желудочной ваготомии с продольной пилоропластикой (исследовано у 16 пациентов) – 106 баллам.

### **Выбор метода операции у пациентов с язвами двенадцатиперстной кишки, осложненными кровотечением**

Основным способом лечения кровоточащих дуоденальных язв в настоящее время является стволовая ваготомия, прошивание или иссечение язвы и пилоропластика [2, 19], однако после операции отмечена высокая частота патологических синдромов, поэтому в литературе появляются все новые сообщения о применении в лечении кровоточащих дуоденальных язв проксимальной желудочной ваготомии и ее вариантов, лишенных этих недостатков [13].

Нами проанализированы результаты хирургического лечения 300 пациентов с кровоточащими язвами двенадцатиперстной кишки. Проксимальная желудочная ваготомия выполнена 38 больным, передняя серомиотомия тела и кардиофундального отдела желудка в сочетании с задней стволовой ваготомией – 208, дуоденопластика – 93 и пилоропластика – 57 больным.

При изучении скорости опорожнения желудка у 20 пациентов после варианта проксимальной желудочной ваготомии с дуоденопластикой ( $246 \pm 36$  минуты) не обнаружено достоверных отличий с пациентами после проксимальной желудочной ваготомии ( $240 \pm 26$  минуты) и здоровыми добровольцами ( $248 \pm 39$  минуты).

Изучение качества жизни в отдаленном периоде также показало отсутствие достоверных различий между здоровыми (126 баллов) пациентами, пациентами после проксимальной желудочной ваготомии (118 баллов) и после передней серомиотомии тела и кардиофундального отдела желудка в сочетании с задней стволовой ваготомией и дуоденопластикой (112 баллов).

Анализ данных клиники позволил нам обосновать приведенную ниже тактику хирургического лечения и выбор метода операции у пациентов с кровоточащими пептическими язвами. При поступлении больного в стационар необходимо выполнить экстренное эндоскопическое исследование, целью которого является определение локализации и размера язвенного дефекта, а также оценка активности кровотечения по критериям Forrest. Струйное артериальное кровотечение является показанием к проведению экстренного эндоскопического гемостаза. Эндоскопический гемостаз следует проводить на фоне струйного введения блокаторов протонной помпы (омепразол (Лосек, 80 мг)). После эффективного эндоскопического гемостаза у этих пациентов рекомендуется выполнение срочного оперативного вмешательства через 12–36 часов после поступления в стационар (обязательное контрольное эндоскопическое исследование через 6 часов, если продолжается подготовка к операции). Подтекание крови из язвы или из-под тромба, покрывающего язву, служит показанием к эндоскопическому гемостазу.

Пациентам с высокой вероятностью летального исхода следует проводить консервативное лечение и применять методы профилактики рецидива кровотечения: программное (через 6 часов) эндоскопическое исследование с аппликацией препаратов фибриногена в течение последую-

ших 36 часов в сочетании с внутривенным капельным введением блокаторов протонной помпы (Лосек, 80 мг) или сандостатина (Октреотид в суточной дозе 450 мг).

Подготовку пациента к срочному оперативному вмешательству также следует осуществлять на фоне внутривенного введения блокаторов протонной помпы или сандостатина. Продолжающееся активное кровотечение при неэффективном гемостазе является показанием к выполнению экстренного оперативного вмешательства, цель которого – остановить кровотечение. Экстренные оперативные вмешательства необходимо выполнять после стабилизации состояния больного в отделении реанимации или на операционном столе.

Выполнение радикальных операций по экстренным показаниям сопровождается послеоперационной летальностью, поэтому экстренные радикальные оперативные вмешательства осуществляют в исключительных случаях у пациентов молодого возраста при отсутствии клиники геморрагического шока и гемоглобине крови не ниже 90–100 г/л.

После операции рекомендовано внутривенное капельное введение блокаторов протонной помпы или сандостатина в течение 2 дней, а затем, при наличии *Helicobacter pylori*, проведение эрадикационной терапии (оптимальный вариант – тройная терапия кларитромицином (500 мг 2 раза в сут.), амоксициклином (1000 мг 2 раза в сут.) и Лосеком (80 мг 2 раза в сут. в течение 10 дней).

Дальнейшая тактика определяется прогнозом рецидива кровотечения и прогнозом летального исхода. Высокий риск рецидива кровотечения и низкая вероятность летального исхода являются показаниями к срочному оперативному вмешательству и выполнению радикальной операции после стабилизации состояния пациента и восстановления картины крови. Большая вероятность летального исхода у этих больных служит показанием к проведению программных (через 6 часов) эндоскопических исследований и многократному эндоскопическому применению аналога фибринового клея в течение 36 часов (до очищения дна язвы от гематина) с целью профилактики рецидива кровотечения.

Тромбированный сосуд в дне язвы является показанием к выполнению превентивного эндоскопического гемостаза. Дальнейшая тактика определяется прогнозом рецидива кровотечения и прогнозом летального исхода. У пациентов с большой вероятностью рецидива кровотечения и летального исхода рекомендованы проведение консервативного лечения с применением блокаторов протонной помпы или сандостатина и программные эндоскопические исследования с использованием аналога фибринового клея для профилактики рецидива кровотечения в течение 36 часов после первичного эндоскопического исследования. Выявление эндоскопических признаков рецидива кровотечения во время программных исследований служит показанием к экстренной операции, и только при очень высоком риске летального исхода продолжают программный эндоскопический гемостаз.

У пациентов с фиксированным тромбом, гематином в дне язвы или с эндоскопической картиной язвенного дефекта и отсутствием гематина в желудке или двенадцатиперстной кишке (клинические признаки состоявшегося кровотечения) проводят консервативное лечение с использованием блокаторов протонной помпы с последующей эрадикационной терапией (при наличии *Helicobacter pylori*).

Операцией выбора при выполнении срочных вмешательств у пациентов с желудочными язвами типа I является резекция желудка. При этом у больных пожилого и старческого возраста альтернативной операцией может быть вариант проксимальной желудочной ваготомии с гастротомией, иссечением язвы и ушиванием дефекта слизистой. Иссечение язв желудка – необходимое условие выполнения срочного и экстренного оперативного вмешательства, так как позволяет исключить при гистологическом исследовании первично-язвенную форму рака желудка или изъязвленную лимфому (мальтому).

У пациентов с желудочными язвами типа III, осложненными кровотечением, операцией выбора является передняя серомиотомия тела и кардиофундального отдела желудка в сочетании с задней стволовой ваготомией, иссечением и ушиванием язвы, а также обязательным выполнением поперечной пилоропластики.

У пациентов с язвами двенадцатиперстной кишки, осложненными кровотечением, при выполнении радикальных оперативных вмешательств по срочным показаниям следует применять переднюю серомиотомию тела и кардиофундального отдела желудка в сочетании с задней стволовой ваготомией, поперечную дуоденотомию, ушивание язвы и дуоденопластику (или поперечную пилоропластику). Предложенная тактика лечения пациентов с кровоточащими пептическими язвами позволила уменьшить число рецидивов кровотечения, снизить послеоперационную летальность и сохранить высокое качество жизни в отдаленном периоде после хирургического вмешательства.

## Литература

1. Григорьев П. Я., Яковенко А. В. Клиническая гастроэнтерология. М.: Мед. инф. агентство, 1998.
2. Гринберг А. А., Затевахин И. И., Щеголев А. А. Хирургическая тактика при язвенных гастродуоденальных кровотечениях. М., 1996.
3. Лобанков В. М. Язвенная болезнь в постсоветских странах: новые тенденции и проблемы. Вест. хир. гастроэнтерол. 2006; 1:41.
4. Минушкин О. Н., Зверков И. В., Елизаветина Г. А., Масловский Л. В. Язвенная болезнь. М., 1995.
5. Крылов Н. Н. Качество жизни больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки после хирургического лечения: Автореф. дисс.... докт. мед. наук. М., 1997.
6. Hunt P. S. Bleeding gastroduodenal ulcers: selection of patients for surgery. World J. Surg. 1987; 1 (11):289–294.
7. Панцырев Ю. М., Сидоренко Б. И., Федоров Е. Д. и др. Лечение язвенных гастродуоденальных кровотечений. Рос. журнал гастроэнтерол., гепатол. и колопроктол. 1997; 6 (Приложение 5):45–49.

8. Черноусов А. Ф., Богопольский П. М., Курбанов Ф. С. Хирургия язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. М., 1996.
9. Zuccaro G. Jr. Bleeding peptic ulcer: pathogenesis and endoscopic therapy. Gastroent. Clin. N. Am. 1993; – 1 (22):737–750.
10. Lassen A., Hallas J., Schaffalitzky de Muckadell O. B. Complicated and uncomplicated peptic ulcers in a Danish county 1993–2002: a population-based cohort study. Am. J. Gastroenterol. 2006; – 101 (5):945–953.
11. Saeed Z. A., Winchester C. B., Michaletz P. A. et al. A scoring system to predict rebleeding after endoscopic therapy of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage with a comparison of heat probe and ethanol injection. Am. J. Gastroenterol. 1993; – 88:1842–1849.
12. Kovacs T. O. G., Jensen D. M. Therapeutic endoscopy for nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. Gastrointestinal emergencies. 2nd Edition. Taylor V. D. (ed.) Williams & Wilkins, 1997, 181–198.
13. Шепетько Е. Н. Комбинированная ваготомия в сочетании с пилоросохраняющими и пилороскорректирующими операциями при осложненных дуоденальных язвах. Росс. журнал гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. 1997; 6 (Приложение 5):67–68.
14. Stabile B. E. Current surgical management of duodenal ulcers. Surg. Clin. North. Am. 1992;72:334–356.
15. Wang B. W., Mok K. T., Chang H. T. et al. APACHE 11 score: a useful tool for risk assessment and an aid to decision-making in emergency operation for bleeding gastric ulcer. J. Am. Coll. Surg. 1998; 187 (3):287–294.
16. Соловьев Г. М., Наумов Б. А., Котаев А. Ю. Классификация пептических язв желудка и двенадцатиперстной кишки в хирургической практике. Материалы III Российской гастроэнтерологической недели. Рос. журнал гастроэнтерол., гепатол. и колопроктол. 1997; 52 (Приложение 4):26.
17. Соловьев Г. М., Хоробрых Т. В., Антонов А. Н., Орлова Г. К. Концентрат фибриногена как аналог фибринового клея. Новое в трансфузиологии. 1994:7 – 8:82 – 84.
18. Хоробрых Т. В. Фибриновый клей в неотложной хирургии: Автореф. дисс. докт. мед. наук. М., 2005.
19. Rockall T. A., Logan R. F. A., Devlin H. B., Northfield T. C. Risk assessment after acute upper gastrointestinal haemorrhage. Gut. 1996; 38:316–321.
20. Котаев А. Ю., Герасимов А. Н. Математическая модель прогнозирования риска рецидива кровотечения у больных с пептическими язвами желудка и двенадцатиперстной кишки. Сборник научных трудов «Актуальные вопросы хирургии» к 240-летию Московской медицинской академии им. И. М. Сеченова. М., 1999. С. 14–16.

## ВЫДАЮЩИЕСЯ ДЕЯТЕЛИ ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ О НИКОЛАЕ ИВАНОВИЧЕ ПИРОГОВЕ

### **Н. В. СКЛИФΟΣОФСКИЙ**

«Народ, имеющий своего Пирогова, имеет право гордиться, так как с этим именем связан целый период развертывания врачевноведения. Начала, внесенные в науку (анатомия, хирургия) Пироговым, останутся вечным вкладом и не могут быть стерты со скрижалей ее, пока будет существовать европейская наука, пока не замрет на этом месте последний звук богатой русской речи».

### **Н. А. ДОБРОЛЮБОВ**

«Если бы от Пирогова остались только его педагогические сочинения, он и тогда навсегда бы остался в истории науки».

### **Т. БИЛЬРОТ**

«Уважаемый маэстро Николай Пирогов! Правдивость и ясность в мыслях и чувствах, в словах и делах – это ступени лестницы, которая ведет людей к обители богов. Быть, как Вы, смелым и убежденным наставником на этом не всегда безопасном пути, неуклонно следовать за Вами – мое усерднейшее стремление».

### **И. П. ПАВЛОВ**

«... почти только выйдя из юношеского возраста, Н. И. Пирогов, оказавшись за границей, не только не изобразил из себя робкого ученика, но смотрел на иностранных учителей как строгий критик».

### **Н. Н. БУРДЕНКО**

«Пирогов не смотрел на военно-полевую хирургию как на хирургию, которая может довольствоваться более примитивными приемами, чем хирургия клиническая. Наоборот, именно на войне требуется сугубо напряженная работа хирурга в смысле гибкости, импровизации, находчивости и изобретательности, чтобы... помощь была оказана наиболее эффективно и наиболее совершенно».