

УДК 616.33/.342–002.44–005.1–089

Оригинальная статья

ДИНАМИКА ОСНОВНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ: АНАЛИЗ МНОГОЛЕТНИХ НАБЛЮДЕНИЙ

Ю. Г. Шапкин — ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского» Минздрава России, заведующий кафедрой общей хирургии, профессор, доктор медицинских наук. **С. Н. Потахин** — ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского» Минздрава России, кафедра общей хирургии, доцент, кандидат медицинских наук.

THE DYNAMICS OF MAIN INDICATORS FOR THE TREATMENT OF ULCERATIVE GASTRODUODENAL BLEEDINGS — THE ANALYSIS OF SEVERAL YEARS STUDIES

Y. G. Shapkin –Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Head of Department of General Surgery, Professor, Doctor of Medical Science; **S. N. Potakhin** –Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of General Surgery, Assistant Professor, Candidate of Medical Science.

Дата поступления — 28.07.2014 г.

Дата принятия в печать — 10.09.2014 г.

Шапкин Ю. Г., Потахин С. Н. Динамика основных показателей лечения язвенных гастроудоденальных кровотечений: анализ многолетних наблюдений. Саратовский научно-медицинский журнал 2014; 10 (3): 456–460.

Цель: оценить влияние изменений хирургической тактики и лечебно-диагностических возможностей на результаты лечения больных язвенными гастроудоденальными кровотечениями (ГДК). **Материал и методы.** Выполнен анализ результатов лечения 1885 пациентов с язвенными ГДК, находившихся на лечении в хирургическом отделении МУЗ «Городская клиническая больница № 6» г. Саратова. Сведения о больных ГДК получены из электронной базы данных, которая велась в клинике с 1991 по 2009 г. Больные были разделены на пять групп соответственно пяти периодам работы, отличающимся лечебно-диагностическими возможностями и тактическими подходами. Оценивали хирургическую активность, соотношение разных видов операций, эффективность эндогемостаза, количество рецидивов кровотечения и летальность. **Результаты.** Внедрение компьютерного прогноза рецидива кровотечения, расширение диапазона методов эндоскопического гемостаза, применение доплеровской лазерной флоуметрии для оценки надежности гемостаза, использование динамической эндоскопии и зонда-детектора рецидива кровотечения при прецидивном синдроме в сочетании с превентивным воздействием на источник кровотечения и антисекреторной терапией позволили снизить общую летальность с 6,5 до 1,9%, а послеоперационную летальность с 9,1 до 1,7%. **Заключение.** Анализ результатов лечения по периодам работы позволил проследить роль разных факторов в их изменении, оценить слабые места в современной тактике и наметить направление дальнейших исследований.

Ключевые слова: язвенные гастроудоденальные кровотечения, хирургическая тактика, результаты лечения.

Shapkin YG, Potakhin SN. The dynamics of main indicators for the treatment of ulcerative gastroduodenal bleedings — the analysis of several years studies. *Saratov Journal of Medical Scientific Research* 2014; 10 (3): 456–460.

The research goal is evaluation of influence of changes in diagnostic & treatment possibilities and surgical approach on the results of treatment of patients with ulcerative gastro-duodenal bleedings (GDB). **Material and methods:** An analysis of the treatment results of 1885 patients suffering from ulcerative GDB, which have been treated in the surgery department of the "State clinical hospital No.6" in Saratov has been done. The information about the patients suffering from GDB has been retrieved from the digital archives, which were filed from 1991 to 2009. The patients have been divided into five groups according to five periods of work, each one differ by its own diagnostic & treatment possibilities and approaches. The evaluation was based the amount of operations, the number of different types of operations, the efficiency of endohemostasis, the amount of bleeding relapses and the lethality. **Results:** The introduction of computer prognosis for bleeding relapse, the increase in the number of endoscopic hemostatic methods, the application of Laser Doppler Flowmetry (LDF) for the evaluation of reliability of hemostasis, the use of dynamic endoscopy and testing probe for bleeding relapse in the state of prerelapse syndrome with the combination of preventive measures on the source of bleeding and antisecretory therapy have led to the decrease of overall lethality from 6,5% to 1,9%, and the postoperative lethality from 9,1% to 1,7%. **Conclusion:** The analysis of treatment results by periods made it possible to have an overview on different factors as they undergo changes during these periods, evaluate weak points in the current treatment tactic and set a direction for further investigations.

Key words: ulcerative gastroduodenal bleeding, surgical treatment, treatment results.

Введение. Результаты лечения больных гастроудоденальными кровотечениями чаще всего представлены летальностью, значение которой у

разных авторов колеблется в широких пределах. В большинстве случаев, как в России, так и за рубежом, эти колебания укладываются в интервал от 1,1 до 16% [1–5]. Особенности лечебных учреждений и принятой в них тактики, а также методологические особенности сбора и анализа данных затрудняют непосредственное сравнение эффективности лечения

Ответственный автор — Потахин Сергей Николаевич
Тел.: 89272207451
E-mail: potahin_sn@rambler.ru

в разных клиниках. Не всегда удается понять, что привело к улучшению результатов: организационная составляющая, техническая оснащенность или энтузиазм исследователей. В связи с этим большую ценность представляют результаты мультицентровых исследований или длительных наблюдений в одном лечебном учреждении, организованных с использованием современных информационных технологий по единому протоколу. Очень важно, чтобы при анализе данных учитывалось максимальное количество факторов, раскрывающих особенности тактики и демонстрирующих ее эффективность.

Кафедра общей хирургии Саратовского государственного медицинского университета им. В.И. Разумовского располагает базой данных, содержащей сведения о 2629 пациентах с гастродуоденальными кровотечениями разной этиологии. База данных велась в клинике с 1991 по 2009 г. на основе программы FoxPro 2.0.

Цель исследования: оценить влияние изменений хирургической тактики и лечебно-диагностических возможностей на результаты лечения больных язвенными ГДК.

Материал и методы. Выполнен анализ результатов лечения 1885 пациентов с язвенными гастродуоденальными кровотечениями, находившихся на лечении в хирургическом отделении МУЗ «Городская клиническая больница № 6» г. Саратова. Для исследования отобраны пациенты с язвенными кровотечениями, включая острые и симптоматические язвы, что составило 72% от общего числа больных ГДК. Больные были разделены на пять групп соответственно пяти периодам работы, отличающимся тактическими подходами и набором используемых средств для прогнозирования и диагностики рецидива кровотечения, а также в зависимости от методов эндогемостаза и медикаментозной терапии. Изменение параметров поиска и дополнительная работа с базой данных привели к существенным изменениям количества пациентов и результатов анализа по сравнению с ранее опубликованными данными [6, 7].

До 2001 г. на базе клиники функционировал Областной центр лечения больных гастродуоденальными кровотечениями и, кроме жителей города, помощь оказывалась пациентам Саратовской области. В первую группу вошли 677 пациентов, лечившихся в клинике с 1991 по 1997 г. В это время в клинике доминировала активная тактика с элементами индивидуализированной, только начинали использовать методики эндоскопического гемостаза, а риск реци-

дива кровотечения оценивался по эндоскопической и клинической картине.

Вторую группу составили 514 пациентов, прошедших лечение с 1998 по 2000 г. Данный период отличался тем, что в клинике стали использовать собственную компьютерную систему прогнозирования рецидива кровотечения.

С 2001 г. помощь оказывалась только городским пациентам, а в лечении стали активно применять эндоскопические методики остановки кровотечения. Наряду с инициальным гемостазом (при активном кровотечении), стали использовать превентивное эндоскопическое воздействие при высоком риске возобновления геморрагии. В третью группу были включены 304 человека, госпитализированных с 2001 по 2003 г. В это время в клинике по объективным причинам применяли ограниченное количество методик эндоскопического гемостаза, а антисекреторная терапия проводилась не регулярно.

Четвертую группу составили 259 человек, пролеченных с 2004 по 2006 г. Данный период характеризовался широким использованием инъекционных методик гемостаза, диатермо- и лазерофотокоагуляции, эндоскопическим клипированием сосудов и т.д. В это время для прогнозирования рецидива геморрагии и оценки надежности гемостаза применялась лазерная доплеровская флоуметрия, а для ранней диагностики повторного кровотечения использовались зонд-детектор рецидива кровотечения и динамическая эндоскопия. Всем больным проводилась антисекреторная терапия преимущественно H₂-гистаминоблокаторами.

С 2007 г. в клинике в результате изменения кадрового состава и износа эндоскопической техники уменьшилось количество используемых методик эндогемостаза, прекратилось использование доплеровской лазерной флоуметрии и зонда-детектора для ранней диагностики рецидива кровотечения. Несовместимость программного обеспечения с современными версиями Windows не позволила далее продолжать заполнение базы данных на основе FoxPro 2.0 и использование компьютерной системы прогноза рецидива кровотечения. В пятую группу вошли 129 человек, сведения о которых сохранились в базе данных в период с 2007 по 2009 г.

Статистический анализ проводился с помощью программы Statistica 6.0. Использовались как параметрические методы анализа (t-критерий Стьюдента), так и непараметрические (U-тест Манна — Уитни, двухфакторный тест Колмогорова — Смирнова,

Таблица 1

Хирургическая активность в зависимости от вида операций в разные периоды работы, %

Показатели, %	Анализируемые периоды работы, годы				
	1991–1997	1998–2000	2001–2003	2004–2006	2007–2009
Хирургическая активность	58,6	44,7	22,7	23,2	23,3
Доля операций, выполненных в первые сутки	36,7	29,5	7,2	7,3	3,9
В том числе:					
при активном кровотечении	16,8	16,7	3,3	3,4	0
при предрецидивном синдроме	19,9	12,8	3,9	3,9	3,9
Хирургическое лечение при рецидиве	92	92,5	63	30,8	60
Доля превентивных операций (всего)	23,3	14,4	5,6	4,6	9,3
Доля отсроченных операций	8,4	6,4	6,6	12	7

Таблица 2

Частота рецидивного язвенного кровотечения в разные периоды работы, %

Показатель	Анализируемые периоды работы, годы				
	1991–1997	1998–2000	2001–2003	2004–2006	2007–2009
Частота рецидивного кровотечения, %	17,3	11	12,4	10,8	12,1

Таблица 3

Летальность в анализируемые периоды работы, %

Летальность, %	Анализируемые периоды работы, годы				
	1991–1997	1998–2000	2001–2003	2004–2006	2007–2009
Общая	6,5	6	3,3	1,9	4,7
Послеоперационная	9,1	11,3	5,8	1,7	6,7
Среди не оперированных больных	2,9	1,8	2,6	2	4
По видам операций:					
экстренная (первичное кровотечение)	13,2	12,8	0	0	-
превентивная	5,7	5,4	0	8,3	8,3
отсроченная	5,2	0	5	0	0
При рецидиве кровотечения	17,6	30	17,1	0	20

тест Уолда — Вольфовита и мера связи Гудмена и Краскала). Статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$.

Результаты. Хирургическая активность в первой группе больных составила 58,6% (операции выполнены у 397 из 677 человек). Показатели хирургической активности по группам представлены в табл. 1. В течение первых суток оперировано 36,7% больных. Из них у 16,8% (114 человек) было активное кровотечение, а у 19,9% (135 человек) операции выполнены в связи с высоким риском рецидива кровотечения в течение первых суток с момента госпитализации (превентивная операция). Среди не оперированных при поступлении 428 больных у 74 (17,3%) зарегистрирован рецидив кровотечения (табл. 2). В данный период почти все эти пациенты были оперированы на высоте кровотечения, лишь у 6 больных (8%) кровотечение остановлено эндоскопически (см. табл. 1). При ухудшении эндоскопической картины во время контрольного исследования без клиники рецидива геморрагии ставили показания к срочной операции (по нашей классификации), также по сути являющейся превентивной, то есть направленной на предотвращение рецидива кровотечения. Общее количество превентивных операций составило 158 (23,4%). При стабильном состоянии пациентов и наличии показаний к хирургическому лечению язвенной болезни выполняли отсроченные операции в период от нескольких дней до 2–3 недель после госпитализации. Таких операций выполнено 57 (8,4%).

На момент госпитализации в первой группе кровотечение продолжалось в 147 (21,7%) случаях. Инициальный эндоскопический гемостаз выполнен 22 больным (15%), а 5 человек (3,4%) погибли от продолжающегося кровотечения до проведения лечебных мероприятий. Кроме того, 6 человек (4%) отказались от лечения и транспортировки в Саратов. После эндоскопического гемостаза 4 (18,2%) пациента оперированы сразу в связи с угрозой рецидива геморрагии, 2 (9,1%) — в отсроченном периоде, а 5 (22,7%) — в последую-

щем по поводу рецидива кровотечения. У 11 человек (50%) операция не потребовалась.

Общая летальность в первой группе составила 6,5% (44 от 677), а послеоперационная — 9,1% (36 от 397). Эти результаты представлены для всех групп в табл. 3. Летальность после экстренных операций при продолжающемся первичном кровотечении составила 13,2% (15 от 114). При рецидивном кровотечении погибли 13 из 74 человек (17,6%). После превентивных операций умерли 9 человек из 158 (5,7%), а после отсроченных — 3 из 57 человек (5,2%).

Во второй группе оперированы 230 пациентов (44,7%). В течение первых суток выполнено 152 операции (29,5%), из них 86 (16,7%) — на высоте кровотечения и 66 (12,8%) — превентивного характера. Среди оставшихся больных кровотечение возобновилось у 40 человек (11%). Эндоскопический гемостаз использован в трех случаях (7,5%), остальные пациенты оперированы в экстренном порядке. Общее количество превентивных операций составило 74 (14,4%), а отсроченных операций — 33 (6,4%).

С продолжающимся кровотечением поступили 98 человек (19,1%). Эндоскопический гемостаз выполнен в 12 случаях (12,2%). У двух пациентов без эффекта, у трех больных в последующем состоялся рецидив геморрагии, в семи случаях операция не потребовалась.

Во второй группе умер 31 больной (6%), из них 26 человек были оперированы (11,3%). После операций на высоте кровотечения при поступлении погибли 11 из 86 человек (12,8%). От рецидива кровотечения погибли 12 человек (30%). При превентивных операциях летальность составила 5,4% (умерли 4 пациента), при отсроченных операциях летальных исходов не было.

В третьей группе хирургическое лечение проведено 69 пациентам (22,7%). В течение первых 24 часов оперировано 22 человека (7,2%). В 10 случаях (3,3%) операции выполнены при продолжающемся кровотечении, в 12 случаях (3,9%) — при предреци-

дивном синдроме. Рецидив кровотечения состоялся у 35 пациентов (12,4%), операция потребовалась в 22 случаях (63%), в остальных случаях кровотечение остановлено эндоскопически. Превентивные операции выполнены у 17 пациентов (5,6). В отсроченном периоде прооперированы 20 больных (6,6%).

Активное кровотечение при поступлении диагностировано у 49 человек (16,1%). В 39 случаях (79,6%) выполнялся эндоскопический гемостаз, после которого два человека были оперированы в связи с угрозой рецидива геморрагии. У 8 человек кровотечение возобновилось (20,5%), в половине случаев вновь оказалось эффективным эндоскопическое воздействие, четверо больных были оперированы в экстренном порядке. В отсроченном периоде оперированы трое больных (7,7%), а 28 пациентам (71,8%) операция не потребовалась.

Общая летальность в третьей группе составила 3,3% (умерли 10 человек), а послеоперационная 5,8% (умерли 4 человека). После операций при продолжающемся кровотечении и превентивных операций летальных исходов не было. Умер один пациент, оперированный в отсроченном периоде (5%), и шесть пациентов из 35 с рецидивом кровотечения (17,1%).

В четвертой группе оперировано 60 больных (23,2%). При продолжающемся кровотечении на момент госпитализации операции выполнены 9 больным (3,4%), а превентивные операции в течение первых суток — 10 пациентам (3,9%). Среди не оперированных при поступлении больных рецидив геморрагии состоялся у 26 человек (10,8%). В большинстве случаев при возобновлении кровотечения выполнен эндоскопический гемостаз. Хирургическое лечение потребовалось только у 8 человек (30,8%). Общее количество превентивных операций составило 12 (4,6%). В отсроченном периоде выполнены операции у 31 пациента (12%).

При первичном эндоскопическом исследовании кровотечение продолжалось в 43 случаях (16,6%). В 34 случаях (79%) оказался эффективным эндоскопический гемостаз, хирургический гемостаз потребовался соответственно у 9 больных (21%).

Общая летальность в этот период составила 1,9% (умерли 5 человек), а послеоперационная 1,7%. Летальный исход имел место только в одном случае после превентивной операции (8,3%), при других операциях летальных исходов не было. При рецидивных геморрагиях также не было летальных исходов.

В пятой группе хирургическая активность равнялась 23,3% (оперированы 30 из 129 человек). При поступлении выполнено 5 операций при предрецидивном синдроме (3,9%). В 5 случаях (3,9%) активного кровотечения оказался эффективен эндоскопический гемостаз. Рецидив кровотечения состоялся у 15 человек (12,1%), операция потребовалась в 9 случаях (60%). Общее количество превентивных операций составило 12 (9,3%). Отсроченные операции выполнены 9 больным (7%).

В пятой группе отмечено 6 летальных исходов (4,7%), в том числе после операций 2 (6,7%). Один пациент погиб после превентивной операции и один был оперирован по поводу рецидива кровотечения. Всего от рецидива кровотечения погибли три человека (20%).

Обсуждение. В первый период работы происходило постепенное формирование комплекса организационных, диагностических и лечебных мероприятий, направленных на оптимизацию оказания помощи городским и областным больным. Тактику

определяли следующие данные: продолжается кровотечение или нет, и если не продолжается, то присутствуют ли признаки нестабильного гемостаза (эндоскопические критерии). На основании этих данных ставили показания к хирургическому лечению, уточняли его объем и возможность транспортировки пациента из района в областной центр.

Оказание помощи областным пациентам в период до 2001 г. наложило отпечаток на отдельные показатели работы в первой и во второй анализируемых группах. В частности, для того чтобы избежать рецидива кровотечения во время длительной транспортировки в Саратов, областным пациентам в два раза чаще ставились показания к превентивным операциям, чем городским пациентам в этот же период. Эндоскопический гемостаз выполнялся только в Саратове и не был доступен на уровне ЦРБ. При продолжающемся кровотечении и при предрецидивном синдроме все операции этим больным выполнялись бригадой Центра кровотечений на месте. Необходимость длительной транспортировки или недостаточная оснащенность и укомплектованность кадрами ЦРБ могли способствовать увеличению летальности. Однако достоверных отличий по летальности для городских и областных пациентов выявлено не было ($p > 0,05$). Что касается рецидивов кровотечения, то здесь не все так однозначно. Прогноз рецидива кровотечения на уровне ЦРБ во втором периоде работы проводили не всем. Данные требуют дополнительного анализа, результаты которого планируются опубликовать отдельно. Тем не менее, учитывая, что помощь всем больным ГДК оказывалась фактически одним коллективом, по единым принципам, мы не сочли необходимым разделять первую и вторую группы на подгруппы по месту жительства.

Внедрение компьютерной программы прогнозирования рецидива кровотечения в 1998 г. позволило обоснованно выбирать метод лечения у пациентов с остановившимся кровотечением. Постепенно объективная верификация предрецидивного синдрома стала неотъемлемой частью работы как в самой клинике, так и при выезде бригады в ЦРБ. За три года использования компьютерной программы заметно снизилось количество превентивных операций с 23,3 до 14,4% и количество повторных кровотечений с 17,3 до 11% (см. табл. 1). Статистический анализ подтвердил достоверность этих изменений ($p < 0,05$). Наметилась тенденция к уменьшению общей летальности с 6,5 до 6%, хотя и не значимая статистически ($p > 0,05$). Послеоперационная летальность незначительно возросла в основном из-за увеличения числа неблагоприятных исходов при рецидиве кровотечения. Увеличение летальности при рецидиве кровотечения отчасти можно объяснить более тяжелым контингентом больных, у которых не удалось избежать повторной геморрагии.

Существенное улучшение результатов лечения произошло после того, как в клинике стали более активно использовать методы эндоскопического гемостаза. Прежде всего это сказалось в третьем периоде на снижении хирургической активности при продолжающихся кровотечениях. При активном кровотечении на момент госпитализации число операций уменьшилось с 93,8 до 20,4%, при рецидивных геморрагиях — с 92 до 63%. Возросшая уверенность в надежности эндоскопического гемостаза, а также превентивное эндоскопическое воздействие в сочетании с антисекреторной терапией позволили воздерживаться от хирургического вмешательства у большей части больных с предрецидивным син-

дромом. Доля превентивных операций в третьем и четвертом периодах работы снизилась в три раза (см. табл. 1). Вполне закономерным на этом фоне выглядит снижение общей летальности с 6 до 3,3% и послеоперационной с 11,3 до 5,8%. При всех использованных методах статистического анализа эти изменения были достоверны ($p < 0,05$).

Увеличение количества используемых методик эндогемостаза в четвертом периоде не привело к существенному сокращению хирургической активности. В частности, доля превентивных операций и операций в первые сутки пребывания в стационаре осталась неизменной (см. табл. 1). Исключение составляют рецидивные геморрагии. Число операций в этой группе больных сократилось с 63 до 30,8% (см. табл. 1), то есть эффективность эндоскопического гемостаза при повторных кровотечениях приблизилась к таковой при первичной геморрагии. Летальных исходов в группах больных, оперированных на высоте кровотечения, в данный период работы не было (см. табл. 3).

На отсутствие летальности при рецидиве кровотечения в четвертой группе повлияли и другие факторы. Всем пациентам с угрозой рецидива кровотечения выполняли после эндогемостаза и превентивного воздействия динамическую эндоскопию. При необходимости во время повторных исследований превентивное воздействие повторяли, а при возобновлении кровотечения проводили его остановку. У части больных в этот период использовали зонд-детектор для ранней диагностики рецидива кровотечения. Датчик зонда срабатывал при появлении в желудке даже нескольких миллилитров крови, что позволило сформулировать понятие «малого рецидива кровотечения». В такой ситуации, до клинических проявлений рецидива геморрагии, при компенсированном состоянии больного как эндоскопическое воздействие, так и хирургический гемостаз наиболее безопасны. Подробно все разработанные методики описаны сотрудниками кафедры общей хирургии в большом количестве работ, в том числе в двух монографиях [6, 8].

Вынужденный отказ в пятом периоде работы от ранней диагностики рецидива кровотечения и сокращение числа используемых методик эндогемостаза привели к возврату показателей хирургической активности и летальности при рецидиве кровотечения на уровень 2001–2003 гг. Показатели общей и послеоперационной летальности в последнем анализируемом периоде возросли даже в большей степени, чем в третьей группе больных ($p < 0,05$).

Немаловажное значение для уменьшения числа неблагоприятных исходов операции при продолжающемся кровотечении сыграл тщательный отбор пациентов для операции с учетом операционно-анестезиологического риска. У пациентов пожилого возраста с сопутствующей патологией в максимальной степени старались использовать возможности эндоскопического гемостаза и тщательно контролировали проведение антисекреторной терапии.

Следует отметить, что весь комплекс мероприятий, применяемый с 2001 г, не изменил число рецидивных кровотечений (см. табл. 2), что свидетельствует о том, что в настоящее время мы не можем в полной мере влиять на основную причину рецидива кровотечения — прогрессирование морфофункциональных изменений в язве. Это заставляет согласиться с авторами, говорящими о своеобразном «технологическом пределе» в лечении данной патологии [9].

Что касается количества операций в отсроченном периоде, то оно практически не менялось с 1991 г. и определяется существующими показателями к хирургическому лечению язвенной болезни. Изменения летальности при отсроченных и превентивных операциях в исследуемых периодах, по нашему мнению, носит случайный характер и не зависит от принятой тактики.

Заключение. Таким образом, использование современных средств эндоскопического и медикаментозного лечения в сочетании с внедрением собственных методик прогнозирования течения заболевания, способов оценки надежности гемостаза и ранней диагностики рецидива кровотечения позволило снизить общую летальность с 6,5 до 1,9%, а послеоперационную летальность с 9,1 до 1,7%. Несмотря на успехи медикаментозной терапии и широкий диапазон методов эндоскопического воздействия, слабым местом современной тактики является предотвращение рецидива кровотечения, а также его ранняя диагностика. По нашему мнению, разработка новых технических средств неэндоскопической диагностики в сочетании с активным использованием при принятии решения методов прогноза течения заболевания внесет существенный вклад в дальнейшее улучшение результатов лечения этой тяжелой группы больных.

Конфликт интересов отсутствует.

References (Литература)

- Gostishchev VK, Evseev MA. Acute gastroduodenal ulcer bleeding: from strategic concepts to the treatment strategy. М., 2005; 350 p. Russian (Гостищев В.К., Евсеев М.А. Острые гастродуоденальные язвенные кровотечения: от стратегических концепций к лечебной тактике. М., 2005; 350 с.)
- Crooks C, Card T, West J. Reductions in 28-day mortality following hospital admission for upper gastrointestinal hemorrhage. Gastroenterology 2011; 141 (1): 62–70.
- Yamada S, Wongwanakul P. Randomized controlled trial of high dose bolus versus continuous intravenous infusion pantoprazole as an adjunct therapy to therapeutic endoscopy in massive bleeding peptic ulcer. J Med Assoc Thai 2012; 95 (3): 349–357.
- Holster IL, Kuipers EJ. Management of acute nonvariceal upper gastrointestinal bleeding: current policies and future perspectives. World J Gastroenterol 2012; 18 (11): 1202–1207.
- Botianu A, Matei D, Tantau M, Acalovschi M. Mortality and need of surgical treatment in acute upper gastrointestinal bleeding: a one year study in a tertiary center with a 24 hours / day-7 days / week endoscopy call. Has anything changed? // Chirurgia (Bucur) 2013; 108 (3): 312–318.
- Shapkin YuG, Kapralov SV, Potahin SN. Endosurgical tactics in the treatment of bleeding gastric and duodenal ulcer. Saratov: Saratov State Medical University, 2010; 166 p. Russian (Шапкин Ю.Г., Капралов С.В., Потахин С.Н. Эндохирургическая тактика в лечении кровоточащей язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. Саратов: СарГМУ, 2010; 166 с.)
- Potahin SN, Shapkin YG, Chalyk YV, Klimashevich VY, Kapralov SV. Regional center for gastroduodenal bleedings: peculiarities in surgical approach under conditions of a community hospital. Bulletin of medical internet conferences 2013; 3 (8): 1040–1042. Russian (Шапкин Ю.Г., Потахин С.Н., Чалык Ю.В., Климашевич В.Ю., Капралов С.В. Областной центр гастродуоденальных кровотечений: особенности хирургической тактики в условиях муниципальной клиники. Бюллетень медицинских интернет-конференций 2013; 3 (8): 1040–1042).
- Shapkin YuG, Uryadov SE. Endoscopy during gastroduodenal bleeding. Saratov: Saratov State Medical University, 2006; 132 p. Russian (Шапкин Ю.Г., Урядов С.Е. Эндоскопия при гастродуоденальных кровотечениях. Саратов: СарГМУ, 2006; 132 с.)
- Sostres C, Lanas A. Epidemiology and demographics of upper gastrointestinal bleeding: prevalence, incidence, and mortality. Gastrointest Endosc Clin N Am 2011; 21 (4): 567–581.