

РОЛЬ МАЛОТРАВМАТИЧНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ И ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РИСКА В ЛЕЧЕНИИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ



Рахманов Фирдавс Саломатович, Шоназаров Искандар Шоназарович, Мизамов Фуркат Очилович Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

ГАСТРОДУОДЕНАЛ ЯРАДАН ҚОН КЕТИШНИ ДАВОЛАШДА КАМ ТРАВМАТИК АРАЛАШУВЛАР ВА ХАВФНИ БАШОРАТ ҚИЛИШНИНГ ЎРНИ

Рахманов Фирдавс Саломатович, Шоназаров Искандар Шоназарович, Мизамов Фуркат Очилович Самарканд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.

THE ROLE OF MINIMALLY TRAUMATIC INTERVENTIONS AND RISK PREDICTION IN THE TREATMENT OF GASTRODUODENAL ULCER BLEEDING

Rakhmanov Firdavs Salomatovich, Shonazarov Iskandar Shonazarovich, Mizamov Furkat Ochilovich Samarkand State Medical University, Republic Of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: info@sammu.uz

Резюме. Мақолада жарроҳлик тактикасини оптималлаштириши мақсадида ярали гастродуоденал қон кетишининг ривожланиши ва қайталанишининг муҳим хавф омилларини аниқлашга қаратилган тадқиқот натижалари келтирилган. 114 та клиник кузатувлар таҳлили асосида такрорий қон кетишининг асосий предикторлари бўлиб бемор қабул қилингандаги гемодинамик беқарорлик, анатомик хавфли зоналарда жойлашган яралар, юқори хавфли эндоскопик белгилар (Форрест I-IIa), шунингдек, яра нуқсонининг сезиларли чуқурлиги эканлиги аниқланди. Юқори хавф даражасига эга бўлган беморларда превентив жарроҳлик аралашувини қўллаш рецидивлар частотасини сезиларли даражада камайтириши ва даволаш натижаларини яхшилаш имконини берди, бу эса ушбу тоифадаги беморларни даволашда индивидуал ёндашувнинг мақсадага мувофиқлигини тасдиқлайди.

Калит сўзлар: Ярали қон кетиши, хавф омиллари, рецидив, жарроҳлик даволаши.

Abstract. The article presents the results of a study aimed at identifying significant risk factors for the development and recurrence of ulcerative gastroduodenal bleeding in order to optimize surgical tactics. Based on the analysis of 114 clinical observations, it was found that the key predictors of recurrent bleeding are hemodynamic instability upon admission, ulcers located in anatomically dangerous zones, endoscopic signs of high risk (Forrest I-IIa), as well as a significant depth of the ulcer defect. The use of preventive surgical intervention in high-risk patients allowed us to significantly reduce the frequency of relapses and improve treatment outcomes, which confirms the feasibility of an individualized approach to the treatment of this category of patients.

Key words: Ulcer bleeding, risk factors, relapse, surgical treatment.

Актуальность. Острое желудочно-кишечное кровотечение из верхних отделов ЖКТ остается одной из самых неотложных проблем гастроэнтерологии и хирургии. По современным данным, кровотечения из верхних отделов ЖКТ составляют до 80–90% всех гастродуоденальных кровотечений. Ежегодная заболеваемость такими кровотечениями среди взрослого населения достигает 48–160 случаев на 100 тыс. человек. Примерно в половине случаев источником являются пептические язвы желудка или двенадцатиперстной кишки. Несмотря на успехи в терапии, уровень летальности при острых язвенных кровотечениях остается высоким – в среднем 6–14%, а при массивных кровопотерях достигает 30–50%. Это подчеркивает высокую актуальность исследования факторов, влияющих на

исходы язвенных гастродуоденальных кровотечений [2, 4, 6].

Наблюдается тревожная тенденция: хотя распространенность язвенной болезни в некоторых странах снижается, частота её осложнений, в том числе кровотечений, не уменьшается. В Российской Федерации за последнее десятилетие число пациентов с язвенными кровотечениями возросло приблизительно в 1,5 раза. Возможные причины различий – в России сохраняется высокая распространенность традиционных факторов риска (курение, инфицированность *Helicobacter pylori*) на фоне более низкого социально-экономического уровня. В то же время в Западной Европе и Северной Америке отмечается широкое применение нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), что привело к росту числа НПВП-

ассоциированных язв. Приём НПВП повышает риск развития эрозивно-язвенных поражений слизистой в 3–5 раз, а риск желудочно-кишечных кровотечений и перфораций – в 8 раз. Таким образом, изучение роли различных этиологических факторов и их влияния на вероятность кровотечения имеет существенное клиническое значение [1, 3, 5].

Тяжесть гастродуоденального кровотечения зависит не только от объема кровопотери, но и от калибра пораженного сосуда и локализации язвы. Установлено, что наиболее массивные и жизнеугрожающие кровотечения, как правило, возникают из «каллезных» (хронических) язв малой кривизны желудка и заднемедиальной стенки луковицы двенадцатиперстной кишки. Это обусловлено анатомическими особенностями кровоснабжения указанных зон – повреждение язвой ветвей левой желудочной артерии или гастродуоденальной артерии приводит к профузному кровотечению. Таким образом, сама по себе локализация язвы (например, по малой кривизне) может рассматриваться как фактор высокого риска тяжелого кровотечения. Кроме того, глубокое проникновение язвы в стенку органа (диаметр и глубина дефекта) повышает вероятность того, что будет разрушен сосуд значимого калибра. Клинически тяжелое кровотечение проявляется развитием геморрагического шока (гипотония, тахикардия, бледность, холодный пот), особенно при быстрой потере >25% ОЦК в течение нескольких часов. У таких пациентов изначально хуже формируется тромб в сосуде и выше риск повторного кровотечения.

Одной из главных причин неудовлетворительных результатов лечения язвенных кровотечений является рецидив кровотечения, то есть возобновление геморагии после кажущегося гемостаза. Повторное кровотечение резко ухудшает прогноз: по данным исследований, возникновение рецидива ассоциируется с повышением летальности, являясь самостоятельным фактором риска гибели больного (отношение шансов примерно 60–70). Каждое повторное кровотечение требует повторных вмешательств и часто – экстренной операции на фоне нестабильного состояния, что само по себе увеличивает риск осложнений и смерти. Так, в исследовании M.V. Valeev и соавт. (2020) общая летальность при язвенных кровотечениях составила 6,3%, однако в группе пациентов с рецидивом кровотечения после первоначального гемостаза она возросла до 26,8%. Таким образом, профилактика рецидивов кровотечения – ключевое условие улучшения исходов лечения. Для этого необходимо выявлять факторы, предсказывающие повторное кровотечение, и активно устранять их либо проводить превентивное вмешательство. Как отмечают эксперты, основной путь повышения эффективности лечения язвенных кровотечений состоит именно в своевременном прогнозировании рецидива и выполнении превентивных мероприятий (включая оперативное) у пациентов группы высокого риска.

Цель настоящего исследования – улучшение результатов хирургического лечения больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями.

Материалы и методы исследования. В исследование включены 114 пациентов, поступивших по экстренным показаниям с диагнозом язвенное гастродуоденальное кровотечение. Критерии включения:

наличие эндоскопически подтвержденного кровотечения из язвы желудка или двенадцатиперстной кишки (Forrest I–IIb), возраст старше 18 лет. Не включались пациенты с кровотечениями иной этиологии (портальная гипертензия, опухоли, синдром Меллори–Вейса и др.), с перфоративными язвами, а также больные, получавшие лишь эндоскопическое лечение без участия хирурга. Из 114 пациентов 78 (68%) были мужчины и 36 (32%) женщины; средний возраст составил $55,2 \pm 6,3$ года (разброс от 27 до 82 лет). Язвенная болезнь в анамнезе была у 64% больных, у остальных кровотечения стало первым проявлением язвы. Локализация язв: у 70 пациентов (61%) язва располагалась в двенадцатиперстной кишке, у 44 (39%) – в желудке (преимущественно по малой кривизне). При госпитализации у 19 больных (17%) наблюдались признаки геморрагического шока (АД сист. <90 мм рт.ст., тахикардия >110 в мин, олигурия), у 58 (51%) – умеренная гиповолемия, у остальных состояние было относительно стабильным.

Пациенты рандомизировано разделены на две группы для сравнительного анализа тактики лечения. Основная группа (59 человек) получала активное хирургическое лечение: предполагалось выполнение превентивной операции после стабилизации состояния у пациентов с признаками высокого риска рецидива. К таким признакам относили: продолжающееся или рецидивирующее кровотечение по данным эндоскопии (Forrest IA, IB, IIA), геморрагический шок при поступлении, язва крупного размера (>2 см) или пенетрирующая, локализация язвы на малой кривизне желудка или задней стенке ДПК, а также наличие тяжелых сопутствующих состояний (например, ИБС, недавно перенесенный инфаркт миокарда, цирроз печени, ХПН). После кратковременной интенсивной терапии (инфузии, ИПП, трансфузии компонентов крови) таким больным основной группы выполняли оперативное вмешательство, не дожидаясь повторного эпизода кровотечения. Объем операции зависел от конкретной ситуации: при дуоденальных язвах чаще выполняли ушивание источника кровотечения с одновременной стволовой ваготомией или селективной проксимальной ваготомией (СПВ) для снижения кислотности; при язвах желудка – ушивание или резекцию желудка по показаниям (при подозрении на малигнизацию, длительном язвенном анамнезе и др.). Некоторые пациенты основной группы с относительно низким риском (например, Forrest IIb при стабильной гемодинамике) были изначально пролечены консервативно и эндоскопически, но в случае малейших признаков продолжающегося кровотечения им также сразу выполняли операцию.

Группа сравнения (55 человек) лечилась по более традиционной тактике «выжидательной». Первичным методом гемостаза у всех пациентов этой группы была эндоскопическая остановка кровотечения (введение адреналина, клипирование или термокоагуляция, в зависимости от характера кровоточащего сосуда). После успешного эндоскопического гемостаза проводилась интенсивная консервативная терапия: высокодозные ИПП внутривенно, инфузии, переливание эритроцитной массы по показаниям. Оперативное вмешательство в группе сравнения выполнялось только при развитии рецидива кровотечения или при неэффективности повторных эндоскопических попыток остановки крово-

течения. Таким образом, отличие тактик заключалось в том, что в основной группе превентивная (профилактическая) хирургическая операция выполнялась до развития повторного кровотечения (у прогнозируемо сложных пациентов), тогда как в группе сравнения хирургическое лечение предпринималось после того, как рецидив уже произошел (так называемая «активно-выжидательная» тактика). Этические соображения не позволяли оставить пациентов с продолжающимся кровотечением без операции, поэтому в обеих группах при неэффективности первичной эндоскопии сразу выполнялось экстренное вмешательство; однако у пациентов группы сравнения при первоначально успешном эндоскопическом гемостазе ждали развития повторного кровотечения, если оно случалось.

Диагноз подтверждали экстренной эзофагогастродуоденоскопией (ЭГДС) в первые часы от поступления; эндоскопист классифицировал язву по Forrest: у 18% пациентов выявлено активное артериальное кровотечение (Forrest IA) либо диффузное сочащееся (IB); у 33% – визуализирован тромбированный сосуд в кратере язвы (Forrest IIA); у 17% – язва с плотным фиксированным тромбом (Forrest IIB); у 32% – признаки недавнего кровотечения отсутствовали (Forrest IIC или III) на момент эндоскопии, что, однако, не исключало факта кровотечения по анамнезу. Проводились лабораторные исследования (общий и биохимический анализ крови, коагулограмма). Выявление *H. pylori* осуществляли у 96 больных (84%) с помощью экспресс-теста (уреазного) на биопсийном материале либо по результатам гистологического исследования слизистой: 68% обследованных оказались инфицированы. В дальнейшем всем *H. pylori*-позитивным пациентам (при стабильном состоянии) назначалась эрадикационная терапия.

Статистическая обработка данных включала сравнение долей с использованием критерия χ^2 Пирсона или точного критерия Фишера (при $n < 5$ в ячейке), сравнение средних значений методом Стьюдента. Для оценки влияния факторов риска на исход (рецидив кровотечения) проведен однофакторный и многофакторный регрессионный анализ: рассчитывались отношения шансов (ОШ) с 95% доверительным интервалом. Достоверными считали различия при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Обе сравниваемые группы (основная и группа сравнения) были сопоставимы по основным клинико-анамнестическим показателям (различия статистически незначимы, $p > 0,05$). Средний возраст составил 56 лет в основной и 54 года в группе сравнения; мужчин – 75% vs 73%; частота *H. pylori*-позитивности – 66% vs 69%. Частота приема НПВП накануне развития кровотечения незначительно отличалась (31% в основной против 29% в контроле, $p = 0,8$). Доля активных курильщиков и лиц, злоупотребляющих алкоголем, была также сходной (~50% и ~20% соответственно). Около 34% пациентов

в каждой группе имели 2 и более сопутствующих хронических заболевания (сердечно-сосудистые, эндокринные, почечные и др.). Таким образом, распределение традиционных факторов риска (возраст, *H. pylori*, НПВП, вредные привычки, коморбидность) между группами было однородным, что важно для корректного сравнения исходов лечения.

Не было существенных различий и в характеристиках самих язвенных очагов при эндоскопии. У пациентов основной группы и группы сравнения доля дуоденальных язв составила 61% и 62% соответственно, желудочных – 39% и 38%. Средний диаметр язвы (по данным эндоскопического заключения) был около $1,1 \pm 0,4$ см в обеих группах; крупные язвы > 2 см отмечены у 15% больных основной группы и 13% – группы сравнения ($p > 0,5$). Локализация язвы по малой кривизне желудка наблюдалась у 22% vs 20% пациентов, язвы задней стенки двенадцатиперстной кишки – у 18% vs 16% (различия незначимы). Распределение по классификации Forrest: признаки активного кровотечения (Ia или Ib) при первичной ЭГДС имели 27% пациентов основной группы и 25% – группы сравнения; язвы с видимым сосудом (Forrest IIa) – у 34% vs 33%; с фиксированным тромбом (IIb) – у 17% vs 15%; без признаков недавнего кровотечения (IIc/III) – у 22% vs 27% соответственно ($p > 0,05$). Таким образом, исходная тяжесть и характер кровотечений в обеих группах были схожими.

В общей сложности повторное кровотечение в период госпитализации (после первоначально достигнутого гемостаза) развилось у 20 пациентов из 114, что составило 17,5%. При этом частота рецидива различалась по группам: всего 5 случаев (8,5%) в основной группе против 15 случаев (27,3%) в группе сравнения ($\chi^2 = 7,1$; $p = 0,008$). Таким образом, применение превентивной хирургической тактики позволило более чем в 3 раза снизить частоту повторных кровотечений. Для выявления факторов, влияющих на риск рецидива, мы сравнили признаки пациентов, у которых возник повторный эпизод, с пациентами без рецидива. Были проанализированы различные параметры (возраст, пол, сопутствующая патология, лабораторные показатели, характеристики язвы и др.). В одновариантном анализе статистически значимыми факторами, ассоциированными с рецидивом, оказались: гемодинамическая нестабильность при поступлении (шок или выраженная гипотензия), большая глубина и диаметр язвы (> 2 см), локализация язвы на малой кривизне желудка или на задней стенке ДПК, эндоскопические стигмы высокого риска (Forrest IA, IB или IIA), а также необходимость переливания > 2 доз эритроцитарной массы. Напротив, такие показатели, как возраст > 60 лет, наличие *H. pylori*, прием НПВП, сахарный диабет, сами по себе не показали достоверной связи с ранним рецидивом кровотечения ($p > 0,1$).

Таблица 1. Независимые факторы риска развития рецидива язвенного кровотечения (логистическая регрессия, $n = 114$)

Фактор риска (предиктор)	Отношение шансов (95% ДИ)
Язва на малой кривизне желудка	2,37 (1,18–4,74)
Язва задней стенки двенадцатиперстной кишки	3,84 (1,69–8,73)
Видимый сосуд в язве (Forrest IIa)	2,67 (1,55–6,48)
Пигментное пятно/чистое дно язвы (IIc/III)	0,24 (0,10–0,56)
Индекс шока $> 1,0$ при поступлении	3,5 (примерно 1,5–8,0)

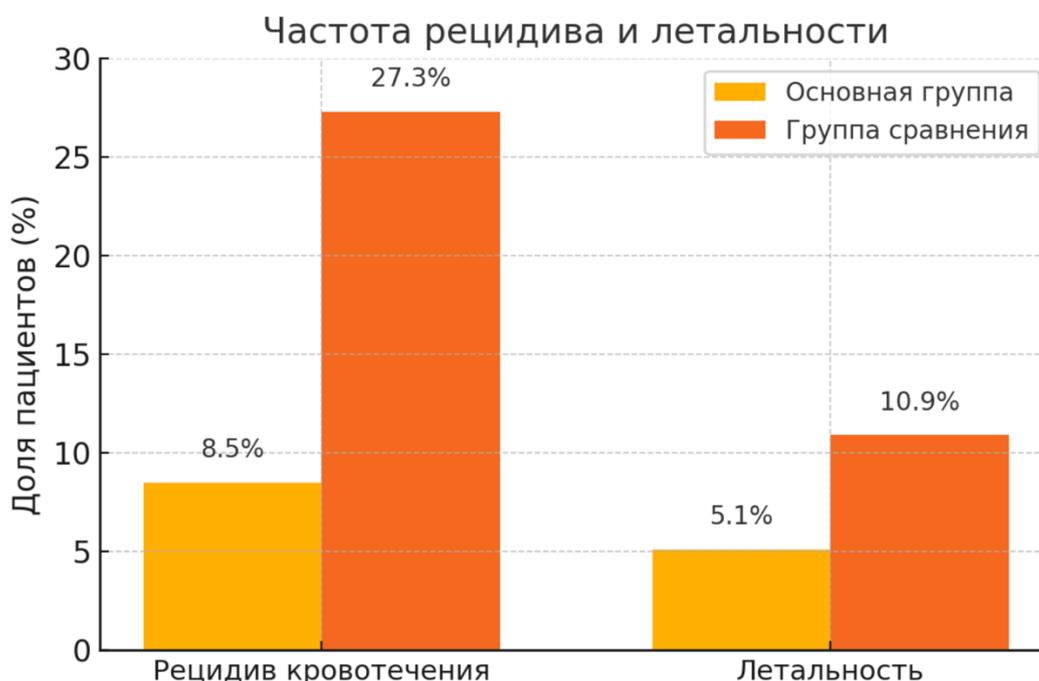


Рис. 1. Частота рецидива кровотечения и летальных исходов в основной и контрольной группах

Многофакторный регрессионный анализ (логистическая регрессия) позволил определить независимые предикторы рецидива кровотечения. В итоговую модель вошли пять факторов с наибольшей прогностической значимостью (табл. 1). Наиболее сильно риск повторного кровотечения повышала язва, расположенная в задней стенке двенадцатиперстной кишки (отношение шансов ОШ \approx 3,8; $p < 0,001$) – видимо, из-за близости крупной гастродуоденальной артерии. Существенным фактором риска также стала локализация язвы по малой кривизне желудка (ОШ \approx 2,4; $p \approx 0,015$), что согласуется с патофизиологическими данными о кровоснабжении малой кривизны. Наличие видимого сосуда в кратере язвы (Forrest Па) более чем в 2,5 раза повышало вероятность рецидива (ОШ \approx 2,7; $p < 0,01$), подтверждая важность эндоскопической оценки стигм. Напротив, язвы с низкой активностью (Forrest Пс или Пш – т.е. с пигментным пятном или чистым дном) ассоциировались со значительно меньшей вероятностью повторного кровотечения (ОШ \approx 0,24; $p < 0,001$), фактически являясь благоприятным признаком. Наконец, пятым независимым фактором стал индекс шока $>1,0$ при поступлении (тахикардия, соотношение пульс/АДс >1) как отражение тяжести кровопотери – он приблизительно утраивал риск рецидива ($p = 0,005$). Все перечисленные факторы вошли в финальную прогностическую модель с общей точностью $\sim 80\%$, чувствительностью 75% и специфичностью 82% .

Таким образом, анализ продемонстрировал, что решающую роль в возникновении повторного кровотечения играют показатели, отражающие тяжесть первоначального эпизода и характеристики самой язвы. Клинические проявления – коллапс, выраженная гипотензия – указывают на высокий риск, что согласуется с современными клиническими рекомендациями. Эндоскопические критерии (классификация Forrest) ожидаемо оказались мощным прогностическим инструментом: наличие активно кровоточащих язв или визуализируемого сосуда требует особой настороженности,

тогда как «спокойные» язвы редко дают рецидив. Наконец, анатомические факторы (локализация и размер язвы) также не должны упускаться – язвы, залегающие вблизи крупных сосудистых стволов, склонны к повторной кровоточивости, если не устранить источник радикально. Отсутствие значимой роли таких параметров, как *H. pylori* или прием НПВП, в прогнозе раннего (<7 суток) рецидива можно объяснить тем, что эти факторы влияют больше на риск развития самой язвы и эпизода кровотечения, но не на краткосрочное повторное кровотечение, которое определяется локальными факторами (стигмы, гемостаз). Однако в отдаленной перспективе устранение *H. pylori*-инфекции и отказ от НПВП крайне важны для профилактики новых язв и новых кровотечений.

Результаты лечения существенно различались между группами, что подтверждает эффективность активной хирургической тактики. В основной группе, где выполнялись превентивные операции, рецидив кровотечения произошел лишь у 5 из 59 больных (8,5%), тогда как в группе сравнения – у 15 из 55 (27,3%), как отмечалось выше. Разница статистически значима ($p < 0,01$) и клинически существенна (рис. 1). Иными словами, в группе без превентивных вмешательств повторное кровотечение возникало в три раза чаще. Причем у 12 из этих 15 пациентов группы сравнения рецидив произошел в первые трое суток от поступления, несмотря на проводимое интенсивное лечение. Все повторные кровотечения потребовали экстренного хирургического вмешательства (результаты которых не всегда были благоприятны, учитывая тяжесть состояния пациентов). В отличие от этого, в основной группе лишь у 5 пациентов возник рецидив: подробный анализ показал, что 3 из них относились к больным с первоначально низким риском, которым не была выполнена превентивная операция (ограничились эндоскопией), и у 2 пациентов рецидив произошел несмотря на выполненную СПВ – вероятно из-за технической неэффективности ваготомии (сохранение гипе-

рацидности). Тем не менее, даже с учетом этих случаев, преимущество основной группы по отсутствию повторных кровотечений очевидно.

Жёлтым цветом показаны показатели в основной группе (превентивное хирургическое лечение), оранжевым – в группе сравнения (выжидательная тактика). Видно, что частота рецидива кровотечения в основной группе значительно ниже, чем в группе сравнения (около 8,5% против 27,3% соответственно). Это отражает эффективность превентивных операций в предупреждении повторного кровотечения. Летальность в основной группе также оказалась ниже (около 5% против 11% в группе сравнения), хотя разница статистически не достигла значимости ввиду относительно небольшого размера выборки. Тем не менее тенденция к снижению смертности прослеживается: в группе сравнения все летальные исходы (6 случаев) были связаны с развитием повторного профузного кровотечения и тяжелым шоком, тогда как в основной группе погибло 3 пациента, причем лишь в одном случае имел место рецидив (у остальных смерть наступила от прогрессирования тяжелой сопутствующей патологии – инфаркта миокарда и декомпенсации цирроза печени). Таким образом, предотвращая рецидивы, активная тактика способствует снижению летальности, хотя окончательно подтвердить это требуется большее число наблюдений.

Общий объем хирургических вмешательств, естественно, различался между группами. В основной группе превентивная или экстренная операция была выполнена 100% пациентов (во всех случаях применялась та или иная хирургическая тактика для окончательной остановки кровотечения и профилактики его повторения). В группе сравнения хирургическое лечение понадобилось в итоге 20 пациентам из 55 (36,4%) – это те больные, у которых произошел рецидив, либо первоначально не удалось эндоскопически остановить кровотечение. Характер операций также отличался: в основной группе преобладали плановые или условно-ургентные вмешательства в условиях относительной стабильности (что позволяло расширить объем – например, выполнить ваготомию или резекцию желудка по показаниям). В группе сравнения же все 20 операций были экстренными, «по жизненным показаниям» на фоне продолжающегося кровотечения или геморрагического шока, причем в большинстве случаев ограничивались ушиванием язвы (паллиативная тактика), без ваготомии. Это обусловлено тяжестью состояния пациентов при повторном кровотечении, когда время на расширенную операцию ограничено. Однако именно паллиативность этих вмешательств приводила в дальнейшем к неблагоприятным последствиям: из 20 оперированных в группе сравнения у 6 (30%) случился повторный эпизод кровотечения уже после операции (в раннем послеоперационном периоде), тогда как в основной группе после превентивно выполненных радикальных вмешательств случаев повторного кровотечения практически не было. Послеоперационные осложнения (нагноение раны, пневмония, инсульт и др.) развились у 8 пациентов (13,6%) основной группы и у 5 (9,1%) – группы сравнения ($p > 0,3$); несколько более высокая частота осложнений в основной группе объясняется большим числом и радикальностью операций, однако тяжелых, жизнеугрожающих осложнений дос-

товерно не различалось. Средняя продолжительность пребывания в стационаре составила 10 ± 4 суток в основной группе и 12 ± 5 суток – в группе сравнения ($p = 0,06$); благодаря профилактике рецидивов и плановому характеру операций удалось избежать дополнительных дней реанимации у многих пациентов основной группы.

Полученные результаты демонстрируют важность учета факторов риска рецидива кровотечения и подтверждают эффективность проактивной тактики хирургического лечения у выбранного контингента больных. Прежде всего, наше исследование подтвердило сведения литературы о ключевых детерминантах неблагоприятного течения язвенного кровотечения. Выявлено, что нестабильная гемодинамика на момент поступления (шок, выраженная гипотензия) является грозным прогностическим признаком. Пациенты, поступившие в состоянии коллапса, имели существенно более высокий шанс повторного кровотечения. Этот фактор фигурирует и в современных клинических рекомендациях как критерий высокого риска. Тяжесть первоначальной кровопотери ослабляет естественные механизмы тромбообразования, ведет к коагулопатии разбавления на фоне массивных инфузий, что затрудняет устойчивый гемостаз. Таким больным показано особо тщательное наблюдение и, как подтверждает наш опыт, раннее хирургическое вмешательство до возникновения рецидива.

Эндоскопическая картина язвы при первичном осмотре – второй краеугольный момент в оценке прогноза. Нами убедительно показано, что наличие видимого сосуда (Forrest IIa) или признаков продолжающегося кровотечения (Forrest I) ассоциировано с максимумом повторных кровотечений, тогда как «благоприятные» язвы (Forrest IIc, III) практически не кровят повторно. Эти данные согласуются с классическими исследованиями Forrest: так, по литературным данным, при язве Forrest Ia риск повторного кровотечения без дополнительного лечения достигает 50–60%, при Forrest IIa – порядка 30%. В нашей работе благодаря агрессивной тактике (оперативной или повторной эндоскопической) удалось снизить реализовавшийся процент рецидивов у таких пациентов, однако сам по себе факт принадлежности язвы к категории Forrest I–IIa диктует необходимость профилактических мер. В клинических рекомендациях прямо указано: у пациентов с язвенным кровотечением обязательно оценивается риск рецидива на основании совокупности клинических и эндоскопических данных; в их числе – именно классификация Форрест, глубина и локализация язвы. Наше исследование поддерживает эту позицию: эндоскопическая оценка должна влиять на выбор тактики. Если обнаружены стигмы высокого риска, одной медикаментозной терапии и разовой эндоскопии недостаточно – требуется либо повторный эндоскопический гемостаз, либо рассмотрение вопроса о превентивной операции до развития повторного эпизода.

Значение размеров и локализации язвенного дефекта часто недооценивается, однако наши результаты подтверждают, что и эти характеристики влияют на исход. Язвы диаметром > 2 см в 2 раза чаще осложнялись повторным кровотечением, чем мелкие (хотя этот фактор не вошёл в окончательную модель, он был значим в одномерном анализе). Еще важнее оказалась

локализация: язвы на малой кривизне желудка и задней стенке ДПК продемонстрировали независимую связь с рецидивом. Патофизиологически это объясняется тем, что в данных областях проходят крупные артериальные стволы (левая желудочная и гастродуоденальная артерия соответственно). Даже успешно затромбированное кровотечение из такого сосуда может возобновиться под воздействием артериального давления. Поэтому в подобных случаях оправдан более радикальный подход – например, прошивание артерии в просвете язвы с серозной стороны или резекция пораженного сегмента желудка. Наши данные созвучны выводам других авторов: например, Valeev M.V. и соавт. также показали, что язвы по малой кривизне и на задней стенке ДПК – сильные факторы риска рецидива (ОШ ~2,4 и ~3,8). Таким образом, топография язвы должна учитываться при планировании объема операции.

Интересный факт: такие широко известные факторы как инфекция *H. pylori* и прием НПВП, оказавшиеся ведущими причинами развития язв, в нашем исследовании не продемонстрировали влияния на риск раннего рецидива кровотечения. Это согласуется с логикой: наличие *H. pylori* определяет хронизацию язвенной болезни, увеличивает риск того, что язва вообще образуется и осложнится, но в краткосрочной перспективе (несколько дней госпитализации) само по себе присутствие бактерии не влияет на процесс гемостаза. Безусловно, в дальнейшем всем пациентам требуется эрадикация *H. pylori* для предотвращения повторных язв и отдаленных кровотечений, однако при решении вопроса о неотложной операции факт инфицированности не является критерием. Что же касается НПВП, то, как правило, эти препараты сразу отменяются у всех пациентов с кровотечением – поэтому к моменту возможного рецидива фактор перестает действовать. Тем не менее, выявление НПВП-ассоциированной язвы важно для последующей тактики: таким больным желательно в дальнейшем избегать этих препаратов либо принимать гастропротекторы при их необходимости. В нашем исследовании 30% пациентов принимали НПВП – сопоставимо с долей в общей структуре язвенных кровотечений, отмечаемой терапевтами.

Очень важный вывод касается эффективности лечебной тактики. Мы продемонстрировали, что активная хирургическая тактика – выполнение профилактической операции у больных группы риска – приводит к существенному снижению частоты рецидивов и, как следствие, улучшению исходов. Разница в частоте повторных кровотечений между группами (8,5% vs 27,3%) подтверждает, что обоснованная превентивная операция способна спасти значительную долю пациентов от опасного повторного эпизода. В группе сравнения, где ждали рецидива, он произошел у каждого четвертого пациента, хотя все они первоначально были успешно стабилизированы консервативно – это показывает ограниченность одной лишь эндоскопии и ИПП терапии у части больных. Более того, повторное кровотечение в отсутствие профилактики случалось, как правило, в первые сутки-трое, что подтверждают и другие исследования. Если оно происходило, то пациент переносил уже два эпизода кровопотери подряд, что резко увеличивало риск летального исхода. Мы

наблюдали, что экстренные операции при рецидиве на фоне шока сопровождались летальностью ~27%, тогда как плановые (превентивные) операции выполнялись без интраоперационных потерь и летальность при них минимальна. В результате суммарная смертность в основной группе была ниже, хотя и не достигла статистической значимости из-за небольшого числа наблюдений. Тем не менее, тенденция очевидна и соответствует данным литературы: предотвращение рецидива – лучший способ снизить летальность.

Наши результаты находятся в русле эволюции взглядов на лечение язвенных кровотечений. Исторически подходы колебались от крайне радикальных (в середине XX века по школе А.В. Юдина рекомендовали оперировать практически всех пациентов с язвенным кровотечением) до преимущественно консервативных в конце прошлого века. В настоящее время, благодаря развитию эндоскопии и фармакотерапии, около 70–80% пациентов удается успешно лечить без операции. Однако остается категория больных с высоким риском, у которых предупредительная операция оправдана и необходима. Наше исследование предлагает критерии для отбора таких пациентов: это больные с профузным кровотечением (шок), с крупными «неблагоприятными» язвами (глубокие, в опасных зонах), с активными стигмами (Forrest I–IIa). Именно им показана тактика раннего хирургического вмешательства, что подтверждается снижением частоты рецидивов с ~27% до ~8% в наших группах. В то же время пациентам более «благополучным» (стабильным, с мелкими язвами Forrest IIb–IIc) можно безопасно продолжать консервативное лечение под наблюдением – у них риск повторного кровотечения невысок и неоправданно подвергать их риску операции. Такой дифференцированный подход соответствует современному принципу персонализированной медицины и поддерживается рядом исследований.

Следует отметить, что активная тактика повышает общий процент оперативных вмешательств, а значит, предъявляет высокие требования к квалификации хирургов и ресурсам стационара. Необходимо уметь выполнять ваготомию, резекции желудка и другие вмешательства даже в ночное время, иметь возможность обеспечить послеоперационное наблюдение. Не менее важно междисциплинарное взаимодействие: эндоскопическая служба должна оперативно информировать хирурга о выявленных высоких рисках (например, сразу после ЭГДС передавать сведения о Forrest IIa и т.д.), чтобы решения принимались быстро. В нашем стационаре тесное сотрудничество эндоскопистов, реаниматологов и хирургов позволило выстроить протокол, при котором пациент сразу при поступлении оценивается командой, и если имеются критерии высокого риска, план действий обсуждается немедленно. Таким образом, комплексный подход к лечению язвенных кровотечений, включающий современные методы эндоскопического гемостаза, интенсивную терапию и своевременное хирургическое вмешательство у определенных пациентов, обеспечивает наилучшие результаты.

Наши данные согласуются с национальными рекомендациями и мировым опытом. Так, в Российских клинических рекомендациях (2021–2024) подчёркивается необходимость стратификации рисков и говорит-

ся, что при высоком риске рецидива следует рассматривать превентивные методы остановки кровотечения. За рубежом также признают, что повторное эндоскопическое вмешательство или ранняя операция показаны пациентам с рецидивом или признаками продолжающегося кровотечения. Конечно, важную роль играет и медикаментозная терапия: во всех случаях рекомендуется назначение ИПП в максимальных дозах, что повышает стабильность тромба и снижает кислотность, способствуя профилактике повторного кровотечения. В нашем исследовании все пациенты получали интенсивную кислотосупрессию, что, вероятно, тоже поспособствовало сравнительно невысокой общей частоте рецидивов (17,5% по выборке, тогда как по данным литературы она может достигать 30%). Тем не менее, даже на фоне ИПП и первичного гемостаза около четверти больных контрольной группы имели повторное кровотечение – это те случаи, где без оперативной тактики не обошлось.

Ограничениями нашего исследования являются относительно небольшой объем выборки и нерандомизированный характер группы сравнения (формально пациенты не получали плацебо, а лечились согласно стандартам, что могло вносить некоторые системные различия помимо анализируемых факторов). Тем не менее, полученные результаты статистически значимы и согласуются с данными крупных исследований, что подтверждает их надежность. В дальнейшем планируется увеличить когорту наблюдений и провести проспективное рандомизированное исследование, чтобы еще более объективно оценить эффективность превентивных операций. Также представляет интерес изучение отдаленных результатов – частоты развития язв и кровотечений в течение 1–2 лет после эпизода, в зависимости от выполнения ваготомии, успешности эрадикации *H. pylori* и пр. Тем не менее, уже сейчас очевидно, что индивидуализированный подход с учетом факторов риска способен улучшить непосредственные исходы у пациентов с этой тяжелой патологией.

Выводы:

1. К основным причинам развития язвенного гастродуоденального кровотечения относятся инфекция *H. pylori* и прием ulcerогенных препаратов (НПВП, глюкокортикоиды, антикоагулянты). В группе риска также находятся лица пожилого возраста, курящие и злоупотребляющие алкоголем. Наличие этих факторов повышает вероятность язвы и последующего кровотечения, поэтому их коррекция (эрадикация *H. pylori*, отмена НПВП, модификация образа жизни) является важной мерой профилактики.

2. Повторное кровотечение чаще возникает у пациентов с признаками тяжелого первоначального эпизода и неблагоприятными характеристиками язвы. К значимым предикторам рецидива относятся: гемодинамический шок при поступлении, язва крупного размера (>2 см) или расположенная в сосудистой «опасной» зоне (малая кривизна желудка, задняя стенка двенадцатиперстной кишки), а также высокие эндоскопические стигмы риска (кровоточащий сосуд – Forrest IA–IIA). Напротив, при поверхностных язвах с чистым дном вероятность рецидива минимальна. Указанные факторы следует оперативно выявлять при поступлении больного.

3. Рецидив язвенного кровотечения является грозным осложнением, существенно ухудшающим прогноз. Повторное кровотечение сопровождается риском развития тяжелого шока и многократно повышает летальность. В нашем исследовании все летальные исходы были связаны либо с продолжающимся кровотечением, либо с его рецидивом на фоне тяжелой сопутствующей патологии. Следовательно, предотвращение рецидива прямо ведет к снижению летальности и улучшению результатов лечения язвенных кровотечений.

Литература:

1. Ризаев Э. А., Курбаниязов З. Б., Абдурахманов Д. Ш. Дифференцированный подход в лечении миниинвазивных вмешательств при остром панкреатите алиментарного генеза // Журнал гуманитарных и естественных наук. – 2024. – №. 16 [1]. – С. 272–279.
2. Sung J.J.Y., Chan F.K.L., Chen M. et al. Asia-Pacific Working Group consensus on non-variceal upper gastrointestinal bleeding. // Gut. – 2011. – Vol. 60(9). – P. 1170–1177.
3. Lanás A., García-Rodríguez L.A., Polo-Tomás M. et al. The changing face of hospitalisation due to gastrointestinal bleeding and perforation. // Aliment Pharmacol Ther. – 2011. – Vol. 33(5). – P. 585–591.
4. Barkun A.N., Almadi M., Kuipers E.J. et al. Management of Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding: Guideline Recommendations From the International Consensus Group. // Ann Intern Med. – 2019. – Vol. 171(11). – P. 805–822.
5. Rockall T.A., Logan R.F., Devlin H.B., Northfield T.C. Risk assessment after acute upper gastrointestinal haemorrhage. // Gut. – 1996. – Vol. 38(3). – P. 316–321.
6. Hearnshaw S.A., Logan R.F.A., Lowe D. et al. Acute upper gastrointestinal bleeding in the UK: patient characteristics, diagnoses and outcomes in the 2007 UK audit. // Gut. – 2011. – Vol. 60(10). – P. 1327–1335.

РОЛЬ МАЛОТРАВМАТИЧНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ И ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РИСКА В ЛЕЧЕНИИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Рахманов Ф.С., Шоназаров И.Ш., Мизамов Ф.О.

Резюме. В статье представлены результаты исследования, направленного на выявление значимых факторов риска развития и рецидива язвенного гастродуоденального кровотечения с целью оптимизации хирургической тактики. На основе анализа 114 клинических наблюдений установлено, что ключевыми предикторами повторного кровотечения являются гемодинамическая нестабильность при поступлении, язвы, расположенные в анатомически опасных зонах, эндоскопические признаки высокого риска (Forrest I–IIa), а также значительная глубина язвенного дефекта. Применение превентивного хирургического вмешательства у пациентов с высокой степенью риска позволило достоверно снизить частоту рецидивов и улучшить исходы лечения, что подтверждает целесообразность индивидуализированного подхода в терапии данной категории больных.

Ключевые слова. Язвенное кровотечение, факторы риска, рецидив, хирургическое лечение.