

ОЦЕНКА ТЯЖЕСТИ СОСТОЯНИЯ И ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРИ ЯЗВЕННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ (ОБЗОР)

С. Н. Потахин — ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского» Минздрава России, доцент кафедры общей хирургии, кандидат медицинских наук; **Ю. Г. Шапкин** — ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского» Минздрава России, заведующий кафедрой общей хирургии, профессор, доктор медицинских наук; **Ю. В. Чалык** — ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского» Минздрава России, профессор кафедры общей хирургии, доктор медицинских наук; **В. А. Зевьякина** — Муниципальное учреждение здравоохранения «Городская клиническая больница № 8» г. Саратова, врач-хирург.

EVALUATION OF SEVERITY AND PROGNOSIS OF THE DISEASE COURSE IN ULCERATIVE GASTRODUODENAL BLEEDING (REVIEW)

S. N. Potakhin — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of General Surgery, Assistant Professor, Candidate of Medical Science; **Yu. G. Shapkin** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Head of Department of General Surgery, Professor, Doctor of Medical Science; **Yu. V. Chalyk** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of General Surgery, Professor, Doctor of Medical Science; **V. A. Zevyakina** — Saratov Clinical Hospital № 8.

Дата поступления — 18.04.2014 г.

Дата принятия в печать — 27.05.2014 г.

Потахин С. Н., Шапкин Ю. Г., Чалык Ю. В., Зевьякина В. А. Оценка тяжести состояния и прогнозирование течения заболевания при язвенных гастродуоденальных кровотечениях (обзор). Саратовский научно-медицинский журнал 2014; 10(2): 301–307.

Многомерные системы прогнозирования и оценки тяжести состояния представляют собой серьезный организационный ресурс для улучшения показателей лечения больных с гастродуоденальными кровотечениями. Однако на практике чаще используются самые простые методики с ограниченной точностью прогноза и высокой долей субъективизма. В работе представлен анализ ситуации и намечены пути решения проблемы.

Ключевые слова: язвенные гастродуоденальные кровотечения, оценка тяжести состояния, прогнозирование течения заболевания, рецидив кровотечения.

Potakhin SN, Shapkin YuG, Chalyk YuV, Zevyakina VA. Evaluation of severity and prognosis of the disease course in ulcerative gastroduodenal bleeding (review). Saratov Journal of Medical Scientific Research 2014; 10(2): 301–307.

The systems of evaluation for severity and prognosis of the disease course constitute an important resource for the improvement of treatment parameters in patients with gastroduodenal bleeding. Although in practice more common methods with limited accuracy and high percentage of subjectivity are often used. The work shows the analysis of the situation and possible ways of resolution.

Key words: ulcerative gastroduodenal bleeding, evaluation of the disease severity, prognosis of the disease course, recurrent bleeding.

Несмотря на успехи медикаментозного лечения язвенной болезни и внедрение эндоскопических технологий, проблема язвенных гастродуоденальных кровотечений не утратила своей актуальности. Широкая распространенность патологии и высокая летальность обуславливают интерес к данной проблеме.

В зарубежной литературе язвенные гастродуоденальные кровотечения (ГДК) рассматриваются как вариант неварикозных кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта, вызванных разными причинами [1]. Заболеваемость данной патологией колеблется от 48 до 160 случаев на 100 тыс.

населения, а доля язвенных кровотечений составляет 31–67% [2]. В российской традиции язвенные кровотечения, наоборот, выделяются в отдельную группу как осложнение язвенной болезни. Кровотечения язвенной этиологии имеют наибольшую вероятность хирургического лечения в противовес неязвенным, как правило не требующим операции. Заболеваемость язвенными ГДК в среднем по России сопоставима с показателями в других странах. В структуре заболеваемости также прослеживаются все современные тенденции: уменьшение доли классической язвенной болезни на фоне успехов ее медикаментозного лечения и увеличение количества симптоматических острых язв, изменение среднего возраста больных и числа больных с сопутствующей патологией [3].

Летальность при данной патологии как в России 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 госпитализации 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).

В статье J. Bruno (2005) представлена современная оценка рисков по J.A. Forrest [13]. В сводной таблице, приведенной автором, риск рецидива кровотечения после эндоскопического гемостаза при Forrest I (продолжающееся кровотечение) составляет 55–100%, потребность в экстренной операции 35%, ожидаемая летальность 11%. Частота рецидивов кровотечения при Forrest IIa составляет 40–50%, Forrest IIb 20–30%, Forrest IIc 10% и Forrest III 5%. Потребность в хирургическом лечении составляет при Forrest IIa 34%, Forrest IIb 10%, Forrest IIc 6% и Forrest III 0,5%. Ожидаемая летальность находится в соответствии с классификацией J.A. Forrest на уров-

не 11% (Forrest IIa), 7% (Forrest IIb), 3% (Forrest IIc) и 2% (Forrest III).

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

В отечественной литературе признаки угрозы рецидива кровотечения одними из первых описали В.С. Савельев и соавт. в 1977 г. [15]. Так, 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 носит качественный характер и допускает субъективную оценку, 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 A.G. Morgan et al. в 1977 г. [16]. Авторы рассматривали 6 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 незначительном вкладе эндоскопии в их оценку.

Напротив, другие авторы подчеркивают большее значение эндоскопических признаков [17]. Практически сразу после публикации J.A. Forrest et al. появились работы, в которых эндоскопическим признакам давалась высокая оценка при прогнозировании рецидива кровотечения и необходимости экстренной операции. Например, D.N. Foster et al. (1978), сообщали, что эндоскопические признаки кровотечения превосходят по значимости любые другие признаки по отдельности или в комбинации [18].

Тем не менее сочетание симптомов использовали многие зарубежные авторы, особенно на этапе об-

следования, до выполнения ФГДС. Основная задача таких методов: оценить совокупный риск неблагоприятного течения заболевания, без детализации того, что ждет конкретного больного. Под неблагоприятным или тяжелым течением заболевания можно понимать смерть больного, возобновление кровотечения, необходимость в экстренной операции, переливании крови, госпитализацию в палату интенсивной терапии или показания к повторному эндоскопическому исследованию. Столь широкое понимание рисков исключает возможность четкого тактического решения на основании полученной оценки, что связано с неоднородностью группы высокого риска по принципу нуждаемости в тех или иных лечебных мероприятиях. С помощью таких методов точнее всего можно выделить группу больных с низким риском неблагоприятного течения заболевания, не требующих дорогостоящего лечения и пристального наблюдения. Эта группа наиболее однородна, и чаще всего пациенты выписываются для амбулаторного лечения. Такие оценочные шкалы наиболее оправданы на этапе первого контакта с больным, чтобы упростить принятие решения независимо от специализации врача и личного опыта.

В некоторых исследованиях подчеркивалась необходимость разделения признаков в зависимости от цели прогноза. Например, для прогноза повторной геморрагии наибольшее значение имеют тяжесть кровотечения и характеристика язвы, а для оценки риска смерти — возраст, физическое состояние пациента, наличие сопутствующих заболеваний [19].

Эволюция методов прогноза рецидива кровотечения и оценки тяжести состояния пациентов с ГДК представлена в ряде обзорных статей [20–23]. Разными авторами предлагалось использовать как универсальные методы оценки тяжести состояния (APACHE, SAPS), так и специально разработанные для данной патологии.

Система APACHE II положительно зарекомендовала себя при оценке тяжести состояния и прогнозировании летального исхода у пациентов с ГДК [20]. Однако этот метод сам по себе не годится для оценки риска рецидива кровотечения и требует учета дополнительных признаков.

T. F. Imperiale et al. (2007) предложили собственную систему прогноза с учетом результатов оценки состояния по шкале APACHE II и без учета этих данных. Авторы дополнительно учитывали следующие факторы риска: признаки недавнего кровотечения, наличие тяжелой сопутствующей патологии и варикозно расширенных вен пищевода как источника геморрагии [24].

В. К. Гостищев и М. А. Евсеев (2005) предложили для прогнозирования повторной геморрагии использовать систему APACHE III в сочетании с классификацией J. A. Forrest [3]. Н. В. Лебедев и А. Е. Климов (2007) разработали тактический алгоритм с учетом оценки состояния по шкале SAPS и классификации J. A. Forrest [25].

В доступной зарубежной литературе из множества разработанных систем прогнозирования течения заболевания и оценки тяжести состояния пациентов с ГДК подробно описаны только четыре. Две из этих систем: Rockall Risk scoring system и Blatchford Risk score — получили наибольшее распространение. Эти методы разработаны в ходе мультицентровых проспективных исследований при анализе большого клинического материала.

Первая система разработана в Великобритании на основе анализа данных о 3981 пациенте с гастродуоденальными кровотечениями и может использоваться как до эндоскопического исследования, так и после [26]. Система T. A. Rockall включает сведения о возрасте, наличии сопутствующей патологии, состоянии гемодинамики, данные ФГДС с учетом признаков недавнего кровотечения. Последние могут не учитываться. По количеству баллов можно судить о риске летального исхода и в меньшей степени о вероятности возобновления кровотечения [27]. Ожидаемая летальность в группе высокого риска (от 6 баллов и выше) составляет 17–41%, а частота рецидива геморрагии 33–42%.

Система O. Blatchford разработана в Западной Шотландии на основе анализа данных о 1748 пациентах с гастродуоденальными кровотечениями и не учитывает эндоскопические признаки [28]. Для прогноза используются только лабораторные и клинические показатели: уровень мочевины и гемоглобина крови, значение артериального давления, частота пульса, указание на перенесенный коллапс, мелену, наличие сердечной недостаточности или заболеваний печени. Результат прогноза — необходимость лечебных мероприятий (переливание крови, вмешательство по поводу продолжающегося кровотечения), а также угроза возобновления кровотечения или летального исхода. Чувствительность метода составляет 99%, а специфичность всего 32%. По данным ряда авторов, этот метод превосходит систему T. A. Rockall по чувствительности в определении степени риска [29]. Тем не менее низкая специфичность свидетельствует о значительной гипердиагностике. Следует помнить, что ни один из этих методов не позволяет дифференцировать источник кровотечения, тем более при использовании его до эндоскопического исследования. Поэтому необходимо учитывать все особенности клинической картины для постановки диагноза и выбора адекватной терапии [30].

Другие методы разработаны при анализе существенно меньшего количества клинических наблюдений. Например, Baylor Bleeding score была разработана в США (Техас) в ходе проспективного исследования при анализе всего 80 наблюдений [31]. Методика предназначена для прогнозирования повторного кровотечения после эндоскопической терапии при неварикозных ГДК. Она включает в себя пять клинических и эндоскопических переменных: возраст, количество и характер сопутствующей патологии, локализацию источника кровотечения и признаки кровотечения по J. A. Forrest. Еще одна методика — прогностический индекс Cedars-Sinai разработан в США (Калифорния) на основе анализа литературы и предназначен для прогнозирования летального исхода, повторного кровотечения и необходимости хирургического лечения ГДК [31]. Он рассчитывается с учетом эндоскопических данных, состояния гемодинамики, характера сопутствующей патологии и давности возникновения кровотечения.

В отечественной литературе также описано много методов прогноза течения заболевания при гастродуоденальных кровотечениях. Однако в силу сложившихся традиций большинство из них касаются прогнозирования рецидива кровотечения при язвенных ГДК.

Довольно простая система прогноза рецидива язвенного кровотечения предложена И. И. Затевахиным и соавт. в 1997 г. [32]. Методика разработана при ретроспективном анализе 218 наблюдений рецидив-

ных язвенных кровотечений. Авторы выделили два абсолютных признака угрозы рецидива геморрагии и нескольких равнозначных относительных признаков, объединенных в три группы. К абсолютным признакам отнесены размер язвы более 3 см и уровень гемоглобина ниже 50 г/л. Относительные признаки включали в себя клиническую характеристику интенсивности геморрагии, характер гемостаза (аналогично классификации J.A. Forrest) и размер язвы более 1,3 см для желудка и 0,8 см для двенадцатиперстной кишки. В данной методике возобновление кровотечения считается возможным при наличии одного абсолютного признака или двух и более относительных признаков. Достоверность прогноза в собственных исследованиях составила 92%.

Более сложная методика прогноза повторного кровотечения для язв двенадцатиперстной кишки описана Г.Л. Ратнером и соавт. в 1999 г. [33]. Система прогноза разработана по результатам анализа 539 наблюдений. К диагностическим критериям были отнесены локализация и размер язвы, характеристика язвенного дна, степень кровопотери, артериальное давление, язвенный анамнез и перенесенное ранее язвенное кровотечение, возраст, пол, Rh-фактор. Каждому признаку соответствовало определенное количество баллов. По сумме баллов можно определить вероятность возобновления кровотечения. Максимальная ожидаемая вероятность повторного кровотечения составляет 90,2%, а минимальная 2,7%.

Еще одна методика, разработанная Р.Е. Кузеевым (2000), представляет собой многомерную балльную шкалу, учитывающую 17 признаков [34]. Кроме известных, используемых большинством авторов клиничко-эндоскопических и лабораторных признаков в шкале учитываются количество и диаметр тромбированных сосудов, состояние свертывающей системы, кислотность желудочного сока, наличие дуоденогастрального рефлюкса и стеноза привратника. Таким образом, для использования этой шкалы необходимо дополнительно оценивать желудочную секрецию и выполнять эндоскопическую доплеровскую ультрасонографию. Точность прогноза повторного кровотечения около 90%. Данная методика позволяет рассчитать время ожидаемого рецидива геморрагии и объем кровопотери, а при учете дополнительных признаков — наличие сопутствующей патологии, объема и срока операции — риск возможного оперативного вмешательства.

Е.Д. Федоров и соавт. (2002) также предлагают выполнять оценку риска рецидива язвенного гастродуоденального кровотечения по балльной шкале [35]. Шкала включает в себя шесть разделов: признаки шока, заболевания печени, частоту сердечных сокращений, количество крови в желудке, дефицит объема циркулирующей крови, глубину и локализацию язвы. Методика позволяет оценить риск возобновления кровотечения в диапазоне от 26 до 82% соответственно при минимальном и максимальном количестве баллов по шкале.

М.М. Винокуров и М.А. Капитонова (2008) разработали шкалу подсчета признаков кровотечения для выявления показаний к срочному оперативному лечению и определения вероятного рецидива кровотечения [36]. Шкала разработана при анализе 232 наблюдений. При прогнозировании учитываются возраст больного, наличие мелены или рвоты кровью, уровень гемоглобина, количество эритроцитов, артериальное давление, частота пульса, размер и локализация язвы, а также состояние язвенной по-

верхности по J.A. Forrest. Авторы придерживаются активной тактики и используют шкалу SAPS для прогноза осложнений и выбора объема операции. В работе не приводится точность прогнозирования рецидива кровотечения, но отмечается снижение послеоперационных осложнений и летальности при использовании оценочных шкал соответственно с 21,2 до 10,8% и с 9,4 до 3,3%.

Сразу две методики прогноза рецидива язвенного гастродуоденального кровотечения предложены Н.В. Лебедевым и соавт. в 2009 г. [37]. Методики разработаны при анализе 542 случаев язвенных гастродуоденальных кровотечений. В первой методике рассчитывается индекс рецидива кровотечения, который получают путем умножения величины шокового индекса на балл эндоскопической оценки по J.A. Forrest и балл размера язвы. Достоверность методики составляет 89–100% в зависимости от количества баллов. Вторая методика представляет собой балльную шкалу, учитывающую дополнительно возраст, локализацию язвы, вид эндогемостаза и характер антисекреторной терапии. Данная система позволяет прогнозировать не только возобновление геморрагии, но и летальный исход. Достоверность прогноза повторного кровотечения также колеблется в диапазоне 93–100% в зависимости от суммы баллов.

Сравнительные исследования выявили преимущества последней методики относительно систем Т.А. Rockall, О. Blatchford, М.М. Винокурова и И.И. Затевахины [38]. Работа была основана на результатах лечения 118 больных с язвенными ГДК. Рецидив кровотечения имел место у 20 (17%) пациентов. При сравнительном анализе было выяснено, что среди пациентов с высоким риском рецидива кровотечения по шкале Н.В. Лебедева кровотечения возобновилось у 32% (13 из 41) больных. Чувствительность и специфичность для данной шкалы составили соответственно 65 и 71,4%. При использовании систем Т.А. Rockall, О. Blatchford, М.М. Винокурова и И.И. Затевахины прогноз оправдал себя соответственно у 23,6% (13 из 55), 20,9% (18 из 86), 75% (3 из 4), 23% (14 из 61) больных из групп высокого риска. Чувствительность и специфичность составила для метода Т.А. Rockall 65% и 57%; для метода О. Blatchford 90% и 31%; для метода М.М. Винокурова 15% и 99% и для метода И.И. Затевахины 70% и 52%. Таким образом, системы Т.А. Rockall, и И.И. Затевахины показали равные возможности прогнозирования, а метод М.М. Винокурова оказался наименее пригоден для прогноза рецидива кровотечения.

Несмотря на большое число обзорных работ по данной проблеме сравнительных исследований в России практически не проводилось [39–42]. В общей сложности сегодня известны более 100 методик прогнозирования рецидива кровотечения [38]. Часть из них представляют собой системы балльной оценки, часть реализованы в виде компьютерных программ [43–46]. Некоторые авторы представляют системы прогноза в виде таблиц или «деревьев решений», в которых перечислены признаки угрозы рецидива, соответствующие определенной степени риска [3, 47, 48]. Это своего рода «логико-алгебраические» или им подобные методы, позволяющие уйти от сложных расчетов или использования компьютера. Ряд исследователей использовали для верификации риска повторного кровотечения инструментальные и специальные лабораторные методы — импедансометрию, реографию, доплеровскую лазерную флоуметрию,

исследование уровня pO_2 тк, окислительно-восстановительного потенциала и оксида азота [3, 49–52].

Изучение клинико-эндоскопических, лабораторных, морфологических и функциональных изменений у больных с высоким риском рецидива кровотечения позволило выделить основные механизмы патогенеза рецидива кровотечения. К ним относятся прежде всего прогрессирующая язвенная альтерация, лизис защитного тромба желудочным содержимым и системой фибринолиза [52]. Выявление в разных исследованиях одних и тех же признаков высокого риска рецидива кровотечения свидетельствует об общности их происхождения на фоне определенных морфофункциональных изменений. Это позволило Ю. Г. Шапкину и соавт. в 2000 г. для обозначения состояния высокого риска возобновления геморрагии ввести термин «предрецидивный синдром» [45].

Большинство авторов отмечают существенное улучшение результатов лечения пациентов с гастродуоденальными кровотечениями при внедрении в практику методов прогноза течения заболевания и оценки тяжести состояния больных. Дифференцированный подход к пациентам в зависимости от результатов прогноза способствует снижению числа рецидивов кровотечений и общей летальности, а также существенно сокращает затраты на лечение.

Однако на практике подобные системы используются значительно реже, чем можно было бы ожидать. Например, в Великобритании оценочные шкалы используются всего в 2% лечебных учреждений [53]. Причиной тому могут быть сложившиеся традиции, отсутствие заинтересованности сотрудников и администрации [54]. Немаловажной причиной является сложность расчетов и необходимость выполнения дополнительных действий, даже при использовании компьютерных программ. Кроме того, в некоторых системах используются недоступные в большинстве клиник признаки или нечетко сформулированные признаки, допускающие неоднозначную трактовку. Например, такие понятия, как «интенсивное кровотечение», «признаки шока до поступления», «нестабильная гемодинамика», должны иметь четкие определения, раскрывающие их суть, или не использоваться совсем.

Еще одна причина низкой приверженности к оценке рисков вытекает из результатов сравнительного анализа разных систем. Например, при сравнении систем Т. А. Rockall и О. Blatchford с классификацией J. A. Forrest было выявлено преимущество последней при прогнозировании рецидива кровотечения [17]. То есть оценки состояния язвенной поверхности вполне достаточно для принятия тактических решений. Кроме того, классическая клиническая картина кровотечения и результат промывания желудка позволяют поставить показания к госпитализации, проведению интенсивной терапии и эндоскопическому исследованию.

Сегодня можно говорить о парадоксальной ситуации: при явном преимуществе многомерных систем прогнозирования течения заболевания и оценки тяжести состояния в большинстве клиник используются самые простые технологии с ограниченной точностью прогноза и высокой долей субъективизма. Несмотря на организационные отличия, во многих странах ситуация с использованием оценочных шкал оказывается весьма схожей. Как правило, их активно используют там, где они были разработаны, или там, где проводятся научные исследования. Включение

оценочных шкал в стандарты оказания помощи пациентам с ГДК вряд ли само по себе изменит ситуацию.

При выборе из существующих методик или при разработке новой необходимо учитывать ряд требований:

1. Оценочная шкала или прогностическая методика должны решать одну конкретную задачу, оценивать один риск, а набор признаков должен соответствовать этой задаче.

2. Используемые признаки должны быть общедоступны, иметь высокую значимость и четкую формулировку, не допускающую субъективной трактовки.

3. Методика должна быть простой и удобной в использовании, а точность оценок должна превосходить простейшие системы, включающие один или два признака.

4. Оптимальным путем внедрения многомерных систем прогноза течения заболевания и оценки тяжести состояния, на наш взгляд, является интеграция подобных систем в электронную медицинскую документацию.

Таким образом, многомерные системы прогнозирования и оценки тяжести состояния представляют собой серьезный организационный ресурс для улучшения показателей лечения больных с ГДК. Тем не менее однозначно высказаться в пользу той или иной системы на сегодняшний день не представляется возможным. Для этого требуется проведение сравнительных, по возможности мультицентровых исследований с использованием максимального числа методик. Современные компьютерные и информационные технологии позволяют организовать такие исследования.

References (Литература)

1. Khamaysi I, Gralnek IM. Acute upper gastrointestinal bleeding (UGIB): initial evaluation and management. *Clinical gastroenterology* 2013; 27 (5): 633–638.
2. Holster IL, Kuipers EJ. Management of acute nonvariceal upper gastrointestinal bleeding: current policies and future perspectives. *World J Gastroenterol* 2012; 18 (11): 1202–1207.
3. 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.)
4. Botianu A, Matei D, Tantau M, et al. 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.
5. Stupin VA, Baglaenko MV, Kan VI, et al. Lethality after gastroduodenal ulcer bleeding. *Khirurgiya. Zhurnal imeni N. I. Pirogova (Surgery)* 2013; 5: 31–35. Russian (Ступин В. А., Баглаенко М. В. Кан В. И. и др. Структура летальности при язвенных гастродуоденальных кровотечениях. *Хирургия: Журнал им. Н. И. Пирогова* 2013; 5: 31–35).
6. Ljubičić N, Puljiz Z, Budimir I, et al. The influence of etiologic factors on clinical outcome in patients with peptic ulcer bleeding. *Dig Dis Sci* 2012; 57 (12): 3195–3204.
7. Sostres C, Lanás A. Epidemiology and demographics of upper gastrointestinal bleeding: prevalence, incidence, and mortality. *Gastrointest Endosc Clin N Am* 2011; 21 (4): 567–581.
8. Lanás A. Editorial: Upper GI bleeding-associated mortality: challenges to improving a resistant outcome. *Am J Gastroenterol* 2010; 105 (1): 90–92.
9. Barkun A, Bardou M, Kuipers E, et al. International Consensus Recommendations on the Management of Patients With Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding. *Ann Intern Med* 2010; 152: 101–113.
10. Stanley AJ, Ashley D, Dalton HR, et al. Outpatient management of patients with low-risk upper-gastrointestinal haemorrhage: multicentre validation and prospective evaluation. *Lancet* 2009; 373 (9657): 42–47.

11. Yudin SS. Studies of gastric surgery. M.: Binom, 2003; 289 p. Russian (Юдин С. С. Этюды желудочной хирургии. М.: Бином, 2003; 289 с.)
12. Forrest JA, Finlayson ND, Shearman DJ. Endoscopy in gastrointestinal bleeding. *Lancet* 1974; 2 (7877): 394–397.
13. Bruno J. Intravenous Pantoprazole (Protonix®). *Pharmacotherapy update* 2005; 6 (5). URL: <http://www.clevelandclinicmeded.com/medicalpubs/pharmacy/septoct2003/pantoprazole.htm>
14. Gralnek IM, Barkun AN. Management of Acute Bleeding from a Peptic Ulcer. *The New England Journal of Medicine* 2008; (359): 928–937.
15. Savelyev VS, Buyanov VM, Balalykin AS. Endoscopy of the abdominal cavity. M.: Medicine, 1977; 247 p. Russian (Савельев В. С., Буянов В. М., Балалыкин А. С. Эндоскопия органов брюшной полости. М.: Медицина, 1977; 247 с.)
16. Morgan AG, McAdam WA, Walmsley GL, et al. Clinical findings, early endoscopy, and multivariate analysis in patients bleeding from the upper gastrointestinal tract. *Br Med J* 1977; 2 (6081): 237–240.
17. Ghosh S, Watts D, Kinnear M. Management of gastrointestinal haemorrhage. *Postgrad Med J* 2002; 78 (915): 4–14.
18. Foster DN, Miloszewski KJ, Losowsky MS. Stigmata of recent haemorrhage in diagnosis and prognosis of upper gastrointestinal bleeding. *Br Med J* 1978; 1 (6121): 1173–1177.
19. Das A, Wong RC. Prediction of outcome of acute GI hemorrhage: a review of risk scores and predictive models. *Gastrointest Endosc* 2004; 60 (1): 85–93.
20. Chiu PW, Ng EK. Predicting poor outcome from acute upper gastrointestinal hemorrhage. *Gastroenterol Clin North Am* 2009; 38 (2): 215–230.
21. Atkinson RJ, Hurlstone DP. Usefulness of prognostic indices in upper gastrointestinal bleeding. *Best Pract Res Clin Gastroenterol* 2008; 22 (2): 233–242.
22. Elmunzer BJ, Young SD, Inadomi JM, et al. Systematic review of the predictors of recurrent hemorrhage after endoscopic hemostatic therapy for bleeding peptic ulcers. *Am J Gastroenterol* 2008; 103 (10): 2625–2632.
23. Nahon S, Hagège H, Latrive JP, et al. Epidemiological and prognostic factors involved in upper gastrointestinal bleeding: results of a French prospective multicenter study. *Endoscopy* 2012; 44 (11): 998–1008.
24. Imperiale TF, Dominitz JA, Provenzale DT, et al. Predicting poor outcome from acute upper gastrointestinal hemorrhage. *Arch Intern Med* 2007; 167 (12): 1291–1296.
25. Lebedev NV, Klimov AE. Gastroduodenal ulcer bleeding. M.: Binom, 2010; 176 p. Russian (Лебедев Н. В., Климов А. Е. Язвенные гастродуоденальные кровотечения. М.: Бином, 2010; 176 с.)
26. Rockall TA, Logan RFA, Devlin HB, et al. Risk assessment after acute upper gastrointestinal haemorrhage. *Gut* 1996; 38: 316–321.
27. Espinoza Ríos J, Huerta-Mercado Tenorio J, et al. Prospective validation of the Rockall Scoring System in patients with upper gastrointestinal bleeding in Cayetano Heredia Hospital Lima- Peru. *Rev Gastroenterol Peru* 2009; 29 (2): 111–117.
28. Blatchford O, Murray WR, Blatchford M. A risk score to predict need for treatment for upper-gastrointestinal haemorrhage. *Lancet* 2000; 356 (9238): 1318–1321.
29. Srygley FD, Gerardo CJ, Tran T, et al. Does this patient have a severe upper gastrointestinal bleed? *JAMA* 2012; 307 (10): 1072–1079.
30. Congly SE, Aspinall AI. Prediction of bleeding etiology: the clinician is vindicated. *Can J Gastroenterol* 2012; 26 (4): 185–186.
31. Stanley AJ. Update on risk scoring systems for patients with upper gastrointestinal haemorrhage. *World J Gastroenterol* 2012; 18 (22): 2739–44.
32. Zatevakhin II, Sheglov AA, Titkov BE. Current approaches to the treatment of ulcerative gastroduodenal bleeding. *Annals of surgery* 1997; (1): 40–46. Russian (Затевахин И. И., Щеглев А. А., Титков Б. Е. Современные подходы к лечению язвенных гастродуоденальных кровотечений. *Анналы хирургии* 1997; (1): 40–46).
33. Ratner GL, Korytsev VK, Katkov SA, et al. Bleeding duodenal ulcer: tactics in unreliable hemostasis. *Khirurgiya Zhurnal imeni N. I. Pirogova (Surgery)* 1999; 6: 23–24. Russian (Ратнер Г. Л., Корытцев В. К., Катков С. А. и др. Кровоточащая язва двенадцатиперстной кишки: тактика при ненадежном гемостазе. *Хирургия: Журнал им. Н. И. Пирогова* 1999; 6: 23–24).
34. Kuzeev PE. Optimization of treatment of gastric and duodenum ulcer complicated gastroduodenal bleeding: PhD abstract. Moscow, 2000; 42 p. Russian (Кузеев П. Е. Оптимизация лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной гастродуоденальным кровотечением: автореф. дис. канд. мед. наук. М., 2000; 42 с.)
35. Fedorov ED, Mihaliov AI, Orlov SU, et al. Endoscopic diagnosis and stopping of acute gastroduodenal bleeding and predicting the risk of recurrence. *Russian journal of gastroenterology, hepatology, coloproctology* 2002; 1: 9–18. Russian (Федоров Е. Д., Михалев А. И., Орлов С. Ю. и др. Эндоскопическая диагностика и остановка острых гастродуоденальных кровотечений и прогнозирование риска их рецидива. *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии* 2002; 1: 9–18)
36. Kapitonova MA. Prognosis of rebleeding from gastroduodenal ulcers: DSc abstract. Yakutsk, 2008; 22 p. Russian (Капитонова М. А. Прогнозирование рецидива кровотечения из гастродуоденальной язвы. автореф. дис. д-ра мед. наук. Якутск, 2008; 22 с.)
37. Lebedev NV, Klimov AE, Barkhudarova TV. Prognosis for relapse of gastroduodenal ulcer bleeding. *Khirurgiya Zhurnal imeni N. I. Pirogova (Surgery)* 2009; 2: 32–34. Russian (Лебедев Н. В., Климов А. Е., Бархударова Т. В. Прогноз рецидива кровотечения из гастродуоденальных язв. *Хирургия: Журнал им. Н. И. Пирогова* 2009; 2: 32–34)
38. Sokolova PY, Klimov AE, Lebedev NV, et al. Comparative evaluation of relapse prediction systems in gastroduodenal ulcer bleeding. A country doctor 2012; 4 (15): 65–66. Russian (Соколова П. Ю., Климов А. Е., Лебедев Н. В. и др. Сравнительная оценка систем прогноза рецидива при язвенных гастродуоденальных кровотечениях. *Земский врач* 2012; 4 (15): 65–66)
39. Beloborodov VA, Antonov VN, Pavlov LY, Genish EV. The prognosis a relapse of a bleeding and his prophylaxis at chronic gastroduodenal ulcers (message 1). *Siberian Journal of Medicine* 2010; (5): 5–8. Russian (Белобородов В. А., Антонов В. Н., Павлов Л. Ю., Генич Е. В. Прогноз рецидива кровотечения и его профилактика при хронических гастродуоденальных язвах (сообщение 1). *Сибирский медицинский журнал* 2010; (5): 5–8)
40. Beloborodov VA, Antonov VN, Pavlov LY, Genish EV. The prognosis a relapse of a bleeding and his prophylaxis at chronic gastroduodenal ulcers (message 2). *Siberian Journal of Medicine* 2010; (8): 5–8. Russian (Белобородов В. А., Антонов В. Н., Павлов Л. Ю., Генич Е. В. Прогноз рецидива кровотечения и его профилактика при хронических гастродуоденальных язвах (сообщение 1). *Сибирский медицинский журнал* 2010; (8): 5–8)
41. Lebedev NV, Klimov AE, Sokolova PY. Tactics of treatment of patients with bleeding gastroduodenal ulcer genesis (literature review). *Khirurgiya Zhurnal imeni N. I. Pirogova (Surgery)* 2013; 3: 4–11. Russian (Лебедев Н. В., Климов А. Е., Соколова П. Ю. Тактика лечения больных с гастродуоденальным кровотечением язвенного генеза (обзор литературы). *Хирургия: Журнал им. Н. И. Пирогова* 2013; 3: 4–11).
42. Hasanov AG. Questions to predict recurrence of gastrointestinal bleeding ulcer etiology. *Clinical and experimental surgery* 2012; 5: 60–78. Russian (Хасанов А. Г. Вопросы прогнозирования рецидива желудочно-кишечных кровотечений язвенной этиологии. *Клиническая и экспериментальная хирургия* 2012; 5: 60–78).
43. Lomachenko YI. Gastroduodenal ulcer bleeding: relevance, problems and medical and tactical decisions (clinical lecture). *Bulletin of the Smolensk medical academy* 2000; 1: 60–69. Russian (Ломаченко Ю. И. Гастродуоденальные язвенные кровотечения: актуальность, проблемы и врачебно-тактические решения (клиническая лекция). *Вестник Смоленской медицинской академии* 2000; 1: 60–69).
44. Radenko EE. Resources of forecasting of gastroduodenal ulcer bleeding. *Ukrainian Journal of Surgery* 2008; 1: 67–70. Russian (Раденко Е. Е. Возможности прогнозирования рецидива язвенного гастродуоденального кровотечения. *Украинский журнал хирургии* 2008; 1: 67–70).
45. Shapkin YuG, Klimashevich VY, Potahin SN, et al. Opportunities for improvement of surgical tactics in

gastroduodenal ulcer bleeding. *Journal of Surgery them II Grekov* 2000; 159 (2): 24–26. Russian (Шапкин Ю.Г., Климашевич В.Ю., Потахин С. Н. и др. Возможности совершенствования хирургической тактики при кровоточащей гастроудоденальной язве. *Вестник хирургии им. И.И. Грекова* 2000; 159 (2): 24–26).

46. Parkhomenko IE, Kulikovskii BC. The role of forecasting the dynamics of ulcer gastroduodenal bleeding in the choice of treatment strategy. *Fundamental research* 2007; 1: 88–89. Russian (Пархоменко И.Е., Куликовский В.С. Роль прогнозирования динамики язвенного гастроудоденального кровотечения в выборе лечебной тактики. *Фундаментальные исследования* 2007; 1: 88–89).

47. Shapkin YuG, Potahin SN, Belikov AV. Diagnosis recrudescence syndrome in bleeding gastric and duodenal ulcer. *Journal of Surgery them II Grekov* 2004; 163 (1): 43–45. Russian (Шапкин Ю.Г., Потахин С. Н., Беликов А.В. Диагностика предрецидивного синдрома при кровоточащей язве желудка и двенадцатиперстной кишки. *Вестник хирургии им. Грекова* И.И. 2004; 163 (1): 43–45).

48. Korymasov EA, Machehkhin PV, Chernyshev VN, et al. Clinical diagnosis and treatment protocol of gastroduodenal ulcer bleeding in the Samara region. Samara: Samara State Medical University, 2013; 20 p. Russian (Корымасов Е.А., Мачехин П.В., Чернышев В.Н. и др. Клинический протокол диагностики и лечения язвенного гастроудоденального кровотечения в Самарской области. Самара: СамГМУ, 2013; 20 с.)

49. Korotkevich AG, Krylov YM. A method of predicting rebleeding in peptic ulcer disease: patent RF № 98104932 from 27.01.2000. Russian (Короткевич А.Г., Крылов Ю.М. Способ прогнозирования рецидива кровотечения при язвенной болезни: патент РФ № 98104932 от 27.01.2000).

50. Zherlov GK, Koshel AP, Karpovich AV, et al. A method for predicting the risk of recurrence of bleeding gastroduodenal ulcers: patent RF № 2303941 from 10.08.2007. Russian (Жерлов Г.К., Кошель А.П., Карпович А.В. и др. Способ прогнозирования риска рецидива кровотечения из гастроудоденальных язв: патент РФ № 2303941 от 10.08.2007).

51. Semyachkina-Glushkovskaya OV, Frolov IA, Semyachkin-Glushkovsky IA, et al. A method for predicting recurrence of bleeding from acute gastroduodenal ulcers: patent №2469330 from 10.12.2012. Russian (Семьякина-Глушковская О.В., Фролов И.А., Семьякин-Глушковский И.А. и др. Способ прогнозирования рецидива кровотечения из острой гастроудоденальной язвы: патент на изобретение № 2469330 от 10.12.2012).

52. 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.)

53. Barkun AN, Bhat M, Armstrong D, et al. Effectiveness of disseminating consensus management recommendations for ulcer bleeding: a cluster randomize. *CMAJ* 2013; 185 (3): 156–166.

54. Potahin SN, Shapkin YG, Klimashevich VY, Belikov AV, Zevyakina VA. Current status of the problem of the treatment of peptic ulcer bleedings (review). *Saratov Journal of Medical Scientific Research* 2014; 10 (1): 132–139. Russian (Потахин С.Н., Шапкин Ю.Г., Климашевич В.Ю., Беликов А.В., Зевякина В.А. Современное состояние проблемы лечения язвенных гастроудоденальных кровотечений (обзор). *Саратовский научно-медицинский журнал* 2014; 10 (1): 132–139).