



УДК 616.342–002: 616.33–05: 616–08–035  
<https://doi.org/10.31146/1682-8658-ecg-186-2-72-78>

## Оригинальная шкала прогнозирования риска развития рецидива кровотечения при гастродуоденальных язвенных кровотечениях

Мельник И. В., Солиев С. Б.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, ул. Богишамол, 223, Юнусабадский район, Ташкент, 100140, Узбекистан

**Для цитирования:** Мельник И. В., Солиев С. Б. Оригинальная шкала прогнозирования риска развития рецидива кровотечения при гастродуоденальных язвенных кровотечениях. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2021;186(2): 72–78. DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-186-2-72-78

✉ Для переписки:

**Мельник**

**Игорь Владимирович**

[igor\\_melnik71@mail.ru](mailto:igor_melnik71@mail.ru)

**Мельник Игорь Владимирович**, кафедра хирургических болезней, доцент, кандидат медицинских наук

**Солиев Садикжон Ботирович**, студент 6 курса, II педиатрического факультета

### Резюме

**Цель исследования** — изучить эффективность активно-индивидуализированной тактики в лечении кровотечений из хронических язв желудка и двенадцатиперстной кишки.

**Материал и методы.** Выполнен анализ результатов лечения 251 больного с кровотечениями из хронических язв желудка и двенадцатиперстной кишки. Кровотечение из дуоденальных язв имело место у 202(80,5%) больных, язвы желудка явились причиной кровотечений у 49(19,5%). Лечение проводилось в соответствии с принципами активно-индивидуализированной тактики.

**Результаты.** Дана характеристика и представлены полученные результаты по основным составляющим компонентам активно-индивидуализированной тактики в лечении кровотечений из хронических язв желудка и двенадцатиперстной кишки. Установлены лечебно — диагностические возможности эндоскопии, представлена оригинальная шкала прогнозирования риска рецидива кровотечения, обоснован выбор сроков и основные показания к выполнению оперативных вмешательств, подчеркнута роль рецидива кровотечения, как основополагающего момента в формировании основных результатов лечения пациентов с кровоточащими язвами желудка и двенадцатиперстной кишки.

**Заключение.** В настоящее время в лечении кровотечений из хронических язв желудка и двенадцатиперстной кишки должна применяться активно-индивидуализированная тактика.

**Ключевые слова:** шкала прогноза рецидива кровотечения, рецидив кровотечения, дуоденальное кровотечение, желудочное кровотечение, эндоскопия, эндоскопический гемостаз, язвенная болезнь, тактика лечения

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

<https://doi.org/10.31146/1682-8658-ecg-186-2-72-78>

# The original scale prediction of recurrence risk of gastroduodenal ulcer bleeding

I. V. Melnyk, S. B. Soliev

Tashkent Pediatric Medical Institute, Bagishamal str., 223. Yunusabad region, Tashkent city, 100140, Uzbekistan

**For citation:** I. V. Melnyk, S. B. Soliev The original scale prediction of recurrence risk of gastroduodenal ulcer bleeding. *Experimental and Clinical Gastroenterology*. 2021;186(2): 72–78. (In Russ.) DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-186-2-72-78

Igor V. Melnyk, Department of Surgical Diseases, Associate Professor, PhD; ORCID: 0000-0002-8690-4873  
Sadikjon B. Soliev, 6 year student, II pediatric faculty

✉ Corresponding author:  
Igor V. Melnyk  
igor\_melnik71@mail.ru

## Summary

**Research goal** — to examine the effectiveness of active-individualized tactics in treatment of chronic gastric and duodenal ulcers.

**Material and methods.** Analysis of treatment of 251 patients with chronic gastric and duodenal ulcer bleeding was conducted. Duodenal ulcer bleeding was present in 202 cases (80,5%), gastric ulcers were the reason of bleeding in 49 cases (19,5%). Treatment conducted according to principles of active-individualized tactics.

**Results.** The provided characteristics and the acquired results were presented according to the fundamental components of active-individualized tactics in treatment of gastric and duodenal ulcers. Diagnostic and treatment abilities of endoscopy were determined, an unique scale of bleeding relapse risk was presented, the time limits and main indications for surgery were explained, the role of bleeding relapse was emphasized as crucial in forming the main results of treatment of patients with bleeding gastric and duodenal ulcers.

**Conclusion.** At present time, active-individualized tactics should be used for treatment of gastric and duodenal ulcer bleeding.

**Keywords:** bleeding relapse forecast scale, bleeding relapse, duodenal bleeding, gastric bleeding, endoscopy, endoscopic hemostasis, peptic ulcer, treatment tactics

**Conflict of interest.** Authors declare no conflict of interest.

## Введение

Проблема гастродуоденальных язвенных кровотечений на современном этапе одна из самых актуальных в urgentной хирургии [1, 2, 3]. Уровень летальности, которая колеблется от 5 до 15%, достигая во время рецидива кровотечения 30–40%, не имеет существенной тенденции к снижению [1, 2].

Внедрение в гастроэнтерологию современных методов эндоскопического гемостаза дало возможность останавливать даже активные кровотечения, что поставило под сомнение целесообразность выполнения оперативного вмешательства на высоте кровотечения, передвинув сроки выполнения операции до 24–48–72 часов и даже позже, переводя их из разряда экстренных в срочные и отсроченные, что в условиях хорошей подготовленности больного, позволяет выполнить резекцию желудка, как наиболее радикальную операцию.

Неоценимый вклад в решении тактических вопросов лечения гастродуоденальных язвенных кровотечений внес в 1974 году J. Forrest, который

создал эндоскопическую классификацию гастродуоденальных кровотечений и на ее основе выстроил определенный алгоритм лечебной тактики как для эндоскопистов, так и для хирургов [4].

Анализ причин неблагоприятных исходов лечения пациентов с острыми гастродуоденальными язвенными кровотечениями показывает, что одним из перспективных направлений улучшения результатов является совершенствование способов профилактики рецидива кровотечения. Эндоскопический гемостаз и последующий мониторинг его эффективности существенно расширяют возможности хирургов в достижении стойкого гемостатического эффекта.

При лечении язвенных кровотечений большое значение придается организационным вопросам, основу которых составляет согласованное взаимодействие хирурга, эндоскописта, анестезиолога – реаниматолога, техническая оснащенность их действий. Наиболее острой в силу непосредственной клинической значимости остается дискуссия

о ведущих компонентах лечебной тактики, являющихся ключевыми в определении показаний, противопоказаний и сроков проведения оперативного вмешательства.

## Материал и методы

Выполнен анализ результатов лечения 251 больного с кровотечениями из хронических язв желудка и двенадцатиперстной кишки. Мужчин – 71,7%, женщины – 28,3%. Средний возраст пациентов – 59 лет. Кровотечение из дуоденальных язв имело место у 202(80,5%) больных, язвы желудка явились причиной кровотечений у 49(19,5%). В соответствии с классификацией J. Forrest (1974) на момент поступления в стационар имело место: кровотечения типа F-IA-3(1,2%), F-IB-25(10%), F-IIA-35(13,9%), F-IIB- 106 (42,2%), F-IIC-69 (27,5%), F-III-13(5,2%).

Более часто выявляли кровоточащие язвы размером до 1 см – 149 (59,4%), язвы в диаметре до 0,5 см

**Цель исследования** – изучить эффективность активно-индивидуализированной тактики в лечении кровотечений из хронических язв желудка и двенадцатиперстной кишки.

диагностированы в 71(28,3%) случае, диаметр язв до 2 см отмечен у 25(9,9%), язвы диаметром более 2см выявлены у 6(2,4%) пациентов. Степень тяжести кровопотери оценивали по классификации П. Г. Брюсова (1986). При поступлении кровопотеря легкой степени констатирована у 153(61%) больных, средней – у 56(22,3%), тяжелой – у 33(13,1%), крайне тяжелой – у 9(3,6%) пациентов. Без признаков геморрагического шока поступили в стационар 165(65,7%) пациентов. Геморрагический шок I степени имел место в 51(20,3%), II степени – в 27(10,8%), III степени – в 6(2,4%), IV степени – в 2(0,8%) случаях.

## Результаты и обсуждение

В лечении кровотечений из хронических гастродуоденальных язв придерживаемся принципов активно-индивидуализированной лечебной тактики: максимальное использование лечебно-диагностических возможностей эндоскопии; прогнозирование степени риска развития рецидива кровотечения и выполнение «профилактических» по отношению к нему операций; индивидуальный подход в плане выбора объема и сроков выполнения оперативных вмешательств.

Эндоскопическое исследование выполняем сразу при поступлении пациента в стационар. Устанавливается локализация язвы, размер, дается характеристика в соответствии с классификацией J. Forrest (1974), проводится эндоскопический гемостаз. Отмечены высокие топографо-диагностические возможности первичной эндоскопии по установлению локализации язвы (100%). Локализация язв двенадцатиперстной кишки: на передней стенке – в 97 (48%), на нижней – в 39(19,3%), на задней – в 24(11,9%), на верхней – в 21 (10,4%) случае. «Целующиеся язвы» выявлены – у 11(5,4%) пациентов, а язвы «постбульбарного» отдела двенадцатиперстной кишки диагностированы у 10(5%) больных. Локализация кровоточащих язв желудка: в области тела по малой кривизне в 18(36,8%) случаях, в области угла желудка – в 17(34,7%), в пилороантральном отделе – в 11(22,4%), в субкардиальном и кардиальном отделе – в 3(6,1%) случаях.

Правильно определить размер язвы при первичной эндоскопии удалось у 214(85,3%) больных. Неудачи определения размера язвы наиболее часто были обусловлены заполнением язвенной ниши сгустком крови, ограниченной визуализацией язвы из-за активного кровотечения. В дальнейшем размер язв во всех случаях был уточнен во время выполнения последующих эндоскопических исследований в более благоприятных условиях.

Эндоскопический гемостаз, направленный на укрепление процесса тромбообразования

в язвенном кратере, выполняем в обязательном порядке сразу при первичной эндоскопии. Способ эндоскопического гемостаза избирает врач эндоскопии в зависимости от конкретной ситуации. Используем диатермокоагуляцию, склерозирование спиртом по периметру язвы и их сочетание (таблица 1). Показанием к проведению эндоскопического гемостаза является констатация наличия у больного кровотечения, классифицированного по J. Forrest (1974) как: F-IA, F-IB, F-IIA, F-IIB. При F-IIC, F-III первичный эндоскопический гемостаз не применяем.

Для объективного наблюдения за процессом установления гемостаза в язвенном кратере используем периодические эндоскопические осмотры по строго утвержденным временным отрезкам, что полностью исключает субъективизм лечащих врачей в вопросе наличия или отсутствия рецидива кровотечения. Хирург должен в установленное время провести повторное эндоскопическое исследование:

- при первичном F-IA (первичное кровотечение остановлено путем использования эндоскопических методов гемостаза) – эндоскопический контроль выполняется через 6 часов;
- при первичном F-IB (первичное кровотечение остановлено путем использования эндоскопических методов гемостаза) – эндоскопический контроль выполняется через 8 часов;
- при первичном F-IIA (проведено укрепление гемостаза в язве путем использования эндоскопических методов гемостаза) – эндоскопический контроль выполняется через 12 часов;
- при первичном F-IIB (проведено укрепление гемостаза в язве путем использования эндоскопических методов гемостаза) эндоскопический контроль выполняется через 24 часа;
- при первичном F- IIC, F- III – повторная контрольная эндоскопия выполняется через 72 часа.

| Класс Forrest    | Способ эндоскопического гемостаза |  |                           |
|------------------|-----------------------------------|--|---------------------------|
|                  | Диатермокоагуляция<br>(n=47)      | Диатермокоагуляция<br>и склерозирование<br>(комбинированный<br>гемостаз)<br>(n=41) | Склерозирование<br>(n=81) |
| Forrest IA       | 3(3)**                            | -  | -                         |
| Forrest IB       | 19                                | 6  | -                         |
| Forrest IIA      | 10                                | 16   | 9                         |
| Forrest IIB      | 15                                | 19   | 72                        |
| Всего<br>(n=169) | 47(27,8)*                         | 41(24,3)*  | 81(47,9)*                 |

**Таблица 1.**  
Первичный эндоскопический гемостаз  
**Примечание.**  
\*В скобках указан% от общего количества случаев проведенного эндоскопического гемостаза (n=169); \*\* в скобках указаны количество неэффективных попыток остановки кровотечения с помощью эндоскопических методов гемостаза.

**Table 1.**  
Primary endoscopic hemostasis

Данные динамических эндоскопических осмотров, являются основополагающими в решении вопроса дальнейшей тактики лечения пациента.

Следующим этапом в лечении больных является прогнозирование степени риска развития рецидива кровотечения, которое проводим по разработанной шкале прогноза рецидива кровотечения (патент государственного патентного ведомства РУз. GDU 00992 от 15.08.05).

### Методика применения шкалы:

*Первый шаг:* за отправную точку принят «0». Из каждого диагностического критерия (8) выбираем по одному показателю, который имеется у конкретно тестируемого больного. Получаем 8 чисел. В случае, если имеющаяся у пациента сопутствующая патология отсутствует в перечисленных вариантах – записывается «0». Если у больного совсем не выявлено какой – либо сопутствующей патологии – выставляется балл (-1,9).

*Второй шаг:* отдельно проводим суммирование баллов шкалы со знаком «минус» (получаем некоторое число со знаком «минус»);

*Третий шаг:* отдельно проводим суммирование баллов шкалы со знаком «плюс» (получаем некоторое число со знаком «плюс»);

*Четвертый шаг:* из полученного большего числа вычитаем меньшее число и ставим знак большего числа.

**Вывод:** при итоговом получении числа со знаком «плюс» прогнозируется высокий риск рецидива кровотечения. При итоговом получении числа со знаком «минус» прогнозируется низкий риск развития рецидива кровотечения.

Расчет вероятности рецидива кровотечения проведен у 248 (98,8%) пациентов. У троих больных прогнозирование не проводилось, в связи с наличием при поступлении продолжающегося кровотечения, по поводу которого они были оперированы в экстренном порядке. Применяемые нами эндоскопические методы остановки кровотечения оказались не эффективными (таблица 3).

Оперировано 69 пациентов. Оперативная активность составила 27,5%. Операцией выбора явилась резекция желудка, которая выполнена в 61(88,4%) случае. Органосохраняющие операции с ваготомией использованы у 7(10,1%) пациентов, паллиативное вмешательство (прошивание кровотокашей

Чувствительность шкалы – 81,8%, специфичность – 99,1%. Шкала построена на основе использования теории вероятности, включает 8 диагностических критериев (таблица 2).

Правило прогноза степени риска развития рецидива кровотечения формулируется следующим образом: *вероятность развития рецидива кровотечения равна сумме вероятностей рецидива кровотечения при отдельно взятых признаках, имеющихся у больного.*

язвы) выполнено 1(1,5%) больному. Показанием к выполнению оперативного вмешательства явилось: профузное кровотечение с неэффективностью эндоскопического гемостаза(3); высокий риск развития рецидива кровотечения (20); возникший рецидив кровотечения (11); другие показания (35). По срокам выполнения: экстренные вмешательства (14), срочные (20), отсроченные (35).

Интраоперационно другие осложнения язвенной болезни в сочетании с имеющимся кровотечением выявлены у 63 (91,3%) пациентов: пенетрация в печеночно-двенадцатиперстную связку – у 36(57,1%); пенетрация в поджелудочную железу – у 13(20,6%); в желчный пузырь язва пенетрировала в 4(6,4%) случаях; стенозирование просвета луковицы двенадцатиперстной кишки имело место у 10(15,9%) больных.

В послеоперационном периоде осложнения развились у 22 (31,9%) пациентов. Из них осложнения со стороны операции имели место у 9, со стороны органов дыхания – у 8, со стороны сердечно – сосудистой системы – у 5 пациентов.

Из 251 больного рецидив кровотечения возник у 11(4,4%). Все пациенты оперированы. В 63,6% случаев выполнена резекция желудка, у 36,4% – органосохраняющие операции на основе ваготомии. Послеоперационные осложнения возникли у 36,4%. После операции умер 1 пациент. Причиной смерти явился декомпенсированный геморрагический шок и тяжелая кровопотеря.

Всего умерло 3 больных. Послеоперационная летальность составила 4,3%, общая летальность – 1,2%.

Обобщенно основное содержание и этапы, применяемой нами активно-индивидуализированной лечебной тактики можно представить в следующем виде:

Таблица 2

Шкала прогнозирования риска развития рецидива кровотечения из хронических язв желудка и двенадцатиперстной кишки

**Примечание.**

\* ЛДПК – луковица двенадцатиперстной кишки

Пример определения степени риска рецидива кровотечения.

Первый шаг: Выбор критериев: возраст – 34 года (-0,9 балла); тяжесть шока – шок I степени (+3,6 балла); тяжесть кровопотери – тяжелая (+1,6 балла); локализация язвы – постбульбарный отдел ДПК (+10,5 балла); размер язвы – до 1,5 см. (+2,9 балла); гемостаз в язве по Forrest (1974) – 2А (+3,5 балла); толерантность плазмы к гепарину 10 мин. 40 сек. (-0,04 балла); сопутствующая патология не выявлена (-1,9 балла).

Второй шаг: Суммирование баллов со знаком «минус»:

$(-0,9)+(-0,04)+(-1,9)=-2,84$

Третий шаг: Суммирование баллов со знаком «плюс»:  $(+3,6)+(+1,6)+(+10,5)+(+2,9)+(+3,5)=+22,1$ ;

Четвертый шаг: вычитание (от большего числа вычитаем

меньшее):  $(+22,1)-(-2,84)=+19,26$ ,

Вывод: получено число со знаком (плюс), что свидетельствует о высокой степени риска рецидива кровотечения.

Table 2

Prediction scale for the risk of recurrence of bleeding from chronic ulcers of the stomach and duodenum

| № п/п  | Диагностические критерии                              | Балл  |
|--|---|-------|
| <b>I. Возраст больного</b>                       |   |       |
|  | До 19 лет   | -2,5  |
|  | 20–29 лет   | -7,2  |
|  | 30–44 года  | -0,9  |
|  | 45–59 лет   | +1,6  |
|  | 60–74 лет   | +1,4  |
|  | 75–89 лет   | +1,0  |
| <b>II. Степень тяжести геморрагического шока</b> |   |       |
|  | Шок отсутствует                                       | -2,8  |
|  | I степень   | +3,6  |
|  | II степень  | +6,4  |
|  | III степень   | +5,8  |
|  | IV степень  | +7,2  |
| <b>III. Степень тяжести кровопотери</b>          |   |       |
|  | Легкая  | -2,4  |
|  | Средней тяжести                                       | -1,7  |
|  | Тяжелая   | +1,6  |
|  | Крайне тяжелая  | +11,4 |
| <b>IV. Локализация язвы</b>                      |   |       |
|  | Передняя стенка ЛДПК*                                 | -0,07 |
|  | Задняя стенка ЛДПК*                                   | +2,8  |
|  | Нижняя стенка ЛДПК*                                   | -7,7  |
|  | Верхняя стенка ЛДПК*                                  | +9    |
|  | Задне – верхняя стенка ЛДПК*                          | +6,3  |
|  | Передне-верхняя стенка ЛДПК*                          | -0,5  |
|  | Передне-нижняя стенка ЛДПК*                           | -2,0  |
|  | Задне – нижняя стенка ЛДПК*                           | +5    |
|  | «Целующиеся» язвы ЛДПК*                               | -5,0  |
|  | Постбульбарный отдел ДПК *                            | +10,5 |
|  | Желудок   | -0,06 |
| <b>V. Размер язвы</b>                            |   |       |
|  | До 0,5см  | -5,0  |
|  | 0,6–1,0см   | +0,2  |
|  | 1,1–2,0см   | +2,9  |
|  | Более 2см   | +4,5  |
| <b>VI. Гемостаз в язве по J. Forrest (1974).</b> |   |       |
|  | IA  | +2,1  |
|  | IB  | -0,6  |
|  | IIA   | +3,5  |
|  | IIB   | -2,7  |
|  | IIIC  | -4,4  |
|  | III   | -2,7  |
| <b>VII. Толерантность плазмы к гепарину</b>      |   |       |
|  | Менее 7мин.   | -3,9  |
|  | 7мин-15мин.   | -0,04 |
|  | Больше 15мин  | +2,8  |
| <b>VIII. Сопутствующая патология</b>             |   |       |
|  | Сопутствующей патологии нет                           | -1,9  |
|  | Артериальная гипертензия                              | +1,0  |
|  | Ишемическая болезнь сердца                            | +6,6  |
|  | Хронический гепатит                                   | +6,9  |
|  | Сахарный диабет                                       | +6,6  |
|  | Артериальная гипертензия и ишемическая болезнь сердца | +4,2  |
|  | Цирроз печени   | +5,8  |
|  | Ишемическая болезнь сердца Артериальная гипертензия   | +10,5 |
|  | Цирроз печени   | +10,5 |
|  | Ишемическая болезнь сердца Сахарный диабет            | +7,5  |

| Вероятность развития рецидива кровотечения | Баллы       | Количество больных (n=251) |       |
|--|-------------|----------------------------|-------|
|  |             | Абс.                       | %     |
| Высокий риск рецидива кровотечения         | От 0 до +30 | 29 (9)*                    | 11,6  |
| Низкий риск рецидива кровотечения          | От 0 до -30 | 219 (2)*                   | 87,3  |
| Прогнозирование не проводилось             | -           | 3                          | 1,1   |
| Всего                                      |             | 251                        | 100,0 |

**Таблица 3**  
Распределение больных в зависимости от прогностической суммы баллов по шкале

**Примечание:**  
\*- в скобках указано количество больных с возникшим рецидивом кровотечения.

**Table 3**  
Distribution of patients depending on the prognostic score on a scale

*Первый этап* (первичная эндоскопия). Эндоскопическое исследование выполняется сразу при поступлении пациента с обязательным первичным эндоскопическим гемостазом при F-IA, F-IB, F-IIA, F-IIB. При продолжающемся кровотечении (F-IA, F-IB) и неудачной попытке остановки с использованием эндоскопических методик, больному показано экстренное оперативное вмешательство в течение 2 часов. В случае удачной попытки достижения гемостаза у больных с F-IA, F-IB и у пациентов с первичным F-IIA, F-IIB (у которых выполнен профилактический эндоскопический гемостаз) проводится консервативная терапия на фоне динамических эндоскопических осмотров по указанным ранее временным интервалам. Обязательно повторное использование методов эндоскопического гемостаза при F-IIA, F-IIB. Дальнейшая тактика лечения корректируется в зависимости от данных последней эндоскопии.

«Отрицательная Forrest-миграция» является признаком рецидива кровотечения. Пациентам, чей соматический статус соответствует по классификации Американского общества анестезиологов классам ASA I–III показано экстренное оперативное вмешательство в течение 2 часов. Больным, чей соматический статус соответствует классам ASA IV–V, оперативное вмешательство показано только в случае наличия рецидива кровотечения с активным кровотечением F-IA, F-IB и неэффективности эндоскопического гемостаза. Остальные пациенты подлежат динамическому эндоскопическому наблюдению с обязательным повторным эндоскопическим гемостазом.

*Второй этап* (прогнозирование риска развития рецидива кровотечения). После получения результатов обследования пациента, проводится определение степени риска рецидива кровотечения по представленной выше шкале прогноза. При «низком риске» возникновения рецидива кровотечения проводится консервативная терапия на фоне динамических эндоскопических осмотров по указанным ранее временным интервалам. Обязательно повторное использование

методов эндоскопического гемостаза при F-IIA, F-IIB. Дальнейшая тактика лечения корректируется в зависимости от данных последней эндоскопии. При «высоком риске» возникновения рецидива кровотечения оценивается соматическое состояние пациента в соответствии с классификацией Американского общества анестезиологов (ASA). Больным, принадлежащим к классам ASA I–III, выполняется оперативное вмешательство в срочном порядке в течение 24 часов. Пациентам с ASA IV–V «профилактическое» по отношению к рецидиву кровотечения оперативное вмешательство считаем противопоказанным. Им проводится консервативная терапия на фоне динамических эндоскопических осмотров по указанным ранее временным интервалам. Обязательно является повторное использование методов эндоскопического гемостаза при F-IIA, F-IIB. Дальнейшая тактика лечения корректируется в зависимости от данных последней эндоскопии. Оперативное вмешательство показано только в случае наличия рецидива кровотечения с активным кровотечением F-IA, F-IB и неэффективности эндоскопического гемостаза.

*Третий этап* (оперативное лечение). Оперативное вмешательство должно быть максимально радикальным с полным удалением источника кровотечения. Мы отдаем предпочтение резекции желудка. Считаем, что технически правильно выполненная резекция желудка радикально удаляет язвенный субстрат, сопровождается минимальной частотой послеоперационных осложнений как в ближайший, так и в отдаленный послеоперационный период.

*Четвертый этап* (выписка больного). Пациентов, которым не выполнялось оперативное вмешательство и эндоскопическая картина стабилизировалась до класса Forrest IIC–III обязательно обследуем на предмет сочетанных осложнений язвенной болезни, с целью установления показаний к отсроченному оперативному вмешательству. Если таких показаний не найдено или больной не согласен на операцию, выписываем на амбулаторное лечение в поликлинику по месту жительства.

## Заключение

Таким образом, активно – индивидуализированная тактика в лечении кровотечений из хронических язв желудка и двенадцатиперстной кишки в настоящее время наиболее оправдана. Максимальное использование различных методов эндоскопического гемостаза позволяет улучшить качество и надежность процесса тромбообразования в язвенном

дне, а применение системы прогнозирования риска рецидива кровотечения дает возможность выполнять «профилактические» по отношению к рецидиву оперативные вмешательства в группе больных высокого риска его развития в более благоприятных условиях, тем самым предупреждая развитие возможного рецидива кровотечения. Применение

динамической эндоскопии по строго утвержденным временным интервалам позволяет своевременно диагностировать возникновение рецидива кровотечения. При выполнении оперативных вмешательств следует стремиться к выполнению мак-

симально радикальных вмешательств. Основные показатели лечения больных с кровотечениями из хронических язв желудка и двенадцатиперстной кишки напрямую зависят от результатов лечения пациентов с рецидивом кровотечения.

## Литература | References

1. Bogdanovich A. V., Shilenok V. N., Zeldin E. Y. Structure and tactics of the treatment of bleedings from the upper parts of the gastrointestinal tract. *Vestnik VGMU*. 2016;15(3):40–46. (In Russ.). <https://doi.org/10.22263/2312-4156.2016.3.40>  
Богданович А. В., Шиленок В. Н., Зельдин Э. Я. Структура и тактика лечения кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта // Вестник ВГМУ.-2016.-Т.15.-№ 3.-С.40–46.
2. Kolesnikov D. L., Nogteva V. E., Lobanova A. V., Kukosh M. V. Risk assessment of ulcerative gastroduodenal bleeding recurrence. *Journal of Experimental and Clinical Surgery*. 2019;12(1):17–22. (In Russ.). <https://doi.org/10.18499/2070-478x-2019-12-1-17-22>.
3. Nable J.V., Graham A. C. Gastrointestinal Bleeding. *Emergency Medicine Clinics of North America*. 2016;34(2):309–325. <https://doi.org/10.1016/j.emc.2015.12.001>  
Колесников Д. Л., Ногтева В. Е., Лобанова А. В., Кукош М. В. Оценка риска рецидива язвенного гастродуоденального кровотечения // Вестник экспериментальной и клинической хирургии.-2019. – Т. 12.-№ 3.-С.40–46.
4. Forrest J.A., Finlayson N. D., Shearman D. J. Endoscopy in gastrointestinal bleeding. *The Lancet*. 1974;304(7877):394–397. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(74\)91770-x](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(74)91770-x)