## Медико-социальные аспекты язвенных кровотечений

В нашей стране проблема язвенных кровотечений имеет особую актуальность так как, несмотря на успехи консервативного лечения язвенной болезни (ЯБ), количество больных с этим осложнением не становится меньше, а напротив - увеличивается. Кровотечения из гастродуоденальных язв являются самым частым и опасным осложнением заболевания и основной причиной смерти данного контингента больных. Риск развития кровотечения на протяжении жизни больного ЯБ составляет не менее 15-25%. У 40% больных после первого эпизода кровотечения рано или поздно возникает повторное. В большинстве случаев кровотечения развиваются на фоне клинического обострения ЯБ, но у части больных - могут быть первым проявлением рецидива или дебюта язвообразования. Около 60-75% язвенных кровотечений приходятся на дуоденальную локализацию. Провоцирующими факторами могут являться прием алкоголя, физическая перегрузка, психо-эмоциональный стресс, гипертонический криз, прием препаратов с побочным ульцерогенным эффектом (нестероидных противовоспалительных препаратов - НПВП, кортикостероиды и др.), тупая травма живота, переедание.

В экономически развитых странах с кровотечениями из верхнего отдела пищеварительного тракта ежегодно госпитализируются около 100 человек на 100 тыс. населения. Более 60% этих кровотечений имеют язвенную этиологию. В России с язвенными кровотечениями в 1990 г. всего было пролечено около 29 тысяч больных, спустя 30 лет, в 2001 г. - уже более 66 тысяч. Причем послеоперационная летальность (при хирургической активности около 25%) не изменилась, составляя в среднем 13%. По данным многолетних когортных исследований, проведенных в Западных странах, летальность при язвенных кровотечениях за последние 30-50 лет остается стабильной и у тяжелых больных достигает 25-30% и более. В индустриальных странах основной контингент таких пациентов - лица пожилого и старческого возраста. Не менее 20-40% из них принимают НПВП или другие медикаменты с ульцерогенным эффектом по поводу ИБС, дегенеративных или ревматоидных заболеваний суставов, позвоночника. Все это подчеркивает высокую социальную значимость проблему язвенных кровотечений.

Хирургические методы лечения больных с кровоточащими гастро-дуоденальными язвами достаточно широко освещены в медицинской литературе. О динамике абсолютного числа и частоты неотложных операций при этом осложнении ЯБ в Гомельской области с 1980 г. и Беларуси за 1990-2005 гг. можно судить по данным, представленным в таблицах 1 и 2.

Таблица 1

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Гомельская область | |  | Гомельская область |  |
| ГОДЫ | Абс. число операций | Операций на 100 тыс. | ГОДЫ | Абс. число операций | Операций на 100 тыс. |
| 1980 | 78 | 4,8 | 1985 | 97 | 5,8 |
| 1981 | 88 | 5,4 | 1986 | 131 | 7,8 |
| 1982 | 94 | 5,7 | 1987 | 134 | 8,0 |
| 1983 | 99 | 6,0 | 1988 | 108 | 6,5 |
| 1984 | 86 | 5,2 | 1989 | 123 | 7,4 |

Таблица 2

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ГОДЫ | Гомельская область | | Республика Беларусь | |
|  | Абсолютное число операций | Частота опер. на 100 тыс. населения | Абсолютное число операций | Частота опер. на 100 тыс. населения |
| 1990 | 139 | 8,5 | 690 | 6,8 |
| 1991 | 109 | 6,8 | 768 | 7,5 |
| 1992 | 124 | 7,8 | 882 | 8,6 |
| 1993 | 135 | 8,5 | 980 | 9,6 |
| 1994 | 169 | 10,7 | 1054 | 10,3 |
| 1995 | 149 | 9,5 | 972 | 9,5 |
| 1996 | 179 | 11,5 | 1184 | 11,7 |
| 1997 | 183 | 11,8 | 1252 | 12,4 |
| 1998 | 214 | 13,8 | 1322 | 13,1 |
| 1999 | 226 | 14,6 | 1258 | 12,5 |
| 2000 | 230 | 15,0 | 1262 | 12,6 |
| 2001 | 230 | 15,0 | 1186 | 11,7 |
| 2002 | 176 | 11,6 | 1114 | 11,2 |
| 2003 | 188 | 12,4 | 1188 | 12,0 |
| 2004 | 174 | 11,6 | 1084 | 11,0 |
| 2005 | 182 | 12,2 | 1368 | 14,0 |



Рис.1 Динамика частоты неотложных операций на 100 тыс. населения в год при язвенных кровотечениях в Гомельской области за 1980-2004 гг.



Рис.2 Динамика частоты неотложных операций на 100 тыс. населения в год при язвенных кровотечениях в Беларуси за 1990-2004 гг.



Рис.3 Динамика частоты госпитализаций и операций у больных с язвенными кровотечениями на 100 тыс. населения Беларуси за 1990-2004 гг.



Рис.4 Суммарная частота и структура операций при язвенной болезни на 100 тыс. населения Беларуси за 1990-2004 гг.

До 1990 г сведения о количестве операций при кровоточащих язвах не входили в отчетные показатели Минздрава БССР. Гомельская область - единственный регион в РБ, по которому мы располагаем данными о хирургии язвенных кровотечений с 1980 г. Интерес этой информации в том, что на 80-е годы пришлась авария на Чернобыльской АЭС, и Гомельская область подверглась максимальному радиационному воздействию.

В 80-е годы в области выполнялось от 86 операций (в 1984 г) до 139 (в 1990 г), в среднем за декаду - 109,9+6,4 вмешательств в год. Следует подчеркнуть, что до 1986 г. число операций при язвенных кровотечениях никогда не превышало 100, а в 1986 и 1987 г. их было выполнено соответственно 131 и 134. В последующие годы было отмечено некоторое снижение числа операций. Частота неотложных вмешательств при язвенных кровотечениях за 80-е годы варьировала с 5,4 (1981 г) до 8,5 (1990 г), составив в среднем 6,6+0,4 на 100 тыс. населения. Таким образом, областной показатель был существенно меньше 10 операций на 100 тыс. населения в год.

90-е годы начались с величины в 109 операций с дальнейшим равномерным ростом до 230 в 2000 г. В среднем за 90-е годы выполнялось 171,8+13,5 операций в год. Ежегодная частота операций возрастала с 6,8 (1991 г) до 15,0 (2000 г), то есть увеличилась в 2,2 раза, составив в среднем 11,0+0,9 на 100 тыс. населения. В начале наступившего десятилетия число операций при кровотечениях в области несколько снизилось. Если в 2001 г. (как и в 2000 г) было выполнено 230 операций, то в 2002 г. - 176, в 2003 г. - 188 и в 2004 г. - 174 (в 2005 г. - 182). За указанные годы произошло уменьшение частоты операций при кровотечениях с 15,0 до 11,6 на 100 тыс. населения. При анализе хирургической активности в период снижения частоты операций оказалось, что оба показателя (частота операций и хирургическая активность) снизились параллельно. Количество же больных, госпитализируемых с язвенными кровотечениями после 2001 г., стабильно и приближается к 60 человек на 100 тыс. населения в год.

Наглядно динамика частоты неотложных операций при язвенных кровотечениях в области представлена на рис.1. С 1980 по 2001 г. отмечается относительно стабильный тренд к росту показателя с небольшим пологим пиком в 1986 и 1987 г.

За 80-е годы операции при кровотечениях в среднем составляли 14,4% от всех вмешательствах при ЯБ, за 90-е - 19,4%, а за 2000-2004 гг. - уже 23,2%.

Хирургическая активность при кровотечениях за первую половину 90-х годов составила 27,5%, за вторую - 26,5%, за 2000-2004 гг. - снизилась до 22,0%. Послеоперационная летальность при кровоточащих гастродуоденальных язвах за первую половину 90-х годов составила 9,1%, за вторую половину - 5,5%, за последние 5 лет анализируемого периода - 3,1%.

Таким образом, в Гомельской области с 1980 до 2001 гг. частота неотложных операций при кровоточащих гастродуоденальных язвах постепенно утроилась и достигла уровня в 15 вмешательств на 100 тыс. населения с тенденцией к снижению в последующие годы. После аварии на ЧАЭС отмечался 2-хлетний подъем частоты операций примерно на треть. Доля операций этого рода во всей противоязвенной хирургии выросла с 14,4% в 80-е годы до 23,2% в 2000-2004 гг. Средняя хирургическая активность при кровоточащих язвах с 27,5% (в первую половину 90-х годов) снизилась до 22,0% (за последние 5 лет анализируемого периода). Ежегодное количество пролеченных больных с язвенными кровотечениями возрастало вплоть до 2001 г и стабилизировалось в последующем на уровне 55-60 человек на 100 тыс. населения.

В БССР в 1990 г. по поводу язвенных кровотечений было оперировано 690 больных. Наибольшее число операций за 15-тилетний анализируемый период пришлось на 1998 г. - 1322 вмешательства или в 1,9 раза больше. За первую половину 90-х годов в среднем ежегодно подвергалось операции 874,8+63,7 больных, за вторую - 1197,6+25,7, а за последующие 5 лет - 1166,8+23,9 больных (в 2005 г. - 1368). Частота неотложных операций при кровотечениях за весь анализируемый период была в диапазоне 6,8-13,1 на 100 тыс. жителей в год. За первую половину 90-х годов этот показатель составил в среднем 8,6+0,6 операций в год, за вторую - 11,8+0,2 или на 37,2% больше, за последующие 5 лет он практически не изменился - 11,7+0,4 (p>0,05). На рис.2 представлена динамика частоты операций при язвенных кровотечениях в Беларуси. С 1990 г. до 1998 г. отмечается отчетливая тенденция к росту данного показателя, с 1998 г. - стабилизация с незначительной тенденцией к снижению. Однако оценить реальную динамику частоты этого осложнения ЯБ возможно только с учетом изменения хирургической активности при кровотечениях. Последний показатель за первую половину 90-х годов составлял в среднем 26,0%, за вторую - 25,7%, а за последующие 5 лет - снизился до 20,2%. После 2001 г. хирургическая активность при язвенных кровотечениях в среднем не превышает 20%. Хирургическая активность при кровотечениях снижалась за последние годы в РБ гораздо быстрее, чем частота операций. Это указывает на сохраняющуюся тенденцию к росту самих язвенных кровотечений. Так, если в 1999 г. в стационарах РБ всего было пролечено около 5,1 тысячи больных с язвенными кровотечениями, в 2000-2002 гг. - около 5,7 тысяч пациентов ежегодно, то в 2003 г. - уже около 6,0 тысяч. На рис.3 представлено соотношение общего числа больных, пролеченных в стационарах РБ с язвенными кровотечениями и оперированных по поводу этого осложнения ЯБ за анализируемый период. Как видно, имеется устойчивый, близкий двукратному, рост частоты язвенных кровотечений при относительной стабильности за последние годы количества операций. Сложно однозначно прогнозировать ситуацию с язвенными кровотечениями на ближайшее будущее. Однако с полной уверенностью можно утверждать, что оптимизм врачей терапевтов по поводу успехов в лечении больных ЯБ благодаря современным достижениям теоретической гастроэнтерологии и фармакологии в отечественных условиях явно преувеличен. Декларируемые гастроэнтерологами успехи скорее относятся к намерениям и возможностям, но пока не отражаются на частоте осложненных форм ЯБ. Частота неотложных операций при ЯБ у нас в среднем в 5 раз выше, чем в индустриальных странах.

В отличие от экономически развитых стран, количество неотложных операций при язвенных кровотечениях за 90-е годы в Беларуси в среднем было в 2,1 раза меньше, чем при перфоративных язвах. Доля операций по поводу кровотечений в суммарном количестве хирургических вмешательств при ЯБ за анализируемый период отчетливо возрастала. Так, если за 1990-1994 гг. она составляла менее пятой части (в среднем 18,3%), за 1995-1999 гг. - 22,0%, то за 2000-2004 гг. - уже почти четверть (24,3%). Удельный вес всех неотложных операций (при язвенных кровотечениях и прободениях) за те же годы поэтапно возрос: 57,1%.67,5% и 76,6%. Доля плановых операций при ЯБ заметно снижалась: 42,9%, 32,5% и только 23,4% за 2000-2004 годы (рис.4). При таких переменах излишне рассчитывать на снижение общей летальности при ЯБ в Беларуси.

Послеоперационная летальность при язвенных кровотечениях, по официальным отчетам, за первую половину 90-х годов составила 10,6%, за вторую - 5,8%, а за последние 5 лет только 3,7%. Причем выраженное снижение цифр летальности наблюдается повсеместно. По сравнению с первой половиной 90-х этот показатель уменьшился от 2,4 раз в Витебской области до 4,2 раз в Минске, в среднем по РБ - в 2,9 раза. При сохранении такой тенденции в ближайшем будущем летальность от язвенных кровотечений должна достичь нуля! По обсуждаемому показателю ситуация в РБ выглядит значительно благоприятнее, чем в России, Украине, странах Балтии, где цифры летальности составляют 10-15%, а у больных старше 60 лет - не менее 20%. По известной эмпирической формуле в среднем не удается спасти каждого десятого пациента, оперируемого при ЯБ по неотложным показаниям (при язвенных кровотечениях и прободениях). Демонстрируемое у нас "цифровое благополучие", извращая медицинское общественное мнение, ведет к замалчиванию остроты проблемы и тем самым отдаляет ее решение.

Многолетний анализ количества неотложных операций по поводу самого грозного осложнения ЯБ и числа пролеченных больных в Беларуси в целом и Гомельской области указывает на сохраняющуюся тенденцию к росту частоты язвенных кровотечений. При этом отмечается увеличение пропорции вмешательств при кровоточащих язвах в структуре суммарной хирургической активности при ЯБ.

Современная медицина повысила возможности врачей бороться с язвенными кровотечениями, но решение этой очень непростой задачи лежит в первую очередь в организационной сфере. Позитивным моментом является повсеместное снижение хирургической активности при данном осложнении ЯБ. Этого удалось достичь за счет повышения эффективности эндоскопического гемостаза, а также снижения риска повторных кровотечений в стационаре надежной блокадой желудочной секреции и предотвращением пептического лизиса тромботических масс в язве. С учетом того, что около 75% язвенных кровотечений имеют дуоденальную локализацию, более широкое применение органосохраняющих технологий вместо травматичных резекций желудка также может существенно снизить непосредственный риск неотложных операций.

Необходимо признать, что кризисный период, переживаемый "постсоветскими" странами, по объективным причинам обострил проблему ЯБ как социально зависимого заболевания. Количество операций, производимых в Беларуси при ЯБ по жизненным показаниям, сегодня в 1,5 и более раза превышает уровень "советских" времен и в 4-5 раз аналогичный показатель экономически развитых стран. Стремление слепо следовать "западным" стандартам по снижению плановой хирургической активности при ЯБ в наших условиях обернулось значительным повышением частоты неотложных операций, а следовательно - ростом общей летальности и инвалидности пациентов. Приоритетным направлением в решении проблемы ЯБ должна стать не огульная борьба с хеликобактерной инфекцией, к чему призывают отдельные гастроэнтерологи, не намерение искоренить саму болезнь, а предупреждение жизненно опасных осложнений ЯБ. Эта стратегическая цель достижима сочетанием современной консервативной терапии и превентивной плановой хирургии у потенциально угрожаемого контингента больных. Критерием эффективности организационных и лечебных мероприятий по решению данной проблемы будет стабильное снижение потребности в неотложных операциях при язвенных кровотечениях и прободениях.

## Принципы нехирургического гемостаза при язвенных кровотечениях

Учитывая то, что вынужденные операции на высоте кровотечения или при его рецидиве представляют максимальный непосредственный риск, становится ясной актуальность нехирургических методов гемостаза. Последние подразумевают комплекс различных мер, обеспечивающих остановку язвенного кровотечения и стабилизацию гемостаза. Спонтанный гемостаз развивается в среднем у 70% больных. У 5-10% пациентов кровотечение является профузным, им приемлем только хирургический гемостаз. Послеоперационная летальность у этих больных, как правило, не менее 20-25%. Отсюда вытекает необходимость минимизации экстренных вмешательств по поводу кровоточащих язв.

При острых язвенных кровотечениях первоначальным пособием, определяющим дальнейшую лечебную стратегию (оперативную или консервативную) является эндоскопия верхнего отдела пищеварительного тракта.

Задачи эндоскопии при кровотечении констатирующие и лечебные:

Подтвердить (опровергнуть) факт кровотечения

Определить локализацию кровотечения

Определить и оценить источник кровотечения

Установить является ли кровотечение продолжающимся (интенсивность?) или остановившимся (стабильность гемостаза?)

Эндоскопический гемостаз или его стабилизация

Эндоскопия у больного с кровотечением должна быть своевременной, информативной и эффективной.

Своевременность. Эндоскопическое исследование должно быть проведено в течение 2-х часов с момента госпитализации больного с подозрением на наличие кровотечения. Экстренная фиброгастродуоденоскопия (ФГДС) выполняется в оборудованном эндоскопическом кабинете, при необходимости - в операционной или отделении реанимации.

Информативность. Эндоскопический кабинет должен быть укомплектован эндоскопами с торцевой, боковой или косой оптикой, установкой для электрокоагуляции или другой аппаратурой для гемостаза и набором эндоскопических инструментов. Последний включает в себя эндокатетеры, эндоскопические иглы, эндоэлектроды, эндоклипсы. В кабинете также должны быть соответствующие препараты для инъекционного и аппликационного гемостаза (адреналин, лифузоль, капрофер и т.п.).

Для характеристики кровотечения и (или) определения риска его рецидива применяется классификация J. Forrest (1987):

Продолжающееся кровотечение (кровотечение в ходу)

F-1-a Струйное, пульсирующее, артериальное кровотечение

F-1-b Венозное, вялое, паренхиматозное кровотечение

Состоявшееся кровотечение (нестабильный гемостаз, высокий риск рецидива)

F-2-a Видимый тромбированный сосуд

F-2-b Фиксированный тромб или сгусток

F-2-c Геморрагическое пропитывание дна язвы

Состоявшееся кровотечение (стабильный гемостаз, низкий риск рецидива)

F-3 Чистое дно язвы, отсутствие визуальных вышеперечисленных признаков

Эффективность. При "кровотечении в ходу" или при высоком риске рецидива врач-эндоскопист должен применить все доступные способы эндоскопического гемостаза или его стабилизации. Как показывает практика, эффективность эндоскопического гемостаза кроме прочего зависит от основной специальности врача, выполняющего эндоскопию. Большего успеха достигают эндоскописты-хирурги.

Виды эндоскопического гемостаза:

Аппликационный. Область язвы орошается раствором адреналина, 5% аминокапроновой кислотой, нитратом серебра, колларголом, капрофером. Аппликация язвы проводится медицинскими пленкообразующими полимерами (лифузоль, гастрозоль, клей МК-6 (-7, - 8), клей МВ 4197 и др.).

Инъекционный. Язва обкалывается из 2-5 точек. Для этого используется 70% спирт, раствор адреналина, 3% тромбовар и др.

Коагуляционный. Электрокоагуляция производится моно - или биполярными электродами от периферии язвы к центру. При использовании аргоноплазменной коагуляции поток плазмы направляется на источник кровотечения.

Фотокоагуляционный. На кровоточащую язву воздействует сфокусированный поток лазерного излучения.

Криокоагуляция. Проводится криоэлектрокоагулятором. По зонду через биопсийный канал прицельно распыляется хлодагент (френон), имеющий температуру - 30 С.

Клипирование. С помощью эндоклипатора производят наложение клипсы на кровоточащий сосуд в язве.

Комбинированные способы. При этом сочетают различные виды эндоскопического гемостаза.

При нестабильном гемостазе через 6-12 часов проводится контрольное эндоскопическое исследование, при необходимости - повторный гемостаз и решается вопрос о дальнейшей лечебной стратегии (продолжение консервативной терапии или срочное хирургическое лечение).

Считаем уместным напомнить основные механизмы спонтанного гемостаза при язвенных кровотечениях, к ним относятся:

Тромбирование кровоточащего сосуда (тромбообразование в язве)

Спазм периферического сосудистого русла (централизация кровообращения)

Гипотония

После достижения спонтанного гемостаза, при отсутствии должной его стабилизации у 20-30% больных может возникнуть рецидив кровотечения.

Основные причины рецидива кровотечения:

## Коагулопатия как следствие массивной кровопотери

Пептический лизис тромботических масс и дальнейшее прогрессирование изъязвления

Повышение АД (чрезмерная инфузионная терапия, излишняя двигательная активность больного)

Методы нехирургического гемостаза, не нарушая его спонтанных механизмов, должны обеспечивать достижение устойчивой остановки кровотечения местным воздействием на язвенный дефект, кровоточащий сосуд, общим воздействием на организм больного.

Местные воздействия подразумевают прежде всего эндоскопические методы гемостаза, которые должны осуществляться в ближайшее время от поступления больного. В практике областного здравоохранения наиболее широкое применение получили следующие методы: аппликационный, инъекционный, электрокоагуляционный, фотокоагуляционый и комбинированный (сочетание электрокоагуляции и аппликации язвы копрофером или пленкообразующими составами; инъекционного и аппликационного методов; инъекционного метода и фото - или электрокоагуляции).

Фармакологический гемостаз включает коррекцию гиповолемических нарушений. Кровопотерю тяжелой степени (более 25-30% ОЦК) следует рассматривать как коагулопатию потребления, включая в инфузионную программу трансфузию свежезамороженной плазмы. При выраженной постгеморрагической анемии (Hb < 80 г / л) производится гемокоррекция эритроцитарной массой. У пациентов молодого и среднего возраста без выраженной соматической патологии инфузионная программа должна обеспечивать режим управляемой гипотонии как один из существенных механизмов гемостаза.

Важнейшими условиями стабилизации гемостаза являются применение антисекреторных препаратов, блокаторов протеаз и фибринолиза. Для первой задачи целесообразно применение инъекционных форм блокаторов Н-2 гистаминовых рецепторов (Н-2ГБ) или ингибиторов протоновой помпы (ИПП). Наибольшее распространение в Беларуси и в частности в Гомельской области для этих целей получил препарат фамотидина для внутривенного введения Квамател (А.О. "Гедеон Рихтер", Венгрия). По сравнению с другими Н-2ГБ Квамател обладает наилучшим профилем безопасности, не влияет на концентрацию других препаратов, что особенно важно у критических больных, выгодно отличается от ИПП по соотношению "цена / эффективность". Препарат вводится болюсно или капельно по 20 мг через 12 часов в течение не менее 3-5 суток после остановки кровотечения. Важнейшим эффектом препарата является длительное (не менее 12 часов) поддержание пристеночного и внутрижелудочного pH > 4,0. При такой среде пепсиноген не трансформируется в пепсин и не происходит протеолиз. В последний день внутривенного введения начинают прием таблетированных форм антисекреторных препаратов.

В качестве блокатора протеаз применяется внутривенное введение овомина (контрикала, гордокса или аналогов) и 5% раствор аминокапроновой кислоты в течение 3 суток с момента госпитализации. Для уменьшения проницаемости сосудистой стенки, активизации образования протромбина и трансформации его в тромбин назначают этамзилат натрия (дицинон), викасол, препараты кальция в течение первых 3-5 суток. Со второго дня госпитализации при отсутствии угрозы рецидива кровотечения (после контрольной гастроскопии) больному назначается щадящий стол по типу диеты Мейленграхта. В течение 3 суток больному необходимо обеспечить постельный режим. Традиционно рекомендуемый холод на живот применять не целесообразно, так как последний не позволяет охладить заинтересованный орган (желудок или двенадцатиперстную кишку), а вызывая общее переохлаждение, способствует нарушению механизмов тромбообразования.

Вопрос дальнейшей лечебной стратегии должен решаться в индивидуальном порядке на основе анализа клинического варианта ЯБ (тяжесть течения заболевания, ранее перенесенные осложнения, сопутствующие "ульцерогенные" заболевания), медицинской активности больного (обращаемость к специалисту, варианты предшествующей терапии, наличие дополнительных факторов риска: курение, злоупотребление алкоголем, хронические стрессы, бытовая и семейная неустроенность), общесоматического статуса пациента (наличие и степень выраженности сопутствующей патологии), а также - возможности оказания плановой специализированной медицинской помощи в данном лечебном учреждении (при целесообразности хирургического лечения - выполнение как правило органосохраняющей операции в случае дуоденальной язвы, резецирующей операции при язве желудка). При отсутствии такой возможности необходимо перевести больного в соответствующий хирургический стационар.

При целесообразности курса антихеликобактерной противоязвенной терапии его проведение следует запланировать в амбулаторном порядке со строгим соблюдением соответствующего протокола.

Каждый больной, перенесший кровотечение язвенной этиологии, в последующем требует диспансерного наблюдения.

Данным изданием авторы стремились подчеркнуть не снижающуюся актуальность проблемы язвенных кровотечений, на цифрах продемонстрировать ее реальное состояние, напомнить принципиальные подходы к эндоскопическому и общему гемостазу. С сожалением следует констатировать, что на сегодня обсуждаемая проблема обстоит острее, чем она была 10 и 20 лет назад. Причины этого неоднозначны. К ним можно отнести и недостаточное понимание врачами социальной обусловленности самой ЯБ, повышенное внимание второстепенным аспектам проблемы (спекулятивный интерес к "хеликобактериозу"), неадекватное снижение плановой хирургии ЯБ, дефицит эпидемиологических исследований по проблеме, отсутствие заинтересованного сотрудничества терапевтов и хирургов, реклама симптоматических средств самолечения и т.д. Изменить ситуацию к лучшему можно только совместными усилиями врачей разного профиля, помня о том, что "невозможно решить проблему плесени, без решения проблемы сырости".