

кулярную эмболизацию сосудов (гл. 7, 1-й пункт). Она остается прерогативной очень немногих стационаров, дежурящих по экстренной помощи, да и эффективность ее весьма сомнительна, несмотря на имеющиеся публикации.

13. Представленная хирургическая тактика в пунктах гл. 7 полностью соответствует современным представлениям и реалиям практической хирургии. Имеет смысл добавить тезис о часто встречающейся в последнее время кровоточащей пенетрирующей язве, при которой следует отдавать предпочтение резекции

желудка. При выполнении резекции по первому способу Бильрота обязательным является выведение язвы за просвет двенадцатиперстной кишки во избежание раздражения ее пищей и рецидива кровотечения. Следует предостеречь об опасности и порочности резекции на выключение язвы с оставлением ее в культе двенадцатиперстной кишки.

Таким образом, проф. М.П.Королёвым сделан большой вклад в создание современных стандартов и протоколов.

Поступила в редакцию 14.12.2012 г.

© М. П. Королёв, 2013  
УДК 616.33/.34-015.1-08

М. П. Королёв

## — Ответ на статью Е. А. Корымасова «По поводу статьи „Протоколы организации лечебно-диагностической помощи при неварикозных желудочно-кишечных кровотечениях”»

Кафедра общей хирургии с курсом эндоскопии (зав. — проф. М. П. Королёв)  
ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»

*Уважаемый Евгений Анатольевич!*

Редколлегия журнала «Вестник хирургии» выражает Вам благодарность, что Вы приняли активное участие в обсуждении «Методических рекомендаций (протоколов) по организации лечебно-диагностической помощи больным с неварикозными желудочно-кишечными кровотечениями». Учитывая важность проблемы для практического здравоохранения, мнение практикующих хирургов в создании Методических рекомендаций очень важно. Вместе с тем, создавая Методические рекомендации, мы должны учиты-

вать и международный опыт, который основан на новейших достижениях современной медицины и, прежде всего, гастроэнтерологии, эндоскопии и хирургии. Как известно, в основу Методических рекомендаций положены Международные клинические рекомендации по ведению пациентов с неварикозными желудочно-кишечными кровотечениями (2010). В создании этих рекомендаций принимали участие ведущие эксперты мира. Все положения в Международных рекомендациях обоснованы и имеют высокую степень доказательств. Также при создании Методических

### Сведения об авторе:

Королёв Михаил Павлович (e-mail: korolev mp@yandex.ru), Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, 2

рекомендаций использовались протоколы оказания помощи хирургическим больным, которые используются в Санкт-Петербурге с 2000 г. и последний раз пересмотрены в 2007 г.

Позвольте ответить на Ваши предложения и замечания в дискуссионном плане.

1. Вы считаете, что для России будет опасна рекомендация Международных клинических рекомендаций (раздел А, п. 7) «Пациенты с острым язвенным кровотечением и низким риском повторного кровотечения, согласно заключению, сделанному на основании клинических и эндоскопических критериев, могут быть выписаны сразу после эндоскопического исследования». Вы указываете на то, что рецидив наиболее вероятно развивается на 5–6-е сутки. Вы правы насчет возможного рецидива, который может развиваться на 5–6-е сутки и более. Необходимо отметить, что рецидив наиболее вероятен, если больного не лечить. Сегодня существуют прекрасные препараты из группы ингибиторов протонной помпы (ИПП), которые значительно снижают риск рецидива. При выписке из стационара больные обязаны получать соответствующее лечение (см. Методические рекомендации, раздел Е, ведение пациентов после выписки из стационара).

2. Вы считаете целесообразным в отделении СМП (приемном отделении) всем выполнять эндоскопическое исследование и только после этого делить больных по тяжести кровопотери. Это положение — спорное по следующим пунктам. Первое, больной при поступлении в стационар с анамнестическим кровотечением и стабильным состоянием в подавляющих случаях не готов к эндоскопическому исследованию (больной принимал пищу, требуется выполнение диагностических процедур, особенно у пожилых больных с сопутствующей патологией: ЭКГ, рентгенография легких и т.д.). Этим больным эндоскопическое исследование должно быть выполнено в течение 24 ч (раздел В, п. 3). Тяжелые больные направляются в ОРИТ или в операционную, где эндоскопическое исследование должно быть выполнено в течение 2 ч с момента поступления (гл. 4, п. 1). Эндоскопическое обследование необходимо проводить в том месте, где есть возможность одномоментно выполнить и эндоскопический гемостаз. Классификация кровотечения по Forrest далеко не всегда указывает на тяжесть кровопотери. F-1, диагностируемый при эндоскопии, это всегда рецидив, возникший во время проведения исследования или за несколько минут до него. F-1 при язвенных кровотечениях продолжается всего несколько минут. Если продолжается больше, то у больного развивается

коллапс. Поэтому эндоскопию необходимо проводить в оборудованном кабинете для остановки кровотечения.

3. Принципиальных возражений по обследованию больных нет.

4. Каким способом определять тяжесть кровопотери не принципиально. В Методических рекомендациях указан наиболее простой и доступный способ. Если в лечебном учреждении имеются возможности определять более точным способом, это будет только во благо больному.

5. Ваше предложение о времени проведения эндоскопии отмечено в п. 2.

6. По поводу Вашего мнения об эндоскопическом гемостазе необходимо сказать следующее. Во-первых, современные способы эндоскопического гемостаза такие как клипирование (клипсы Olympus, Ovesko и др.), лигирование, аргонно-плазменная коагуляция, гемоспрей являются очень надежными способами остановки кровотечения, а их сочетание значительно усиливает гемостаз. Необходимо помнить, что после эндоскопического гемостаза больные в обязательном порядке должны получать внутривенно ИПП (раздел С).

7. Объем инфузионной терапии зависит от конкретного клинического случая и должен обязательно согласовываться с реаниматологами. В Методических рекомендациях указаны принципы ее проведения.

8. Раздел D — это Международные клинические рекомендации. У нас в стране все кровотечения, как правило, лечат в хирургических отделениях. Вместе с тем, сегодня подавляющее число кровотечений останавливают эндоскопически. Большие и далеко не решенные проблемы — это кровотечение из острых язв. Далеко не всегда этой категории больных показано хирургическое лечение. Показание к операции у этой группы больных необходимо ставить совместно с хирургом, эндоскопистом, терапевтом, кардиологом.

9. За последние годы структура крупных стационаров в регионах изменилась. Практически во всех стационарах появилась возможность выполнять ангиографию. Это связано с созданием регионарных сосудистых центров. В ряде случаев при тяжелых гастродуоденальных кровотечениях чрескожная эмболизация кровоточащего сосуда является альтернативой хирургического лечения со значительно лучшими показателями (это Международные клинические рекомендации). В своей практической работе нам неоднократно приходилось прибегать к этому методу у больных с кровотечением из аневризмы селезеночной артерии, аневризмы панкреатодуоденальной артерии, при артериовенозных мальформациях, кровоте-

чениях в кисты поджелудочной железы и т. д. К сожалению, сегодня этому методу не уделяется должное внимание, в ряде мест нет специалистов, но это не значит, что его не надо использовать в сложных, тяжелых случаях.

10. Хирургическая тактика при гигантских пенетрирующих язвах пилородуоденальной области и постбульбарных язвах, осложненных кровотечением, наиболее сложная. Вне всякого сомнения при открытых операциях язвенный дефект всегда должен быть выведен из просвета.

Вместе с тем, при гигантских пенетрирующих язвах это не всегда возможно, а в ряде случаев и не выполнимо, да и просто неправильно выполнять резекцию по Бильрот I. Более правильно выполнить резекцию по Бильрот II.

В заключение хочется поблагодарить проф. Е.А.Корымасова за активное участие в обсуждении предлагаемых протоколов и сделанные замечания.

Поступила в редакцию 22.05.2013 г.