

Обзор литературы

Современное состояние проблемы лечения язвенных кровотечений желудка и двенадцатиперстной кишки

М.К. Гулов, С.И. Абдулаева

Кафедра общей хирургии №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино

В обзорной статье проанализировано современное состояние проблемы лечения острого гастродуоденального кровотечения (ГДК) язвенной этиологии. Ежегодная заболеваемость язвенной болезнью (ЯБ) достигает 0,17%. Наиболее частым осложнением ЯБ является ГДК, частота которого по данным разных авторов составляет от 20 до 100 и более случаев на 100 000 населения. Наиболее важным методом диагностики и лечения язвенного кровотечения (ЯК) является эзофагодуоденоскопия. Частота рецидивов гастродуоденальных ЯК различна и классифицируется по Forrest. Эффективность лечения ГДК значительно увеличивается при использовании комбинации эндоскопического гемостаза или хирургического лечения с применением антисекреторных препаратов.

Ключевые слова: язвенная болезнь, гастродуоденальное кровотечение, гемостаз

В настоящее время язвенная болезнь (ЯБ) желудка и двенадцатиперстной кишки продолжает занимать лидирующее место в структуре заболеваний органов желудочно-кишечного тракта, поражая около 10% населения [1]. Заболевание характеризуется хроническим, ремиттирующим течением и, зачастую, отмечается стёртая клиническая симптоматика заболевания [2]. Это приводит к занижению истинных показателей заболеваемости и распространённости ЯБ.

В крупном популяционном исследовании, проведённом Р. Аро и Т. Storskrubb (2006), было показано, что распространённость ЯБ желудка и двенадцатиперстной кишки, подтверждённая эндоскопическими методами диагностики, составила 2% и 2,1%, соответственно [3]. В США, согласно данным исследования National Health Interview, проведённого между 1997 и 2003 гг., заболеваемость ЯБ составила 8,4% [4]. В другом исследовании, проведённом в США в период между 1997 и 2007 гг., сообщается, что ежегодная заболеваемость ЯБ, основанная, главным образом, на врачебном диагнозе составила от 0,10% до 0,19%, в то время как заболеваемость при госпитализации составила от 0,03% до 0,17% [5].

Согласно оценкам, число смертей, обусловленных ЯБ желудка и двенадцатиперстной кишки в 2010 году составило 246 000 (95% ДИ – 215 000 - 282 000). Эти показатели в 7 раз выше показателей летальности от аппендицита, значительно выше смертности от разрыва аневризмы брюшной аорты и сопостави-

мы только с показателями смертности от наиболее распространённых онкологических заболеваний, таких как рак предстательной железы у мужчин и рак яичников и шейки матки у женщин [6]. Почти 70% смертей от ЯБ обусловлены перфорацией и кровотечением [7]. Согласно литературным данным, распространённость гастродуоденальных язвенных кровотечений и перфораций составляет 19,4 – 57,0 и 3,8 – 14 на 100 000 человек [8]. Обобщённые данные 11-ти европейских исследований демонстрируют высокие показатели летальности от гастродуоденальных кровотечений – от 4750 до 17 750 случаев каждый год [8]. Ежегодная заболеваемость гастродуоденальными язвенными кровотечениями, по данным разных авторов, составляет от 20 до 100 и более случаев на 100 000 человек [9], а показатели летальности остаются на уровне 10% [10].

Наиболее важным для установления источника кровотечения из верхних отделов ЖКТ стало применение эндоскопического исследования. Эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) позволяет диагностировать источник кровотечения в 92-98% случаев, а также определить продолжается ли кровотечение [11]. По данным А.М. Хаджибаева и А.М. Маликова (2005), чувствительность ЭГДС в выявлении источника кровотечения составляет 98,8%, а специфичность – 80,6% [12]. По мнению некоторых авторов, экстренную диагностическую ЭГДС при гастродуоденальном язвенном кровотечении следует рассматривать как достаточно сложную процедуру, при которой в 10 – 11% случаев источник кровотечения остаётся

не выявленным [13]. В то же время, при проведении ЭГДС, кроме определения источника кровотечения, всегда следует определять и другие важные характеристики, такие как интенсивность кровотечения и степень устойчивости гемостаза при состоявшемся кровотечении [13,14]. Критерии степени активности кровотечения в зависимости от эндоскопических признаков определяются, чаще всего, по классификации J.A.N. Forrest и N.D. Finlayson (1974).

Основными компонентами консервативного лечения гастродуоденальных язвенных кровотечений являются гемостатическая, антисекреторная, инфузионно-трансфузионная и антигеликобактерная терапии. В настоящее время такое лечение неразрывно связано с первичным эндоскопическим гемостазом, который даёт возможность идентифицировать группы пациентов высокого риска, подлежащих ранней операции [15]. Стратификация риска играет важную роль, поскольку позволяет идентифицировать пациентов, нуждающихся в срочном хирургическом лечении, определить показания для госпитализации и идеальное время для проведения эндоскопического гемостаза [16].

Степень риска рецидива гастродуоденального кровотечения зависит от размера и глубины язвенного поражения. Считается, что рецидивы возникают чаще, если диаметр дуоденальной язвы более 0,8 см, а язвы желудка более 1,3 см при глубине более 4 мм и 6 мм, соответственно [16]. Локализация язвенного поражения также оказывает влияние на вероятность рецидива заболевания – выявлено, что рецидивы возникают чаще при расположении язв на задней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки и малой кривизне желудка. Среди пациентов, которым ЭГДС была выполнена по поводу гастродуоденального кровотечения, риск рецидива, в среднем, выявляется у 37% обследуемых [5]. Важно отметить, что в 97% случаев рецидив кровотечения наблюдается в течение 72 часов после первого эпизода [40]. Частота рецидивов гастродуоденальных язвенных кровотечений после первичного эндоскопического гемостаза колеблется от 14,1% при степени I а или b до 27,1% при степени II а и b по классификации J.A.N. Forrest и N.D. Finlayson (1974) [13]. Кроме того, по данным В.К. Гостищева и М.А. Евсеева (2003), частота рецидивов гастродуоденальных кровотечений зависит также от локализации язвы: при язвах двенадцатиперстной кишки она составляет от 12% до 35%, а при язвах желудка превышает 40% [15].

Широкое распространение получила Шкала Rockall, которая может быть рассчитана с использованием пре-эндоскопических (7) и постэндоскопических (11) данных. Данная шкала используется для прогнозирования риска дальнейшего кровотечения и смертности с учётом возраста пациента (< 60, 60-79 и > 70 лет), наличия признаков шока (систолическое артериальное давление <100 мм рт. ст. и частота сер-

дечных сокращений > 100 ударов в минуту), сопутствующих заболеваний (ишемическая болезнь сердца, застойная сердечная недостаточность, почечная или печеночная недостаточность и онкологические заболевания), а также данных эндоскопической диагностики (синдром Мэллори-Вейсса, ЯБ двенадцатиперстной кишки, эзофагит и злокачественные новообразования), наряду с эндоскопическими признаками кровотечения (кровь в желудке, сгустки, кровоточащий видимый сосуд или пигментированные пятна) [10]. Пациенты с показателями риска 0 и 1 имеют низкую вероятность рецидива кровотечения и не связанный с ними риск смерти, что позволяет идентифицировать пациентов с низким риском осложнений для ранней выписки [10].

Шкала Glasgow Blatchford была разработана, чтобы определять необходимость хирургического вмешательства при гастродуоденальных язвенных кровотечениях и трансфузионной терапии [17]. Эта шкала имеет некоторые удобства по сравнению со шкалой Rockall, поскольку используются только клинические и лабораторные данные. Модифицированная и полная шкала Glasgow Blatchford превосходит шкалу Rockall в прогнозировании клинических исходов у больных с гастродуоденальными язвенными кровотечениями и проще для использования в клинической практике [18].

Шкала оценки риска AIMS65 была разработана и утверждена для предсказания риска больницы летальности, продолжительности пребывания в стационаре и стоимости лечения [19]. Значимыми факторами риска являются возраст менее 65 лет, систолическое артериальное давление 90 мм рт. ст. или ниже, изменения психического состояния, уровень альбумина менее 3,0 г/дл и МНО больше 1,5. При отсутствии вышеперечисленных факторов риска внутрибольничная летальность составляет 0,3% по сравнению с 31,8% – у пациентов с 5 баллами по данной шкале ($p < 0,001$) [19].

Ингибиторы протонной помпы (ИПП) играют важную роль в стабилизации тромба при гастродуоденальном кровотечении посредством pH-зависимых факторов, путём повышения pH до 6, что, возможно, способствует оптимизировать агрегацию тромбоцитов [20]. Повышение pH может также уменьшить пепсин-опосредованный лизис сгустка и повысить фибринолитическую активность. Кохрановский систематический обзор и мета-анализ 6-ти рандомизированных контролируемых исследований (РКИ), не выявлены никаких доказательств, что назначение ИПП перед проведением эндоскопии привело к снижению рецидива кровотечения, смертности или необходимости повторной операции [21].

Согласно современным международным рекомендациям, использование соматостатина или октреотида не рекомендуется для рутинного лечения



больных с острым гастродуоденальным язвенным кровотечением [22]. РКИ показали, что у пациентов с кровоточащей язвой, после успешного эндоскопического гемостаза, непрерывная инфузия пантопразола превосходит по эффективности соматостатин для предотвращения рецидивов кровотечения и способствует исчезновению эндоскопических стигм кровотечения. Тем не менее, не было выявлено никаких различий в необходимости хирургического вмешательства или смертности больных [23].

Современная тактика ведения гастродуоденального язвенного кровотечения включает выполнение своевременного терапевтического эндоскопического вмешательства с последующим подавлением секреции желудочного сока [24]. Эффективность терапии ИПП наиболее широко оценивается в крупном Кохрановском мета-анализе исследований, включившем 24-х РКИ и содержащим 4373 пациента. Результаты убедительно демонстрируют, что использование ИПП в остром периоде заболевания после эндоскопического гемостаза приводит к снижению риска рецидива кровотечения (отношение шансов (ОШ) – 0,49; 95% ДИ 0,37-0,65), хирургического вмешательства (ОШ – 0,61; 95% ДИ – 0,48-0,78) и повторного эндоскопического лечения (ОШ – 0,32; 95% ДИ – 0,16-0,74) [21]. Кроме того, по результатам 12 исследований было выявлено, что применение ИПП после эндоскопического гемостаза значительно снижает смертность больных (ОШ – 0,53; 95% ДИ – 0,31-0,91) [25].

Постоянные противоречия среди исследователей вызывает вопрос о режимах дозирования ИПП для постэндоскопического гемостаза. На сегодняшний день, согласно международным руководствам, оптимальные дозы и пути введения препаратов остаются спорными, но, на основании имеющихся данных, рекомендуются высокие дозы ИПП IV поколения – по 80 мг болюсно с последующим введением 8 мг/ч в течение 3-х дней [26]. В мета-анализе, проведенном С.Н. Wang и М.Н. Ma (2010), включившем 1157 пациентов из семи рандомизированных исследований, показано, что высокие дозы ИПП были эквивалентны низким дозам ИПП в снижении риска рецидива кровотечения, хирургического вмешательства и смертности после эндоскопического гемостаза [27]. Тем не менее, в этот мета-анализ были включены пациенты как с высоким, так и с низким риском повторного кровотечения. В последнем РКИ не выявлено никакой разницы в показателях повторного кровотечения в течение 30 дней между группой пациентов, получавших высокие дозы ИПП (ОШ – 6,2%; 95% ДИ – 1,3-11,1%), по сравнению с больными, получавшими стандартную дозу (ОШ – 5,2%; 95% ДИ – 0,6-9,7%) [28].

Роль *H. Pylori* в патогенезе ЯБ желудка и двенадцатиперстной кишки была хорошо изучена с момента первоначальной публикации статьи в Lancet Маршаллом и Уорреном в 1983 году [29]. Современные

международные рекомендации также поддерживают необходимость проведения хеликобактерных тестов среди пациентов с гастродуоденальным язвенным кровотечением и назначение, при необходимости, эрадикационной терапии [16]. Эффективность такого лечения была подтверждена в мета-анализе, который показал, что лечение хеликобактерной инфекции является более эффективным, чем назначение антисекреторной терапии в предотвращении рецидива кровотечения [30]. В систематическом обзоре 23 исследований, выполненных в рамках международной консенсусной конференции по гастродуоденальным язвенным кровотечениям, обнаружено, что диагностические тесты на присутствие *H. Pylori* инфекции (в том числе серологические, гистологические, тест на мочевины, быстрый уреазный тест и определение антигена в кале) показали высокую положительную (0,85-0,99) и низкую отрицательную прогностическую ценность (0,45-0,75) при остром гастродуоденальном кровотечении, а также высокую частоту ложноотрицательных результатов (25-55%) среди больных [16].

Современные рекомендации по лечению гастродуоденальных язвенных кровотечений демонстрируют необходимость раннего эндоскопического исследования (в течение 24 часов от начала заболевания) у большинства пациентов с гастродуоденальными кровотечениями [16]. К традиционным эндоскопическим методам лечения относятся инъекции и инфильтрации, механические и тепловые методы. Инъекционные агенты включают физиологический раствор, разведенный адреналин, склерозирующие агенты (полидоканолом, этаноламин, абсолютный этанол и сульфат натрия), тетрадецил и тканевые клеи (цианоакрилат, тромбин и фибриновый клей). Механическая терапия включает эндоскопические клипы и перевязку сосудов. Различные тепловые методы включают специализированные устройства, доставляющие электрический ток (через непосредственный контакт или через инертный газ плазмы) в ткани-мишени [31].

Эндоскопическая терапия оправдана при наличии поражения высокого риска, то есть, активного кровотечения, в присутствии некровотокающего видимого сосуда или сгустка. В самом деле, несколько мета-анализов показали снижение риска повторного кровотечения у пациентов, получавших эндоскопическое лечение, по сравнению с только фармакологическим лечением. Тем не менее, расходящиеся результаты были получены при оценке летальности и снижения необходимости хирургического вмешательства [32].

Разведенный адреналин наиболее широко используется в качестве инъекционного агента. Он легко доступен, прост в использовании и экономичен. Гемостаз при использовании раствора адреналина достигается, главным образом, за счёт тампонады

сосудов, но может также вызвать сужение сосудов и агрегацию тромбоцитов [33,34]. Эпинефрин обычно разбавляют в физиологическом растворе в концентрации 1:10000 или 1: 20000 и вводят с шагом 0,5-1,5 мл аликвоты в четырёх квадрантах по всей поверхности или в активно кровоточащий сосуд [35]. Оптимальные дозы вводимого адреналина остаются предметом дискуссий. Считается, что более высокие объёмы, около 30 мл, по всей видимости, будут более эффективными в достижении начального и долгосрочного гемостаза. Тем не менее, инъекции адреналина, сами по себе, не обеспечивают адекватный гемостаз и должны быть использованы в сочетании с другими средствами [32].

Тканевые клеи, тромбин и фибрин создают уплотнение тканей в месте кровотечения в дополнение к эффекту тампонады. Склеивающие агенты вызывают тромбоз из-за прямой травмы ткани. Использование этих веществ связано с некрозом тканей, что, таким образом, ограничивает предельный объём вводимого препарата менее 1 мл [33,34].

В отличие от инъекций и аппликаций, механические методы не вызывают повреждение тканей. Эндоскопическое клипирование является наиболее часто используемым механическим устройством. Правильное расположение и развёртывание клипсы требует технических навыков и имеет важное значение для достижения оптимального гемостаза. Кроме того, локализация поражения может ограничить использование зажимов, например, по задней стенке и малой кривизне желудка и задней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки [36]. Наложение лигатур широко используется при кровотечениях из варикозно расширенных вен пищевода, а также у некоторых пациентов с гастродуоденальным кровотечением [37,38].

Тепловые методы лечения включают электрокоагуляцию зондами (моно-, би- или многополярные) и аргоноплазменным коагулятором. Биполярные и многополярные коагуляторы являются наиболее часто используемыми тепловыми эндоскопическими методами в лечении гастродуоденальных кровотечений. Гемостаз достигается за счёт двухступенчатого процесса. Во-первых, давление зонда вызывает закупорку сосудов и местную тампонаду. Во-вторых, применение тепла или электрического тока приводит к коагуляции сосуда. Кроме того, коагуляция тканей вызывает внутрисосудистую агрегацию тромбоцитов. Аргоноплазменная коагуляция также может быть использована для лечения поверхностных повреждений (1-2 мм в глубину), но не вызывает физического сжатия сосудов [39]. Из-за более высокого риска перфорации, монополярные зонды редко используются в лечении гастродуоденальных кровотечений [40]. Коагуляция продолжается, пока видимый сосуд не становится плоским или пока кровотечение не остановится [41].

В нескольких исследованиях оценивалась эффективность медикаментозной терапии по сравнению с эндоскопической моно- и комбинированной терапией. Несмотря на значительную гетерогенность результатов среди различных испытаний, все авторы оценивали частоту повторных кровотечений, эффективность гемостаза, необходимость хирургического вмешательства и общую летальность. Все эндоскопические методы показали преимущество в поддержании гемостаза, снижении риска повторного кровотечения, снижении потребности в хирургическом вмешательстве и смертности больных по сравнению с только медикаментозной терапией [42]. Инъекции адреналина были менее эффективны, чем другие эндоскопические методы в предотвращении рецидива кровотечения. Таким образом, изолированное введение адреналина не следует использовать, когда доступны другие эндоскопические методы гемостаза [35].

Кровоостанавливающие порошки являются новой технологией эндоскопического гемостаза [31]. Они состоят из неорганических веществ, которые в контакте с влагой в желудочно-кишечном тракте постепенно превращаются в клей, таким образом, служат в качестве клейкого механического гемостатического барьера и способствуют остановке даже активного кровотечения. В проспективном пилотном исследовании с участием 20 пациентов с незлокачественным гастродуоденальным кровотечением показано, что применение ТК-325 приводит в 95% к первоначальному гемостазу без развития активного кровотечения при повторной гастроскопии в течение 72 часов, а затем и полной ликвидации неорганического вещества без возникновения осложнений, таких как кишечная непроходимость или эмболизация сосудов [31]. Порошки также могут быть использованы в лечении пациентов при отсутствии других способов гемостаза или с массивным кровотечением. Дополнительные показания могут включать в себя стабилизацию состояния больных для транспортировки в другие лечебные учреждения или в качестве выжидательной тактики для обеспечения немедленного гемостаза, если гастродуоденальное кровотечение возникло вследствие приёма непрямых антикоагулянтов, например, дабигатрана [43]. В небольшом исследовании с участием 5 больных со злокачественным гастродуоденальным кровотечением также была показана эффективность гемостатических порошков [44].

Несмотря на то, что в настоящее время, в эру антихеликобактерной терапии, наблюдается снижение частоты хирургических вмешательств по поводу гастродуоденальных язвенных кровотечений, частота операций до сих пор составляет около 33% от всех вмешательств на желудке и двенадцатиперстной кишке, причём 87,2% из них являются экстренными и выполняются пациентам из группы высокого риска [45,46]. За последние десятилетия хирургия гастро-



дуоденальных кровотечений претерпела значительные изменения и на сегодняшний день ограничилась, в основном, вмешательствами по поводу тяжёлых осложнений [47]. По мнению большинства авторов, в последнее время произошло изменение общеизвестных критериев отбора больных с ЯБ для планового оперативного лечения. Это привело к увеличению во всем мире доли экстренных оперативных вмешательств по поводу гастродуоденальных кровотечений, что закономерно явилось причиной увеличения числа осложнений и летальности [48]. Также необходимо отметить значительное снижение частоты использования кислотоподавляющих операций на желудке (с 50,6% до 31,6%), что отражает изменение хирургического подхода к экстренным осложнениям ЯБ [46]. Вопросы показаний к оперативному лечению язвенных кровотечений остаются предметом дискуссий. Основными критериями выбора консервативной или хирургической тактики при гастродуоденальном язвенном кровотечении являются тяжесть кровопотери, результаты эндоскопического гемостаза, степень риска проведения анестезии и операции.

Известен тот факт, что хирургическое лечение кровоточащих гастродуоденальных язв у пожилых пациентов, зачастую, сопровождается значительными трудностями. У данной категории больных предпочтительны отсроченные и плановые операции по сравнению с экстренными оперативными вмешательствами [49]. Среди наиболее частых причин, способствующих неблагоприятному исходу лечения у пожилых больных, А.Е. Борисов и В.П. Земляной (2003) выделяют позднее оперативное вмешательство в стационаре (20,4% общего числа больных), тактические и технические ошибки хирургов (11,8%) [50]. Большое значение имеет прогнозирование рецидива гастродуоденального кровотечения после эндоскопического гемостаза, при высокой вероятности рецидива стратегией выбора в настоящее время считают активную хирургическую тактику [15]. Выбор метода операции зависит от многих факторов, но одним из главных является локализация язвенного поражения. При кровоточащих желудочных язвах адекватным вмешательством считается резекция желудка. При кровоточащей язве двенадцатиперстной кишки (а также пре- и пилорического отдела желудка) наиболее адекватным вмешательством является гемостатическая операция на самой язве в сочетании со стволовой ваготомией и дренирующим желудок вмешательством [14].

Важно отметить, что при выполнении хирургического вмешательства по поводу язвенного ГДК рекомендуется агрессивный подход, так как рецидив кровотечения чаще бывает после вмешательств ограниченного объёма и может стать фатальным [8]. В то же время, по данным И.И. Таранова и Н.Л. Хашиева (2001), результаты хирургического лечения больных с осложнёнными гастродуоденальными язвами

во многом зависят от объёма сделанной операции. В целях объективного подхода к выбору адекватного хирургического вмешательства авторы разработали шкалу индексной оценки тяжести состояния больных. В зависимости от этого объём операций по поводу язвенного кровотечения варьировал от типичной резекции желудка или иссечения язвы двенадцатиперстной кишки с ваготомией и пилоропластикой до клиновидной резекции желудка, а в наиболее тяжёлых случаях – с иссечением или простым ушиванием язвы. В результате такого подхода удалось снизить послеоперационную летальность с 8,7% до 5,4% [51].

ЛИТЕРАТУРА

1. Najm W.I. Peptic ulcer disease / W.I. Najm // *Prim Care*. – 2011. – Vol.38(3). – P.383-394.
2. Bardou M. Preventing the gastrointestinal adverse effects of nonsteroidal antiinflammatory drugs: from risk factor identification risk factor intervention / M. Bardou, A.N. Barkun // *Joint Bone Spine*. – 2010. – Vol.77 (1). – P. 6-12.
3. Aro P.T. Storskrubb acute nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage / P.T.Aro, T.Storskrubb // *Gastroenterology*. – 2006. – Vol.102. – P.139-48. Bardou M.
4. Garrow D. Risk factors for gastrointestinal ulcer disease in the US population / D.Garrow, M.H.Delegge // *Dig Dis Sci*. – 2010. – Vol.55(1). – P.66-72.
5. Sung J.J.Y. Systematic review: the global incidence and prevalence of peptic ulcer disease / J.J.Y.Sung, J.Kuiperse, H.B. El-Serag // *Aliment Pharmacol Ther*. – 2009. – Vol.29. – P.938-946.
6. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010 / R.Lozano [et al.] // *Lancet*. – 2012. – Vol.380. – P.2095-2128.
7. Bertleff M.J. Perforated peptic ulcer disease: a review of history and treatment / M.J.Bertleff, J.F. Lange // *Dig Surg*. – 2010. – Vol.27. – P.161-169.
8. Lau J.Y. Systematic review of the epidemiology of complicated peptic ulcer disease: incidence, recurrence, risk factors and mortality / J.Y. Lau, J.Sung, C.Hill // *Digestion*. – 2011. – Vol.84. – P.102-113.
9. Button L.A. Hospitalized incidence and case fatality for upper gastrointestinal bleeding from 1999 to 2007: a record linkage study / L.A.Button // *Aliment Pharmacol Ther*. – 2011. – Vol.33. – P.64-76.
10. Rockall T.A. Risk assessment after acute upper gastrointestinal haemorrhage / T.A.Rockall, R.F.Logan // *Gut*. – 1996. – Vol.38. – P.316-321.
11. Yuan Y. Peptic ulcer disease today / Y.Yuan, I.T.Padol, R.H. Hunt // *Nat Clin Pract Gastroenterol Hepatol*. – 2006. – Vol.3(2). – P.80-99.



12. Роль эндоскопии в диагностике и лечении гастродуоденальных кровотечений / А.М.Хаджибаев [и др.] // Хирургия.- 2005.-№4.-С.24-27.
13. Совцов С.А. Эндоскопический гемостаз: возможности и недостатки / С.А.Совцов, В.Ю. Подшивалов // Материалы Первой конф. хирургов Уральского федерального округа. Челябинск: Иероглиф. - 2003. - С.3-11.
14. Вербицкий В.Г. Желудочно-кишечные кровотечения язвенной этиологии. Патогенез, диагностика, лечение./ В.Г.Вербицкий,С.Ф, А.А.Багненко // Санкт-Петербург: Политехника. - 2004. - С.242-248.
15. Гостищев В.К. Рецидив острых гастродуоденальных кровотечений/ В.К.Гостищев, М.А.Евсеев // Хирургия.- 2003.-№ 7.-С. 42-43.
16. Laine L. Management of patients with ulcer bleeding / L.Laine, D.M. Jensen // Am J Gastroenterol.- 2012. - Vol.107. - P.345-360.
17. Predicting poor outcome from acute upper gastrointestinal hemorrhage / T.F. Imperiale, et al. // Arch Intern Med.- 2007. - Vol.167. - P.1291-1296.
18. Blatchford O.A risk score to predict need for treatment for upper-gastrointestinal haemorrhage / O.Blatchford, W.R.Murray, M. Blatchford // Lancet.- 2000. - Vol.356. - P.1318-21.
19. Saltzman J.R. A simple risk score accurately predicts in-hospital mortality, length of stay, and cost in acute upper GI bleeding / J.R. Saltzman, Y.P. Tabak, B.H. Hyett // Gastrointest Endosc. - 2011. - Vol.74. - P.1215-1224.
20. Barkun A.N. Review article: Acid suppression in non-variceal acute upper gastrointestinal bleeding / A.N. Barkun, A.W. Cockram., V. Plourde // Aliment Pharmacol Ther.- 1999. - Vol.13. - P.1565-1584.
21. Systematic reviews of the clinical effectiveness and cost-effectiveness of proton pump inhibitors in acute upper gastrointestinal bleeding / G.I. Leontiadis [et al.] // Health Technol Assess.- 2007. - Vol.11. - P.111-164.
22. Barkun A. Consensus recommendations for managing patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding / A.Barkun, M.Bardou, J.K. Marshall // Ann Intern Med.- 2003. - Vol.139. - P.843-857.
23. Tsibouris P. High-dose pantoprazole continuous infusion is superior to somatostatin after endoscopic hemostasis in patients with peptic ulcer bleeding / P.Tsibouris [et al.] // Am J Gastroenterol.- 2007. - Vol.102. - P.1192-1199.
24. Greenspoon J. The pharmacological therapy of non-variceal upper gastrointestinal bleeding / J.Greenspoon, A.Barkun // Gastroenterol Clin North Am.- 2010. - Vol.39. - P.419-422.
25. Laine L. Optimizing bipolar electrocoagulation for endoscopic hemostasis: Assessment of factors influencing energy delivery and coagulation / L. Laine., G.L. Long, G.J. Bakos // Gastrointest Endosc.- 2008. - Vol.67. - P.502-508.
26. International consensus recommendations on the management of patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding / A.N. Barkun [et al.] // Ann Intern Med.- 2010. - Vol.152. - P.101-113.
27. High-dose vs non-high-dose proton pump inhibitors after endoscopic treatment in patients with bleeding peptic ulcer: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials / C.H.Wang [et al.] // Arch Intern Med.- 2010. - Vol.170. - P.751-758
28. 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 / C.C.Chen [et al.] // Aliment Pharmacol Ther. - 2012. - Vol.35. - P.894-903.
29. Unidentified curved bacilli in the stomach of patients with gastritis and peptic ulceration / B.J. Marshall, J.R. Warren // Lancet. - 1984. - Vol.1(8390). - P.1311-1315
30. Gisbert J.P. Meta-analysis: Helicobacter pylori eradication therapy vs. antisecretory non-eradication therapy for the prevention of recurrent bleeding from peptic ulcer / J.P.Gisbert, S.Khorrami, F. Carballo // Aliment Pharmacol Ther. - 2004. - Vol.19. - P.617-629.
31. Giday S.A. Preliminary data on the nanopowder hemostatic agent TC-325 to control gastrointestinal bleeding / S.A. Giday // Gastroenterol Hepatol (N.Y). - 2011. - Vol.7. - P.620-622.
32. Vergara M. Epinephrine injection versus epinephrine injection and a second endoscopic method in high risk bleeding ulcer / M. Vergara, X. Calvet, J.P. Gisbert // Cochrane Database Syst Rev. - 2007.
33. Savides T.J. Therapeutic endoscopy for nonvariceal gastrointestinal bleeding / T.J. Savides, D.M. Jensen // Gastroenterol Clin North Am. - 2000. - Vol.29. - P.465-487.
34. The role of endoscopy in the management of acute non-variceal upper GI bleeding / J.H.Hwang [et al.] // Gastrointest Endosc. - 2012. - Vol.75. - P.1132-1138.
35. Comparison of hemostatic efficacy for epinephrine injection alone and injection combined with hemoclip therapy in treating high-risk bleeding ulcers / C.C. Lo [et al.] // Gastrointest Endosc. - 2006. - Vol.63. - P.767-773.
36. Gralnek I.M. Management of acute bleeding from a peptic ulcer / I.M. Gralnek, A.N. Barkun, M. Bardou // N Engl J Med. - 2008. - Vol.359. - P.928-937.
37. Park C.H. Endoscopic band ligation for control of acute peptic ulcer bleeding / C.H.Park, W.S.Lee, Y.E. Joo // Endoscopy. - 2004. - Vol.36. - P.79-82.
38. Is endoscopic band ligation superior to injection therapy for Dieulafoy lesion? / H. Alis [et al.] // Surg Endosc.- 2009. - Vol.23. - P.1465-1469.
39. Jensen D.M. Endoscopic hemostasis of ulcer hemorrhage with injection, thermal, and combination methods / D.M.Jensen, G.A.Machicado // Tech Gastrointest Endosc.- 2005. - Vol.7. - P.124-131.



40. Laine L. Optimizing bipolar electrocoagulation for endoscopic hemostasis: Assessment of factors influencing energy delivery and coagulation / L. Laine., G.L. Long, G.J. Bakos // *Gastrointest Endosc.* - 2008. - Vol.67. - P.502-508.
41. Jensen D.M. Spots and clots-leave them or treat them? / D.M. Jensen // *Why and how to treat.* - *Ca J Gastroenterol.* - 1999. - Vol.13. - P.413-415.
42. Endoscopic therapy for acute nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: A meta-analysis / D.J. Cook [et al.] // *Gastroenterology.* - 1992. - Vol.102. - P.139-148.
43. Barkun A.N. Topical hemostatic agents: A systematic review with particular emphasis on endoscopic application in GI bleeding / A.N.Barkun., S.Moosavi, M.Martel // *Gastrointest Endosc.* - 2013. - Vol.77. - P.692-700.
44. Chen Y.I. Use of the endoscopically applied hemostatic powder TC-325 in cancer-related upper GI hemorrhage: Preliminary experience (with video) / Y.I. Chen, A.N.Barkun, C. Soulellis // *Gastrointest Endosc.* - 2012. - Vol.75. - P.1278-1281.
45. Surgical therapy of peptic ulcers in the 21st century: more common than you think / G.A.Sarosi [et al.] // *Am J Surg.* - 2005. - Vol.190. - P.775-779.
46. Smith B.R. Emerging trends in peptic ulcer disease and damage control surgery in the H. pylori era / B.R. Smith, B.E. Stabile // *Am Surg.* - 2005. - Vol.71. - P.797-801.
47. Черноусов А.Ф Хирургическое лечение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. / А.Ф.Черноусов, П.М.Богопольский // *Клин мед.* - 2000. - Т.78. - № 8. - С.88-91.
48. Профилактика рецидивов язвенной болезни двенадцатиперстной кишки после открытых и лапароскопических операций / В.П.Жаболенко [и др.] // *Всероссийский 4-й съезд эндоскопической хирургии: Тезисы докладов. Эндоскоп хир.* - 2001. - Т. 7. - № 2. - С.24.
49. Гастродуоденальные кровотечения язвенной этиологии как проблема современной хирургии. Организационные, диагностические и лечебные проблемы неотложных состояний / Ермолов А.С. [и др.] // - 2000. - Т. 1. - С.164-172.
50. Борисов А.Е. Анализ хирургического лечения перфоративных и кровоточащих язв / А.Е.Борисов // Санкт-Петербурге за 20 лет. Материалы Всероссийской конф. хирургов, посвящ. 75-летию проф. Б.С. Брискина. - М. - 2003. - С.10-13.
51. Проблема выбора малоинвазивных вмешательств в неотложной хирургии больных с сочетанными осложнениями пенетрирующих гастродуоденальных язв / И.И.Таранов, Н.Л.Хашиев, А.И.Маслов, В.А.Петренко // В сб. научн. трудов пленума проблемной комиссии «Неотложная хирургия». - Ярославль. - 2001. - С.122-124.

Summary

Current state of the treatment ulcer bleeding of stomach and duodenum

M.K. Gulov, S.I. Abdulaeva

Chair of General Surgery N 1 Avicenna TSMU

In a review article the current state of treatment of acute ulcer gastroduodenal bleeding (GDB) is analyzed. The annual incidence of peptic ulcer (PU) reached 0,17%. The most common complication of ulcer is GDB, the frequency of which varied from 20 to over 100 cases per 100 000 population by findings of some authors. The most important method for the diagnosis and treatment of ulcer bleeding (UB) is esophagoduodenoscopy. The recurrence rate of gastroduodenal UB different and is classified by Forrest. Effective treatment of GDB is significantly increased by using a combination of endoscopic hemostasis or surgical treatment using antisecretory drugs.

Key words: peptic ulcer, gastroduodenal bleeding, hemostasis

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Абдулаева Севара Искандаровна – аспирант кафедры общей хирургии №1 ТГМУ; Таджикистан, г. Душанбе, ул. Санои, 23; E-mail: abdulaeva.sevara.@rambler.ru