

А.Е. Гриднев, к.м.н., К.Ю. Дубров, Институт терапии им. Л.Т. Малой, г. Харьков

Желудочно-кишечные кровотечения: особенности тактики ведения пациентов в Украине и за рубежом

Во всем мире проблема желудочно-кишечных кровотечений (ЖКК) сохраняет актуальность на протяжении многих лет. В частности, нерешенной является проблема раннего рецидива кровотечений, особенно в раннем периоде после первичного гемостаза. Если среди больных без раннего рецидива кровотечения летальность составляет до 3%, то среди пациентов с ранним рецидивом она может достигать 12%.

Возникновение такого осложнения, как ЖКК, возможно при более чем 100 заболеваний и патологических состояний. В первую очередь это поражения непосредственно желудочно-кишечного тракта – ЖКТ (язвы верхних отделов пищеварительного тракта различной этиологии, синдром Мэллори-Вейса, новообразования, неспецифические и инфекционные воспалительные заболевания кишечника и др.) и состояния сопровождающиеся портальной гипертензией (хронические гепатиты и циррозы печени, тромбоз в системе воротной и печеночных вен, сдавление воротной вены и ее ветвей и др.). Также достаточно часто возникновению ЖКК способствуют состояния приводящие к повреждению сосудов (капилляротоксикоз, коллаптозы, септический эндокардит, авитаминоз С, атеросклероз, тромбоз и эмболия мезентериальных сосудов и др.) и заболевания системы крови (болезнь Верльгофа, геморрагическая тромбоцитемия, апластическая анемия, острые и хронические лейкозы, гемофилия, афибриногенная пурпура и др.)

Как видно из многообразия этиологических факторов, механизм развития ЖКК может быть обусловлен рядом причин: нарушением сосудистого компонента гемостаза (эрозия сосуда извне, разрыв стенки склеротически измененного сосуда, аневризмы или варикозные расширения вен, тромбоз и эмболия сосудов, повышенная хрупкость и проницаемость капилляров) или нарушениями в системе тромбоцитарного компонента гемостаза и/или свертывания крови.

ЖКК принято делить в зависимости от источника на кровотечения из верхних (пищевод, желудок, двенадцатиперстная кишка) и нижних (кишечные кровотечения) отделов ЖКТ. Кровотечения из верхних отделов ЖКТ встречаются в разы чаще (80-90% случаев), чем из нижних (10-20%). Следует особо отметить, что наиболее распространенный источник кровотечения – гастродуоденальные пептические язвы, на которые приходится до 68% случаев всех ЖКК. Кровотечения из дивертикулов толстого кишечника, по данным разных авторов, являются причиной не мене 17-40% кровотечений из нижних отделов ЖКТ, сосудистые аномалии – в 2-30% случаев соответственно. На неспецифические заболевания кишечника, новообразования, аденомы, анаректальную патологию приходится в среднем по 10% в общей статистике кровотечений из нижних отделов. Следует отметить, что в 80% случаев эта группа кровотечений может самопроизвольно прекратиться, чего не наблюдается при кровотечениях из верхних отделов ЖКТ.

В последние годы отмечается диаметрально противоположные тенденции в плане распространенности гастроинтестинальных кровотечений. В Украине частота кровотечений язвенной этиологии за период с 2003 по 2010 г. выросла с 4,23 до 4,64 на 10 тыс. населения, в то время как в некоторых странах Евросоюза и США отмечается ее тенденция к уменьшению. Что касается ЖКК из нижних отделов, то наблюдается неуклонная тенденция к их росту по всему миру.

Гендерные особенности гастроинтестинальных кровотечений в мире имеют сходные черты: у мужчин данное осложнение встречается в два раза чаще, хотя показатель смертности фиксируется на одинаковых значениях для обоих полов. Средний возраст пациентов с ЖКК в странах Евросоюза и США в последнее время увеличился, тогда как в Украине подобная тенденция не отмечается, что, вероятно, связано с увеличением продолжительности жизни в развитых странах и, соответственно, увеличением распространенности коморбидных состояний, способных провоцировать развитие ЖКК.

Действия врача первого контакта

Возникновение ЖКК является достаточно серьезным осложнением и нередко представляет опасность для жизни больного. Так, уровень смертности с возрастом пациента увеличивается с 3% в возрасте 21-30 лет и до 14% у пациентов возрастной группы 70-80 лет. Это требует от врача своевременной диагностики возникновения данного состояния и незамедлительного начала лечебных мероприятий.

При обследовании больных с подозрением на кровотечение часто возникают диагностические трудности, особенно на первичном этапе, так как нередко массивное кровотечение оказывается полной неожиданностью для больного и может быть первым клиническим проявлением язвенной болезни. Поэтому врачу любой специальности необходимо помнить следующее:

- при внезапном «беспричинном» возникновении общей слабости, головокружения, учащении пульса и падении артериального давления необходимо в первую очередь исключить кровотечение, при этом нельзя полагать, что отсутствие кровавой рвоты и кала темного цвета исключает ЖКК;
- при оценке состояния больных (особенно на начальных этапах) основное значение необходимо придавать характеристикам пульса и артериального давления, что позволит определить степень тяжести состояния больного и, соответственно, выбрать тактику лечения;
- в первую очередь необходимо проведение дифференциальной диагностики желудочно-кишечных, носоглоточных и легочных кровотечений (как при легочных кровотечениях и кровотечениях из верхних дыхательных путей кровь может частично поступать в желудок, так и при кровавой рвоте попадать в дыхательные пути), а обнаружение какого-либо заболевания, способного стать причиной геморрагии, еще не означает, что именно с ним в данном случае связана кровопотеря (причин и источников кровотечения может быть несколько у одного и того же больного);
- больным с тяжелой кровопотерей и выраженными нарушениями гемодинамики всегда необходимо выполнять ЭКГ в динамике и проводить определение маркеров некроза кардиомиоцитов, так как симптомы кровотечения могут маскировать проявления острого коронарного синдрома.

Тактика врача любой специальности при подозрении или при выявлении острых ЖКК должна быть следующей: необходима немедленная госпитализация больного в хирургический стационар. В то же время в США, если пациенту с подозрением на острое ЖКК из верхних отделов ЖКТ не была проведена гастроскопия или при ее проведении был выявлен язвенный дефект без стигм возможного рецидива кровотечения (к примеру, очищенное дно язвенного дефекта), возможна его выписка из стационара с последующим наблюдением семейного врача, если показатели гемодинамики и объективного статуса (отсутствие мелены, синкопе, ЧСС менее 100 уд/мин, САД более 110 мм рт. ст.) не превышают допустимых значений.

Дальнейшее уточнение локализации и непосредственной причины кровотечения следует проводить только в стационаре – лечение на дому недопустимо, так как судьба больного во многом определяется ранней диагностикой кровотечения и сроком госпитализации.

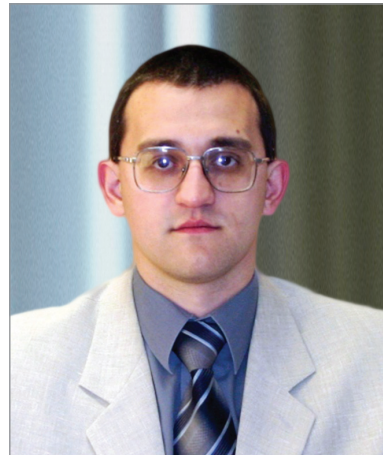
Тактика ведения в стационаре

Пациенты с массивным кровотечением и нарушением витальных функций должны, минуя приемное отделение, госпитализироваться в отделения реанимации. Так, при госпитализации пациентов до часа от начала кровотечения смертность составляет около 3%, тогда как в случае госпитализации после 24 ч этот показатель увеличивается до 32%.

В стационаре одновременно проводятся диагностические, дифференциально-диагностические и лечебные мероприятия в целях остановки кровотечения, а при необходимости – борьба с геморрагическим шоком, восполнение кровопотери, обследование специалистами (гастроэнтерологом, гинекологом, инфекционистом и пр.).

Для распознавания источника ЖКК необходимо оценить динамику развития жалоб больного и провести дифференциальную характеристику рвотных масс и кала. Так, при обильном кровотечении из верхних отделов пищеварительного тракта отмечается кровавая рвота, при умеренном – рвотные массы имеют вид кофейной гущи, а при незначительном – данные симптомы могут отсутствовать или возникнуть лишь спустя несколько часов после начала кровотечения. При источнике кровотечения в нижних отделах пищеварительного тракта рвота отсутствует, но отмечается наличие крови в кале, которая также определяется при пальцевом ректальном исследовании, являющемся обязательным при подозрении на желудочно-кишечное кровотечение. Причем, чем светлее выделяющаяся из прямой кишки кровь, тем дистальнее расположен источник кровотечения. При одномоментной потере более 100 мл крови на фоне ускоренного кишечного транзита фекалии содержат темную жидкую кровь, но, если время кишечного транзита составляет не менее 6 ч, отмечается дегтеобразный стул (мелена). Выделение неизмененной крови не смешанной с калом – чаще признак геморроидального кровотечения или кровотечения, связанного с поражением перианальной области.

Целенаправленный сбор анамнеза может помочь в установлении факторов, которые могли привести



А.Е. Гриднев

к возникновению кровотечения: употребление кортикостероидов, аспирина, НПВП, повторная рвота, после алкогольной интоксикации, наличие в анамнезе симптомов повышенной кровоточивости, контакт с профессиональными вредностями и др. Также в оперативном определении причины кровотечения может помочь осмотр пациента. Например, выявление синяков, петехий и других геморрагий на кожных покровах могут свидетельствовать о возможности наличия у пациента геморрагического диатеза, а выявление желтушности кожных покровов, телеангиоэктазий в сочетании с гепатоспленомегалией с асцитом позволяют заподозрить патологию гепатобилиарной системы и как возможный источник кровотечения варикозно расширенные вены пищевода.

Стратификация риска

Для первичной ориентировочной оценки степени тяжести острой кровопотери можно рассчитать шоковый индекс по методу Альговера – отношение частоты пульса в минуту к величине систолического артериального давления. В норме он равен 0,5. При его значении 1,0 существует дефицит объема циркулирующей крови 20-30%, при 1,5 – 50%, а при 2,0 – 70%. За рубежом для данных целей применяется 4-стадийная классификация геморрагического шока, которая помимо показателей ЧСС и АД учитывает показатели обмена креатина и ментального статуса. В США с целью раннего выявления гиповолемии используется ортостатическая проба. Позитивной она считается при уменьшении систолического артериального давления на 10 мм рт. ст. с одновременным увеличением ЧСС на 20 уд/мин при перемещении пациента из горизонтального положения в вертикальное. Проведение ортостатических проб крайне важно, так как в 15% случаев на ранних стадиях пациенты при осмотре не имеют значимых изменений в ЧСС и АД, что может ввести в заблуждение врача при оценке тяжести состояния во время первичного осмотра.

Помимо этого, за рубежом активно используется разделение пациентов на группы высокого и низкого риска в плане смертности и осложнений. На догоспитальном этапе используется презендоскопическая шкала Rockall, в которой учитываются данные гемодинамики для оценки риска повторного кровотечения и смерти. В последующем тяжесть кровотечения более целесообразно оценивать, учитывая одновременно данные анамнеза, объективного обследования больного и таких лабораторных показателей, как содержание гемоглобина и эритроцитов в периферической крови, гематокрит, дефицит объема циркулирующей крови и другие, что позволит определить врачебную тактику и необходимость неотложного оперативного вмешательства. В США после госпитализации подобную оценку проводят по шкале Blatchford, в которой дополнительно учитываются лабораторные показатели. По данной шкале, помимо оценки вероятной смертности пациента, уточняется возможный объем оперативных и эндоскопических вмешательств. При этом следует помнить, что на высоте кровотечения или в первые часы после его начала качественный состав крови меняется несущественно: отмечается только умеренный лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, иногда незначительно увеличивается количество тромбоцитов и повышается СОЭ.

Классификации степени тяжести острых ЖКК отличаются значительным разнообразием. На практике для определения тяжести кровотечения по клинико-лабораторным показателям в Украине наиболее часто применяют классификации В.Д. Братуся, А.И. Горбашко, А.А. Шалимова, согласно которым выделяют три степени кровотечения в зависимости от объема перенесенной кровопотери и общего состояния больного.

• Легкая – субъективные и объективные признаки острого малокровия отсутствуют или выражены незначительно,

дефицит ОЦК до 20%, гемоглобин не ниже 100 г/л, ЧСС до 90–100 в минуту, АД в норме.

- Средняя — отчетливые общие симптомы кровопотери, дефицит ОЦК от 20 до 29%, гемоглобин от 100 до 80 г/л, ЧСС до 120 в минуту, АД не ниже 80 мм рт. ст.

- Тяжелая — выраженные общие симптомы кровопотери вплоть до отсутствия сознания, состояние геморрагического коллапса, дефицит ОЦК 30% и более, гемоглобин меньше 80 г/л, ЧСС больше 120 в минуту, АД менее 80 мм рт. ст.

Важным показателем состояния больного при кровотечении является не только объем, но и темп кровопотери. Один и тот же объем кровопотери, в зависимости от времени его начала, будет по разному отражаться на состоянии больного. Кровотечение с быстрой кровопотерей сопровождается коллапсом, а медленная кровопотеря при том же объеме может и не сопровождаться симптоматикой. Выделяют медленную (до 100 мл/ч), замедленную (100–300 мл/ч) и быструю (более 300 мл/ч) кровопотерю.

Дополнительные методы обследования

Ведущим диагностическим методом при подозрении на ЖКК (как и для установления его локализации) является проведение эндоскопии, которая должна проводиться у всех пациентов. При кровотечениях из верхних отделов ЖКТ негативное эндоскопическое исследование требует проведения селективной целиакографии и мезентерикографии, а также спиральной компьютерной томографии с сосудистым контрастированием, хотя при скорости кровотечения менее 0,5 мл/мин оно будет неинформативно. При неинформативности последних в западных странах практикуется проведение эмболизации левой желудочной артерии при невозможности идентифицировать источник кровотечения. Это обусловлено в первую очередь тем, что в 85% именно эта артерия кровоснабжает кровотокающий сегмент верхних отделов ЖКТ. При кровотечениях из нижних отделов ЖКТ в Украине зачастую используется ректороманоскопия, а при ее неинформативности колоноскопия, компьютерная томография. В США тактика на первичном этапе схожа: назогастральный лаваж и цифровая ректороманоскопия. При неинформативности последних, в зависимости от тяжести кровопотери проводится компьютерная томография, колоноскопия и капсульная видеоэндоскопия — при легкой кровопотере, при умеренной — скintiграфия с Tc-99, при тяжелой — мезентериальная ангиография. В дальнейшем в зависимости от результата исследования могут дополнять друг друга, вплоть до интраоперационной эндоскопии. При невозможности выявить причину тяжелой кровопотери может проводиться трансартериальная мезентериальная эмболизация с целью контроля кровотечения, что позволяет выиграть время для поиска его источника.

Перед эндоскопическим исследованием рутинное промывание желудка нецелесообразно, поскольку может привести к рецидиву кровотечения. В США же данное положение не практикуется. Перед проведением эндоскопии пациентам может проводиться назогастральный лаваж с целью получения желудочного содержимого, верификации кровотечения и оценки прогноза. Причем при варикозно расширенных венах пищевода данная процедура не является противопоказанием.

Следует учитывать, что проведение эндоскопии под местной анестезией без премедикации сопровождается повышением артериального давления, что также может способствовать возобновлению кровотечения у больных с фиксированными спутками крови или крупных тромбированных сосудов вне язвы. Поэтому за 20–30 мин до манипуляции целесообразно провести соответствующую премедикацию.

С целью повышения информативности эндоскопического исследования в США используется однократно прокинетик эритромицин в дозировке 250 мг парентерально. При устойчивой гемодинамике следует проводить экстренное эндоскопическое исследование, так как эффективность исследования тем выше, чем раньше оно осуществляется (оптимально в течение первого часа после поступления в стационар). При тяжелых гастродуоденальных кровотечениях и нестабильном состоянии пациента (шок, кома, инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения, декомпенсация сердечной деятельности) следует временно воздержаться от проведения эндоскопии и начать консервативную терапию с целью коррекции и стабилизации гемодинамики.

Методы экстренной остановки ЖКК

Помимо возможности верифицировать источник кровотечения и его локализацию проведение эндоскопии позволяет провести остановку кровотечения с помощью эндоскопических методов гемостаза (аппликационные методы, тепловая терапия, эндоскопическая инъекционная терапия, механический гемостаз), а при остановившемся кровотечении и наличии стигм кровотечения (FPA, В по Форресту-Никишаеву) — эндоскопическую профилактику его рецидива; а также определить степень надежности гемостаза и спрогнозировать вероятность риска раннего рецидива кровотечения.

Максимальную эффективность (100%) в случае продолжающегося кровотечения имеют механические методы эндоскопического гемостаза (клипирование, лигирование), при этом частота рецидива не превышает 2%. Однако в ряде случаев их применение ограничено («неудобная» локализация язвы или плотная структура язвенного дефекта).

Термические методы (электрокоагуляция, аргонплазменная коагуляция, радиочастотная коагуляция, тепловой зонд) позволяют достичь гемостаза в 96,6–100% случаев, но вследствие достаточно глубокого некроза тканей увеличивается риск рецидива (частота рецидива составляет 4,3–12% в зависимости от вида стигм кровотечения). К сожалению, подобные методики в нашей стране широкого распространения пока не получили ввиду высокой стоимости оборудования.

Также высокосэффективной в случае продолжающегося кровотечения является эндоскопическая инъекционная терапия, а ее применение в сочетании с тепловой терапией или механическим гемостазом значительно снижает риск раннего рецидива кровотечения. В Украине подобная методика крайне редко используется. Одной из причин является малая неэффективность инъекционной монотерапии эпинефрином в сравнении с комбинацией эпинефрина и склерозантов (не зарегистрированы в Украине). Следует помнить, что аппликационные методы эндоскопического гемостаза у пациентов с активным кровотечением не могут быть рекомендованы к применению.

Дальнейшая тактика ведения пациентов

Повторные кровотечения

После проведения экстренной эндоскопии всех пациентов, в зависимости от общего состояния и устойчивости эндоскопического гемостаза, в соответствии с признаками эндоскопических стигм активности кровотечения, а также с учетом отягчающих факторов прогноза вероятности раннего рецидива кровотечения можно распределить на три группы.

I группа — пациенты с продолжающимся кровотечением (стигмы FIA, FIB, FIx). Этой категории больных после эндоскопического гемостаза, проводят восполнение ОЦК с помощью инфузии растворов и компонентов крови соответственно степени тяжести кровопотери, с последующей гемостатической терапией и эндоскопическим мониторингом. При необходимости проводят «специфическую» дополнительную терапию (например, противоязвенную).

При эффективном эндоскопическом гемостазе продолжают консервативную терапию.

При высоком риске раннего кровотечения при эндоскопическом мониторинге проводят повторное эндоскопическое вмешательство на язвенном дефекте для профилактики раннего кровотечения.

При неэффективном эндоскопическом гемостазе рассматривают вопрос об экстренной операции на высоте кровотечения. Структура проводимых операций на разных уровнях оказания медицинской помощи в Украине существенно отличается. Если в областных больницах и специализированных центрах предпочтение отдают органосохраняющим и органосохраняющим оперативным вмешательствам, то на уровне ЦРБ — резекционным оперативным вмешательствам. Например, в Украине среди оперативных вмешательств, проводимых при кровоточащих язвах двенадцатиперстной кишки на уровне ЦРБ, частота применения резекционных методов составляет до 60%. В то же время в условиях Киевского городского центра желудочно-кишечных кровотечений за последние 10 лет резекционные методы лечения при дуоденальной локализации кровоточащей язвы были применены только у 6,2% оперированных пациентов.

В случае противопоказаний к проведению операции в связи с высоким ее риском (тяжелая сопутствующая патология) необходимо проводить повторный эндоскопический гемостаз и пролонгированный эндоскопический мониторинг на фоне консервативной терапии.

При выявлении других осложнений язвенной болезни и показаний для операции ее проводят в отсроченном периоде.

II группа — пациенты со стигмами спонтанно остановившегося кровотечения, но нестабильным гемостазом (FIIA, FIIb, FIIC) — риск развития раннего рецидива кровотечения до 25%. В данной группе применяют эндоскопический гемостаз для профилактики раннего рецидива кровотечения. В остальном следуют лечебной тактике как описано для пациентов I группы.

III группа — пациенты со спонтанно остановившимся кровотечением (стигмы FIII) и отсутствием признаков кровотечения — невысокий риск развития раннего рецидива кровотечения (3–10%). Необходимость проведения эндоскопического или оперативного вмешательства для профилактики раннего рецидива кровотечения решается индивидуально. Проводят консервативную терапию.

Консервативная терапия

Среди консервативных методов лечения в первую очередь должна проводиться инфузионно-трансфузионная терапия, направленная на быстрое восполнение кровопотери, нормализацию реологических и коагуляционных свойств крови и коллоидноосмотического давления.

Для восполнения ОЦК и улучшения микроциркуляции — внутривенно реополиглюкин 400–1200 мл в сутки, белковые растворы (альбумин 80–100 мг), нативная или свежемороженая плазма и др.

Необходимо четко рассчитывать объемы инфузий, так как чрезмерное введение жидкости со значительным превышением дефицита циркулирующей крови может спровоцировать рецидив кровотечения.

При кровотечениях средней и тяжелой степени дополнительно вводят преднизолон до 30 мг в сутки внутривенно капельно. В Украине к внутривенному введению одноклассной крови, эритроцитарной массы прибегают в случаях требующих быстрой коррекции (например, при снижении уровня гемоглобина менее 80 г/л и гематокрита ниже 30%). Подобная тактика используется и за рубежом, но с определенными поправками. Замечено, что у пациентов с восстановленным уровнем гемоглобина 90–110 г/л наблюдаются более высокие показатели смертности и осложнений, чем у лиц, гемоглобин которых восстанавливался до границ 70–90 г/л, правда подобная тенденция не прослеживалась у больных циррозом печени класса C по шкале Child-Pugh.

Для воздействия на систему гемостаза применяют октреотид, этамзилат натрия 12,5% раствор 4–6 мл, внутривенно капельно тромбин, фибриноген 1–2 г в 250–500 мл изотонического раствора натрия хлорида, аминокaproновую кислоту, викасол. Следует помнить, что аминокaproновая кислота и препараты витамина K начинают действовать только через определенный промежуток времени.

Базовым является внутривенное введение октреотида внутривенно болюсно 50–100 мкг, потом по 50 мкг/ч внутривенно капельно до 3–5 суток. Применение октреотида позволяет контролировать кровотечение путем снижения кровотока в сосудах внутренних органов и снижения давления в воротной вене, уменьшения секреции соляной кислоты, повышения способности тромбоцитов к агрегации, повышения активности факторов защиты слизистой оболочки.

Следует помнить, что при кровотечении из язв верхних отделов ЖКТ важным условием достижения надежного гемостаза является поддержание pH желудочного сока на уровне более 6, что ингибирует разрушение фибрина соляной кислотой, обеспечивает нормальное свертывание крови в зоне язвенного дефекта и предохраняет сформировавшийся сгусток от лизиса и как следствие приводит к уменьшению геморрагических осложнений.

Для достижения вышеуказанного показано внутривенное введение ингибиторов протонной помпы (пантопразол, эзомепразол) до 80 мг болюсно с последующим переходом на капельную инфузию 8 мг/ч до 10 дней, далее — на таблетированные формы препаратов. Использование парентеральной формы ингибиторов протонной помпы до проведения первичной гастроскопии, по данным американских исследователей, снижает потребность в эндоскопической терапии. При противопоказаниях к применению ИПП их можно заменить введением фамотидина — до 160 мг в сутки, хотя последний показал меньшую эффективность при дуоденальных кровотечениях.

При кровотечении из варикозно расширенных вен пищевода следует помнить, что если нет возможности применить золотой стандарт лечения — эндоскопическое склерозирование вен пищевода, то хороший эффект дает внутривенное введение октреотида по 50 мкг/ч до 3–5 сут и так же возможно внутривенное капельное введение нитроглицерина 20–40 мг в 200 мл изотонического раствора натрия хлорида. А если и введение октреотида не способствует остановке кровотечения, можно применить баллонную тампонаду кровоточащих варикозно расширенных вен пищевода с использованием зонда Сентстакена-Блекмора, однако при этом будет высока вероятность рецидива кровотечения.

Заключение

В последнее десятилетие в Украине произошел переход в тактике ведения пациентов с ЖКК от активно-выжидательной (начало лечения с консервативных мероприятий и оперативное вмешательство только в случае невозможности остановки кровотечения или раннем рецидиве кровотечения) к активно-индивидуализированной. Это обусловлено тем, что активно-выжидательная тактика не позволяла обеспечить хорошие результаты лечения у больных с рецидивом кровотечения — летальность достигала 30%. А при активно-индивидуализированной тактике, выявлении пациентов с высоким риском раннего рецидива кровотечения, с последующим проведением соответствующих лечебных мероприятий (включая оперативное вмешательство) с целью предотвращения этого рецидива, а так же прогнозирование и профилактика ранних рецидивов кровотечений с помощью миниинвазивных методов эндоскопического гемостаза позволило рационально определить объем и способ оперативного лечения у больных с высоким риском раннего рецидива кровотечения.

Также следует помнить, что лечение необходимо продолжать даже после успешной остановки кровотечения, поэтому немаловажным фактором является сложная работа хирургов и гастроэнтерологов. Так, например, при кровотечении из хеликобактерассоциированной язвы необходимо проведение антихеликобактерной терапии и продолжение антисекреторной терапии до заживления язвенного дефекта, в противном случае риск рецидива кровотечения составляет до 30%. Но, к сожалению, эффективность диспансеризации в Украине продолжает оставаться крайне низкой.

Кроме того, подходы в диагностике и лечении пациентов с острым ЖКК в Украине и за рубежом схожи. Обращает на себя внимание более четкий подход к выявлению групп риска, более широкий выбор эндоскопических вмешательств в западных странах, позволяющие сократить время пребывания пациента в стационаре, уменьшить показатели осложнений и смертности.