

## АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ



Рахманов Фирдавс Саломатович<sup>1</sup>, Шоназаров Искандар Шоназарович<sup>2</sup>

1 - Самаркандский филиал Республиканского Научного Центра Экстренной Медицинской Помощи, Республика Узбекистан, г. Самарканд;

2 - Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

### МЕЪДА ВА ЎН ИККИ БАРМОҚ ИЧАК ЯРА КАСАЛЛИГИДАН ҚОН КЕТГАНДА ДАВОЛАШНИНГ ДОЛЗАРБ МУАММОЛАРИ

Рахманов Фирдавс Саломатович<sup>1</sup>, Шоназаров Искандар Шоназарович<sup>2</sup>

1 – Республика Шошилиноч Тез Ёрдам Илмий Маркази Самарканд филиали, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.;

2 - Самарканд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.

### CURRENT PROBLEMS OF TREATMENT OF ULCERAL BLEEDINGS OF THE STOMACH AND DUODENAL

Rakhmanov Firdavs Salomatovich<sup>1</sup>, Shonazarov Iskandar Shonazarovich<sup>2</sup>

1 - Samarkand branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care, Republic of Uzbekistan, Samarkand;

2 - Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: [info@sammu.uz](mailto:info@sammu.uz)

**Резюме.** Меъда ва ўн икки бармоқли ичакнинг ярасидан қон кетиши комплекс ёндашуви талаб қиладиган, жиддий тиббий муаммо бўлиб қолмоқда. Тиббиётдаги ютуқларга қарамай, қўшимча тадқиқотлар ва инновацияларни талаб қиладиган муаммодир. Замонавий диагностика усуллари, дори-дармонлар билан даволаш ва хирургик амалиётлар, фаол тадқиқот ёндашуви билан биргаликда қўллаш, даволаш натижаларини ҳамда беморларнинг ҳаёт сифатини яхшилашга олиб келиши мумкин. Хорижий адабиётларда кўплаб наشرлар қон кетишининг эпидемиологияси ва олдини олиши, замонавий тактикани баҳолаш ва даволашнинг янги усулларини излашга бағишланган. Меъда-ичак трактининг яраси бўлган беморларга ёрдам кўрсатишини ташкил этиши билан боғлиқ ишлар алоҳида қизиқиш уйғотади.

**Калит сўзлар.** Гастродуоденал ярали қон кетиши, халқаро даволаш стандартлари.

**Abstract.** Ulcerative bleeding of the stomach and duodenum remains a serious medical problem that requires an integrated approach. Despite advances in medicine, there are challenges that require further research and innovation. Modern diagnostic methods, drug treatments and surgical interventions, together with an active research approach, can lead to improved treatment outcomes and quality of life for patients. Numerous publications in foreign literature are devoted to the epidemiology and prevention of bleeding, assessment of modern tactics and the search for new treatment methods. Of particular interest are works related to the organization of care for patients with ulcerative gastrointestinal tract.

**Keywords:** Ulcerative gastroduodenal bleeding, international treatment standards.

Язвенные кровотечения представляют собой одну из наиболее распространенных причин верхнего гастроинтестинального кровотечения. Главными факторами риска являются употребление нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), инфекция *Helicobacter pylori*, курение и алкогольное потребление. В совокуп-

ности с генетическими предрасположенностями, эти факторы могут привести к формированию язвы, в конечном итоге, кровотечения.

За последние двадцать лет лечебная тактика при язвенных гастродуоденальных кровотечениях изменилась коренным образом. Это обусловлено прежде всего изменением лечебных возможно-

стей - внедрением в практику эндоскопических методов остановки кровотечения и появлением новых антисекреторных препаратов. Тем не менее, несмотря на успехи консервативного лечения и снижение хирургической активности, летальность при данной патологии остается неизменной и колеблется на уровне 6–16% [1, 2].

Заболеваемость гастродуоденальными кровотечениями (ГДК) изменяется в широких пределах - от 48 до 160 случаев на 100 тыс. населения [1]. В цитируемых авторами источниках наименьшая заболеваемость отмечена в Норвегии, Испании и Нидерландах - соответственно 45, 47 и 48 случаев на 100 тыс. населения. Наибольшая заболеваемость в Европе выявлена в префектуре Ираклион в Греции - 160 на 100 тыс. населения. Хотя в целом в Греции за период с 1995 по 2015 г. заболеваемость ГДК снизилась со 162,9 до 108,3 случая на 100 тыс. населения [3].

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

Летальность при данной патологии как в Узбекистане так и за рубежом остается на уровне 6–16% [2–5]. Основными причинами неблагоприятных исходов в настоящее время служат: рецидивное кровотечение, а также пожилой возраст больного и тяжелая соматическая патология [6]. И хотя ряд авторов отмечают тенденцию к снижению летальности, в ближайшее время вряд ли удастся добиться повсеместного улучшения результатов лечения этой категории больных. В некоторых источниках даже говорится об определенном технологическом пределе, достигнутом на пути улучшения результатов лечения пациентов с ГДК [7, 8]. Основы современной лечебной тактики изложены в рекомендациях международного консенсуса по лечению пациентов с неварикозными кровотечениями из верхних отделов ЖКТ 2010 г. [9]. Данные рекомендации в той или иной степени используются в большинстве стран, в том числе и в России. В них сформулированы наиболее оптимальные действия, направленные на остановку кровотечения и предупреждение его возобновления. В международных рекомендациях подчеркнута необходимость оценки тяжести состояния больного, а также прогнозирования рецидива кровотечения и летального исхода. Оценка рисков позволяет определиться со временем выполнения ФГДС, необходимостью госпитализа-

ции в палату интенсивной терапии, показаниями к контрольному эндоскопическому исследованию и т.д. Кроме того, пациенты с низким риском могут быть выписаны на амбулаторное лечение сразу после выполнения ФГДС, что сокращает сроки пребывания в стационаре и затраты на лечение [10]. О необходимости дифференцированного подхода к выбору метода лечения при гастродуоденальных кровотечениях с учетом клинических данных писали еще в середине XX в. [11]. Однако полная оценка клинической картины и прогнозирование течения заболевания стали возможными только после внедрения в ургентную хирургию эндоскопической диагностики. Эндоскопическое исследование позволило не только верифицировать источник кровотечения и распознать его активность, но и прогнозировать возобновление геморрагии. В 1974 г. J.A. Forrest et al. была разработана классификация, получившая широкое распространение за рубежом, а в настоящее время и в нашей стране [12]. В модифицированной классификации J.A. Forrest в соответствии с последними международными рекомендациями высокий риск кровотечения отмечается при Forrest IIa (видимый сосуд), Forrest IIb (сгусток крови в язве), а также после эндоскопической остановки кровотечения. Устойчивый гемостаз констатируется при Forrest IIc (мелкие тромбированные сосуды или следы гемосидерина в дне язвы) и Forrest III (язва под фибрином).

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

Успехи эрадикационной терапии, однако, нивелируются увеличением числа медикаментозных язв. Широкое использование сегодня НПВС стало серьезной гастроэнтерологической проблемой [15]. Взаимосвязь между объемом продаж НПВС и количеством язвенных кровотечений, в том числе повторных, а также с уровнем летальности при данной патологии выявили шведские исследователи [16]. Авторы отслежили динамику рынка лекарственных препаратов и заболеваемость язвенными ГДК в период с 2010 по 2018 г. Даже сезонные колебания частоты язвенных осложнений сегодня связывают с сезонным изменением приема НПВС.

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

Вероятность возникновения медикаментозных и симптоматических язв на фоне сопутст-

вующей патологии увеличивается с возрастом. Именно это обстоятельство способствует увеличению уровня заболеваемости среди больных старше 60 лет. С изменением среднего возраста связывают и относительное уменьшение количества мужчин среди данной категории больных.

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

Таким образом, выявленные общие закономерностей не исключают индивидуальных различий по некоторым показателям на разных континентах и даже внутри одного государства. Это обусловлено разной выраженностью и сочетанием факторов риска - вредных привычек, диетических пристрастий, климатических условий, демографических процессов, а также использования медикаментов и распространенностью *Helicobacter pylori*. Например, в Европе хеликобактерная инфекция наиболее распространена среди мигрантов, в то время как у коренного населения отмечается снижение инфицированности. Следует отметить, что стресс и социально-экономические факторы сохраняют свое влияние на заболеваемость и объясняют неравномерность этого показателя в разных слоях общества и на разных территориях некоторых государств. Такая закономерность выявлена исследователями из Великобритании и Индии [12]. В Великобритании количество госпитализаций по поводу гастроудеальных кровотечений отличается в районах с низким и высоким уровнем жизни в два раза. Британские исследователи подчеркивают, что управление социальными факторами позволит предотвратить почти 10 тыс. госпитализаций и более 1000 смертей в год. Такой взгляд на проблему делает ее решение не только медицинской, но и государственной задачей.

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

Внедрение эндоскопического гемостаза, совершенствование методов прогноза и предотвращения рецидива кровотечения позволило сместить акценты с хирургического лечения в сторону использования эндоскопических технологий. Это нашло отражение в рекомендациях по лечению данной категории больных в США и Великобритании [12]. К концу 90-х годов XX в. эндоскопические методы гемостаза стали рутинной процедурой, а антисекреторная и эрадикационная терапия - основой лечения язвенной болезни. В этот период фактически завершилось формирование современной тактики лечения больных язвенными ГДК.

В 2012 году были опубликовано руководство британского общества гастроэнтерологов по лечению неварикозных ГДК. В нем детально описана структура эндоскопической службы, подчеркнута важность квалификации специалистов, необходимость помощника при выполнении эндоскопического исследования и круглосуточная доступность. Кроме того, всесторонне рассмотрена лечебная тактика с учетом разделения больных по тяжести состояния, результатов прогноза рецидива кровотечения и риска летального исхода. К этому времени уже были разработаны шкалы оценок В. Doleman и D. Cromwell позволяющие формализовать разделение больных на группы высокого и низкого риска [16], также даны указания по выбору методов эндоскопического и медикаментозного лечения. На основании этих рекомендаций хирургическое лечение было показано только при безуспешности эндогемостаза и при повторном рецидиве геморрагии. Однако подчеркивалось, что при больших язвах с «опасной» локализацией возможно проведение хирургического лечения, не дожидаясь рецидива кровотечения [1].

Примерно аналогичное содержание имеют Международные рекомендации по лечению пациентов с неварикозными кровотечениями из верхних отделов ЖКТ, принятые в 2013 г. Рекомендации состоят из 20 пунктов, объединенных в четыре раздела: лечение на момент госпитализации, определение степени риска, эндоскопическое лечение и фармакотерапия.

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

Последнее заседание рабочей группы Международного консенсуса по лечению пациентов с неварикозными кровотечениями из верхних отделов ЖКТ (International Consensus Upper Gastrointestinal Bleeding Conference Group) состоялось в 2020 г. Группой экспертов из 15 стран были добавлены 10 новых рекомендаций, остальные остались неизменными или были конкретизированы.

ваны с учетом новых данных и возможностей [13].

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

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

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

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

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

Новым является раздел D. Здесь в качестве альтернативы хирургическому лечению, при наличии технической возможности, рекомендована ангиография с эмболизацией кровоточащего сосуда. Уточнены сроки пребывания больных в стационаре для группы высокого риска - минимум 72 часа. Пациентов с низким риском рецидива можно начать кормить в первые сутки, и даже, в зависимости от состояния, выписать тотчас после ФГДС. Неизменным остался пункт о показаниях к хирургическому лечению - консультация хирурга рекомендуется только при неэффективности эндоскопического гемостаза.

Авторитет экспертов и доказательная база позволяют утверждать, что в Международных

рекомендациях 2020 г. дана наиболее полная оценка современных диагностических и лечебных возможностей. Рекомендации составлены таким образом, что им можно следовать вне зависимости от уровня лечебного учреждения и системы здравоохранения. Однако с учетом преимущественно частного характера западной медицины рекомендации направлены и на оптимальное расходование средств на лечение.

При первичном эндоскопическом исследовании изменения соответствующие высокому риску рецидива кровотечения выявляются примерно в диапазоне от 1/3 до половины случаев, при этом частота повторных кровотечений из этих язв составляет от 22 до 55%, если их не пытались лечить эндоскопически [14]. Иными словами, состояние язвенной поверхности не является абсолютным критерием возобновления геморрагии, поскольку может быстро изменяться с течением времени, особенно на фоне лечения, и в значительной степени отражает давность кровотечения.

Высокая вероятность возобновления геморрагии имеется при наличии в язве тромбированных сосудов или сгустка крови, больших размерах язвы, расположении ее в сосудистой зоне и наличии выраженного воспаления слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки. Авторы подчеркнули, что, даже если дно язвы покрыто фибрином, повторение кровотечения можно предположить у больного с глубокой острой или хронической язвой, расположенной в сосудистой зоне, с обширным очагом воспалительной гиперемии вокруг. Хотя представленное описание и носит качественный характер и допускает субъективную оценку, но логика рассуждений укладывается в современные представления о патогенезе рецидива геморрагии.

Параллельно с эндоскопическими критериями риска возобновления кровотечения шел поиск клинических и иных признаков, позволяющих прогнозировать течение заболевания. Одна из первых систем оценки риска

рецидива кровотечения и необходимости экстренной операции, основанная на методах многомерного анализа, была предложена А.С. Morgan и соавт. в 1977 году. Авторы рассматривали шесть признаков: возраст, наличие патологии печени, почек, сердечно-сосудистой или дыхательной систем, выявление признаков сердечно-сосудистой недостаточности при поступлении, указание на употребление лекарственных препаратов, алкоголя и обнаружение при эндоскопическом исследовании язвы или рака. При сочетании трех из перечисленных признаков рецидив кровотечения

наблюдался у 17 из 33 (52%) пациентов, а смерть наступила в 7 (21%) случаях. При меньшем количестве признаков летальных исходов не было, а возобновление кровотечения отмечено у одного больного. Недостатком исследования является малое количество наблюдений (66 больных) и неполноценное представление эндоскопических признаков. Последнее нивелировало значимость эндоскопической картины для оценки рисков и позволило автором утверждать о несущественности вклада эндоскопии в их оценку.

Наоборот, другие авторы подчеркивают большее значение эндоскопических признаков [3,12]. Практически сразу после публикации Ahmed и соавт. Появились работы, в которых эндоскопическим признакам давалась высокая оценка при прогнозировании рецидива кровотечения и необходимости экстренной операции. Например, D.L. Davenport и соавт. (2019) сообщали, что эндоскопические признаки кровотечения превосходят по значимости любые другие признаки по отдельности или в комбинации [8].

По данным H. Yang и соавт. (2020), в 2017 году в Великобритании только половине пациентов выполнялась экстренная ФГДС в течение 24 часов после поступления и только у 74% пациентов с высоким риском рецидива кровотечения – превентивное эндоскопическое воздействие [14]. Это обусловлено тем, что лишь 52% ЛПУ имеют возможность вызвать в ночное время эндоскописта для проведения исследования и 37% могут привлечь средний медперсонал для помощи при проведении исследования. Исходы лечения в этих стационарах оказались лучше, чем в тех, где дежурной эндоскопической службы не было. Аналогичные сведения приводят и другие авторы из Великобритании и США [3,4].

Организационные особенности и доступность эндоскопической службы в ночное время и в выходные дни обсуждались в работах других авторов из США [5,11]. На большом материале с использованием федеральных баз данных были обнаружены отличия между группами пациентов, поступившими в будние или в выходные дни, по уровню летальности, хирургической активности, длительности и стоимости лечения. Эти отличия, обусловленные организационными особенностями, позволили ввести термин «эффект выходного дня». В то же время в некоторых клиниках в выходные дни может наблюдаться обратный эффект, скорее всего, вызванный меньшей загрузкой эндоскопической службы [8].

Следует отметить, что независимо от дня недели эндоскопическое исследование в день

поступления выполнялось меньше чем у половины больных. По данным 3166 больниц США, эндоскопическое исследование в день поступления выполнено только у 30–34% больных при язвенных кровотечениях. В другом исследовании этот показатель составил 58 и 47,9% соответственно в будние и праздничные дни. Эти данные были получены при анализе 391 119 случаев госпитализации по поводу неварикозного ГДК. Интересно, что в клиниках, где ФГДС выполнялась практически всем поступившим в первые часы с момента поступления, «эффект выходного дня» не обнаруживался [17].

Однако не только организационные особенности работы клиник являются причиной невыполнения рекомендаций. По данным колумбийских авторов, в двух крупнейших латиноамериканских клиниках эндоскопическое исследование в первые 24 часа пребывания в стационаре выполняется также только у 71,6% пациентов [19]. Авторы связывают это с тем, что показания к ФГДС выставляются в зависимости от тяжести состояния больного, клинической картины, результатов зондирования желудка и оценки ситуации по шкалам T. Rockall и т.д. В такой ситуации невозможно ожидать выполнение эндоскопического исследования у всех пациентов.

В настоящее время сформировалось мнение, что срок ожидания ФГДС должен определяться состоянием больного и степенью риска кровотечения. Это обусловлено тем, что в группе высокого риска при задержке выполнения эндоскопии отмечена более высокая летальность [23]. В Дании группа исследователей из трех стран на основании анализа 12 601 наблюдения пациентов с язвенными кровотечениями выявили зависимость исхода лечения от сроков выполнения эндоскопического исследования при тяжести состояния 3–5 баллов по шкале ASA и нестабильной гемодинамике. Для стабильных пациентов такой зависимости выявлено не было [24]. Таким образом, при высоком риске рецидива геморрагии и неблагоприятном прогнозе на основании клиничко-лабораторных данных эндоскопическое исследование следует выполнять как можно раньше. В национальных рекомендациях Дании 2014 года уточняется, что при тяжелом состоянии больного и обнаружении крови в промывных водах желудка ФГДС должна быть выполнена не позже 12 часов [18]. T. Nordin и соавт. (2019) предлагают в данной группе больных выполнять ФГДС не позднее четырех часов после поступления в стационар [22]. В остальных случаях исследование выполняется в течение 24 часов. Авторы подчеркивают, что в таком случае удается избежать до 25% исследований в ночное время и сократить

расходы, в том числе и за счет уменьшения длительности пребывания, потребности в переливании крови и снижения числа рецидивов геморрагий

В отдельных регионах из-за неравномерности социально-экономической ситуации соблюдение международных рекомендаций в полной мере невозможно. Это требует корректировки самих подходов к лечению. В частности, на заседании Азиатско-Тихоокеанской рабочей группы консенсуса по лечению пациентов с неварикозными кровотечениями из верхних отделов ЖКТ международные рекомендации были пересмотрены с учетом особенностей региона. Например, было рекомендовано более широкое назначение ингибиторов протонной помпы до эндоскопического исследования при невозможности его выполнения в течение 24 часов. С учетом этих особенностей принимались национальные рекомендации, например, в Тайване и Индонезии [3,4]. Следует отметить, что в последней версии консенсуса Азиатско-Тихоокеанской рабочей группы 2018 года большинство организационных трудностей преодолены [8].

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

Вторым спорным моментом является необходимость выполнения повторной ФГДС всем пациентам. В международных рекомендациях 2010 года, в отличие от рекомендаций 2003 года, не рекомендуется выполнять повторное эндоскопическое исследование. С.Н. Johnson и соавт. (2019) в метаанализе на основании восьми исследований, проведенных с 2005 по 2018 год и включающих 938 пациентов, выявили снижение частоты рецидивов кровотечения и хирургической активности при рутинном выполнении повторной эндоскопии [10]. Но, при исключении данных двух работ, в которых учитывали пациентов высокого риска, авторы не выявили значимых преимуществ такого исследования. Преимуществ повторной ФГДС не было выявлено и при назначении пациентам высоких доз ингибиторов протонной помпы. В более ранних исследованиях была доказана наибольшая клиническая и экономическая эффективность повторной эндоскопии через 24 часа в группе больных высокого риска [18], хотя авторы предполагали,

что потребность в повторном исследовании может снизиться на фоне внутривенного введения ингибиторов протонной помпы. В современных рекомендациях подчеркивается необходимость выполнения повторной эндоскопии только у больных с высоким риском рецидива кровотечения [2,7].

В литературе повторное исследование у пациентов группы высокого риска рецидива кровотечения называют динамической или программной эндоскопией [9,19]. Согласно Национальным клиническим рекомендациям 2014 года, показаниями к повторным эндоскопическим исследованиям также являются неполный первичный осмотр и рецидив геморрагии [12]. К сожалению, среди отечественных исследований отсутствуют рандомизированные и контролируемые исследования. Отдельные авторы, не предоставляя отчетливых доказательств, делают вывод о том, что повторная эндоскопия не оказывает значимого влияния на частоту рецидивов кровотечения, хирургическую активность и летальность [9].

В ряде стран, активно использующих информационные технологии для сбора и анализа медицинских данных, постоянно отслеживается соблюдение национальных стандартов и международных рекомендаций. Наряду с клиническим аудитом оценивается актуальность тех или иных рекомендаций и необходимость внедрения новых. Подобные исследования предшествовали принятию новых международных рекомендаций и продолжаются в настоящее время.

Так, J.J. Dunlap, и соавт. (2019) проанализировали данные о лечении пациентов с неварикозными ГДК из 43 клиник Канады в период с августа 2016 года по декабрь 2018 года [14]. Авторы обнаружили недостаточную приверженность специалистов клиник к соблюдению международных рекомендаций 2003 года. Более того, повышение информированности сотрудников не привело к увеличению приверженности. Местные традиции, техническая и лекарственная обеспеченность, личный опыт и мнение администрации оказывали на тактику лечения большее влияние. Прежде всего это относится к отступлениям от рекомендуемых схем назначения антисекреторных препаратов. Причиной того может быть, например, желание сэкономить или просто отсутствие препаратов.

Несоблюдение рекомендаций выявлены также и по пункту, касающемуся профилактики ГДК (раздел E международных рекомендаций 2010 года). Этот вопрос выделен отдельным пунктом в связи с тем, что до 90% всех пептических язв связаны с использованием

нестероидных противовоспалительных средств или хеликобактерной инфекцией [10]. Несмотря на опасность длительного применения нестероидных противовоспалительных средств, только 40% пациентов в Швеции получали гастропротекторную терапию [11]. В Китае аналогичная терапия была назначена только 3,6% больных, применявших нестероидные противовоспалительные средства [12]. У 35% пациентов, не получавших гастропротекторную терапию, развилось ГДК [103]. В свою очередь, японские авторы сообщают, что постоянный прием ИПП данной категорией пациентов позволяет снизить частоту ГДК и летальность при язвенных кровотечениях [14].

Таким образом, ландшафт лечения язвенных кровотечений желудка и двенадцатиперстной кишки остается динамичным, требующим постоянного внимания и исследований. Сочетание современных методов, мультидисциплинарного подхода и перспективных направлений исследований открывает путь для улучшения результатов лечения и обеспечивает надежду на эффективное управление этим серьезным заболеванием ЖКТ в будущем.

#### Литература:

1. Диагностика и лечение сочетанного рубцово-язвенного стеноза у больных с перфоративной язвой двенадцатиперстной кишки при органосохраняющих операциях / П.М. Косенок, С.А. Вавринчук, Н.И. Бояринцев, Г.Д. Сунозова // Дальневосточный медицинский журнал. - 2019. - № 1. - С. 22-26.
2. Плотникова, Е.Ю. Психосоматические гастроэнтерологические проблемы в IV Римских критериях / Е.Ю. Плотникова // Гастроэнтерология Санкт-Петербурга. - 2019. - № 3-4. - С. 71-77.
3. Прогнозирование осложнений хронической дуоденальной язвы методом определения соотношения рецепторов мелатонина в слизистой оболочке двенадцатиперстной кишки / З.Х. Османов, Д.Ю. Семенов, А.П. Богданов [и др.] // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. - 2020. - Т. 179, № 4. - С. 17-21. - doi: 10.24884/0042-4625-2020-179-4-17-21.
4. Рахмонов Ф.С. Новые методы эндоскопическая диагностика неуточненных желудочнокишечных кровотечений / Рахмонов Ф.С., Шоназаров И.Ш. // Sustainability of education, socio-economic science theory Issue 2 Vol. 14 (2024) P-175-177.
5. Ризаев Ж. А., Назарова Н. Ш. Состояние местного иммунитета полости рта при хроническом генерализованном парадонтите // Вестник науки и образования. – 2020. – №. 14-4 (92). – С. 35-40.
6. Ризаев Ж. А. и др. Значение коморбидных состояний в развитии хронической сердечной недостаточности у больных пожилого и старческого возраста // Достижения науки и образования. – 2022. – №. 1 (81). – С. 75-79.
7. Ризаев Ж. А. и др. Анализ активных механизмов модуляции кровотока микроциркуляторного русла у больных с пародонтитами на фоне ишемической болезни сердца, осложненной хронической сердечной недостаточностью // Вісник проблем біології і медицини. – 2019. – №. 4 (1). – С. 338-342.
8. Ризаев Ж. А., Нурмамадова К. Ч., Тухтаров Б. Э. Организация лечебно-профилактической помощи при аллергических заболеваниях у детей // ББК. – Т. 51. – С. 113.
9. Ризаев Ж. А., Азимов А. М., Храмова Н. В. Догоспитальные факторы, влияющие на тяжесть течения одонтогенных гнойно-воспалительных заболеваний и их исход // Журнал " Медицина и инновации". – 2021. – №. 1. – С. 28-31.
10. Сравнительная оценка результатов лапароскопического и открытого ушивания перфоративных гастродуоденальных язв, осложненных распространенным перитонитом / А.В. Сажин, Г.Б. Ивахов, Е.А. Страдымов [и др.] // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. - 2020. - № 3. - С. 13-21. - <https://doi.org/10.17116/hirurgia202003113>.
11. Тухтаев Б.Х. Тактика лечения пищеводно-желудочных кровотечений у больных с синдромом портальной гипертензии / Тухтаев Б.Х., Нарзуллаев С.И., Мизамов Ф.О., Шоназаров И.Ш., Кадыров Р.Н., Облакулов З.Т. // Достижения науки и образования ООО «Олимп» (2020) № 1 (55) С-79-82.
12. Хисамутдинова, Р.И. Особенности хирургической тактики при прободных гастродуоденальных язвах на современном этапе (клинико-экспериментальное исследование) : дис. ... канд. мед. наук: 14.01.17 / Хисамутдинова Р.И. - Уфа, 2019. - 120 с.
13. Чубовский, А.И. Перфоративная язва желудка и двенадцатиперстной кишки / А.И. Чубовский // Colloquium-journal. - 2019. - Т. 28, № 4-1. - С. 28-30
14. Язвенная болезнь. Факторы, влияющие на качество жизни : монография / Л.В. Волевач, А.Ш. Нафикова, Л.В. Габбасова [и др.]. - Тамбов: Консалтинговая компания. Юком, 2019. - 100 с.
15. A comparison of short-term outcomes between laparoscopic and open emergent repair of perforated peptic ulcers / D.L. Davenport, W.R. Ueland, S. Kumar [et al.] // Surg. Endosc. - 2019. - Vol. 33, № 3. - P. 764-772. - doi: 10.1007/s00464-018-6341-7.
16. Ahmed, S. Helicobacter pylori And Duodenal Ulcer: Systematic Review Of Controversies In Causation / S. Ahmed, Y.M. Belayneh // Clin. Exp.

- Gastroenterol. - 2019. - Vol. 12. - P. 441-447. - doi: 10.2147/CEG.S228203.
17. An evaluation of the epidemiology, management and outcomes for perforated peptic ulcers across the North of England over 15 years: A retrospective cohort study / C.H. Johnson, R.C. McLean, I. McCallum [et al.] // Int. J. Surg. - 2019. - Vol. 64. - P. 24-32. - doi: 10.1016/j.ijssu.2019.03.005.
18. Asanasak, P. The case series of peritonitis due to perforated peptic ulcer: How does conservative management play role? / P. Asanasak // Int. J. Surg. Case Rep. - 2019. - Vol. 58. - P. 74-76.
19. Association between Poor Sleep Quality and Subsequent Peptic Ulcer Recurrence in Older Patients with Mild Cognitive Impairment: Examining the Role of Social Engagement / B. Fang, S. Yang, R. Xu, G. Chen // Sci. Rep. - 2019. - Vol. 9, № 1.
20. Characterization of the various functional pathways elicited by synthetic agonists or antagonists at the melatonin MT1 and MT2 receptors / C. Legros, C. Dupre, C. Brasseur, A. Bonnaud // Pharmacol. Res. Perspect. - 2019. - Vol. 8, № 1. - P. e00539. - doi: 10.1002/prp2.539.
21. Correlation between the Glasgow-Blatchford score, shock index, and Forrest classification in patients with peptic ulcer bleeding / H. Yang, C. Pan, Q. Liu [et al.] // Turk J. Med. Sci. - 2020. - Vol. 50, № 4. - P. 706-712. - doi: 10.3906/sag-1906-154.
22. Dadfar, A. Epidemiology of perforating peptic ulcer: A population-based retrospective study over 40 years / A. Dadfar, T.H. Edna // World J. Gastroenterol. - 2020. - Vol. 26, № 35. - P. 5302-5313. - doi: 10.3748/wjg.v26.i35.5302.
23. Delay in Source Control in Perforated Peptic Ulcer Leads to 6% Increased Risk of Death Per Hour: A Nationwide Cohort Study / H. Boyd-Carson, B. Doleman, D. Cromwell [et al.] // World J. Surg. - 2020. - Vol. 44, № 3. - P. 869-875. - doi: 10.1007/s00268-019-05254-x.
24. Diagnostic and therapeutic role of laparoscopy in perforated peptic ulcer in the elderly patients / A. Giordano, P. Prospero, G. Alemanno [et al.] // G. Chir. - 2020.
25. Dunlap, J.J. Peptic ulcer disease / J.J. Dunlap, S. Patterson // Gastroenterol. Nurs. - 2019. - Vol. 42, № 5. - P. 451-454.
26. Epstein-Barr Virus and Helicobacter Pylori Co-Infection in Non-Malignant Gastrointestinal Disorders / R. Davila-Collado, O. Jarquin-Duran, L.T. Dong, J.L. Espinoza // Pathogens. - 2020. - Vol. 9, № 2. - P. 104.
27. Evidence-based clinical practice guidelines for peptic ulcer disease 2020 / T. Kamada, K. Satoh, T. Itoh [et al.] // J. Gastroenterol. - 2021. - Vol. 54. - P. 303-322. - doi: 10.1007/s00535-021-01769-0.
28. Fathizadeh, H. Melatonin: an anti-tumor agent for osteosarcoma / H. Fathizadeh, H. Mirzaei, Z. Asemi // Cancer Cell. Int. - 2019. - Vol. 19. - P. 319.
29. Gastrointestinal Tract Disorders in Older Age / I. Domic, T. Nordin, M. Jecmenica [et al.] // Can. J. Gastroenterol. Hepatol. - 2019. - Vol. 2019. - P. 6757524. - doi: 10.1155/2019/6757524.
30. Guevara, B. Helicobacter pylori: A Review of Current Diagnostic and Management Strategies / B. Guevara, A.G. Cogdill // Dig. Dis. Sci. - 2020. - Vol. 65, № 7. - P. 1917-1931. - doi: 10.1007/s10620-020-06193-7.
31. Hagen, S.J. Do Ulcers Heal Structurally and Functionally? / S.J. Hagen // Dig. Dis. Sci. - 2020. - Vol. 65, № 1. - P. 3-5. - doi: 10.1007/s10620-019-05935-6.
32. Justification of Genetic Factors for Predicting the Risk of Acute Bleeding in Peptic Ulcer Disease / F.V. Grynchuk, I.I. Dutka, I.I. Panchuk [et al.] // J. Med. Life. - 2020. - Vol. 13, № 2. - P. 255-259. - doi: 10.25122/jml-2020-0041.
33. Laparoscopic Repair of Perforated Peptic Ulcer in the Elderly: An Interim Analysis of the FRAILESEL Italian Multicenter Prospective Cohort Study / P. Fransvea, G. Costa, L. Lepre [et al.] // Surg. Laparosc. Endosc. Percutan Tech. - 2020. - Vol. 30, № 1. - P. 2-7. - doi: 10.1097/SLE.0000000000000826.
34. Nguyen, T.H. Single-Port Laparoscopic Repair of Perforated Duodenal Ulcers / T.H. Nguyen, T.N. Dang, T. Schnelldorfer // World J. Surg. - 2020. - Vol. 44, № 5. - P. 1425-1430. - doi: 10.1007/s00268-019-05352-w.

**АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ  
ЯЗВЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ЖЕЛУДКА И  
ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ**

*Рахманов Ф.С., Шоназаров И.Ш.*

**Резюме.** Язвенные кровотечения желудка и двенадцатиперстной кишки остаются серьезной медицинской проблемой, требующей комплексного подхода. Несмотря на достижения в медицине, существуют вызовы, которые требуют дальнейших исследований и инноваций. Современные методы диагностики, медикаментозное лечение и хирургические вмешательства могут привести к улучшению результатов лечения и качества жизни пациентов. Многочисленные публикации в зарубежной литературе посвящены эпидемиологии и профилактике кровотечений, оценке современной тактики и поиску новых методов лечения. Особый интерес представляют работы, касающиеся организации помощи пациентам с язвенными ГДК.

**Ключевые слова.** Язвенные гастродуоденальные кровотечения, международные стандарты лечения.