

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ЯЗВЕННЫМИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ ИЗ БОЛЬШИХ И ГИГАНТСКИХ ЯЗВ В НИИ СП ИМ. И.И. ДЖАНЕЛИДЗЕ

© Демко А.Е.^{1,2}, Вербицкий В.Г.^{1,2}, Парфёнов А.О.^{1,2}, Лыонг Ш.Т.²

¹ Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи имени И.И. Джанелидзе (СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе)

Россия, 192242, г. Санкт-Петербург, ул. Будапештская, д. 3, лит. А

² Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова (ВМедА им. С.М. Кирова)

Россия, 194044, г. Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 6Ж

Цель – провести анализ результатов лечения пациентов с язвенными гастродуоденальными кровотечениями (ЯГДК) из больших и гигантских хронических язв для уточнения тактики хирургического лечения данной категории больных.

Материалы и методы. Проведено исследование результатов лечения 140 пациентов с ЯГДК из 518 больных, находившихся на стационарном лечении в НИИ СП им. И.И. Джанелидзе в 2018-2021 гг. Основными задачами исследования больных с ЯГДК являлись: клиническая оценка состояния пациента, установление источника кровотечения, определение степени тяжести кровопотери и риска рецидива. Стратификацию риска рецидива кровотечения и неблагоприятного исхода оценивали по шкале Т.А. Rockall (1996). В исследование вошли пациенты пожилого возраста (средний возраст составил 66,8±7,3 года) с высокой коморбидностью (Индекс коморбидности Charlson 2 6,8±2,3) и кровопотерей более 30% объема циркулирующей крови.

Результаты. Показатель общей летальности в группе исследуемых (n=140) составил 15,1%. Среди пациентов с тяжелой и крайне тяжелой степенью кровопотери он оказался значительно выше – 20,8%. Рецидив кровотечения после ТАЭ отмечен в 13,3% наблюдений, после оперативного лечения – в 3,3% случаев и в 20% наблюдений у пациентов, которым проводилась консервативная терапия.

Заключение. Несмотря на изменившуюся парадигму оказания помощи пациентам с ЯГДК в сторону консервативной терапии по данным литературы, согласно полученным данным, мы пришли к выводу, что в группе пациентов с большими и гигантскими язвами эффективность эндоскопического гемостаза снижается за счет размеров язвенного дефекта, коморбидного фона. Об этом свидетельствует высокая доля пациентов с рецидивом кровотечения после эндоскопического гемостаза. Следовательно, для данной группы пациентов необходимо придерживаться определенных алгоритмов, которые основываются на оценке рисков рецидива кровотечения и индивидуального подхода к выбору тактики лечения на основании тяжести состояния пациента, с соблюдением принципа: лечить не болезнь, а больного.

Ключевые слова: язвенные гастродуоденальные кровотечения; трансартериальная эмболизация; шкала Rockall; пилоропластика; ваготомия; резекция желудка.

Демко Андрей Евгеньевич – д-р мед. наук, профессор, зам. директора по научной работе, СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе, г. Санкт-Петербург; зав. 2 кафедрой (хирургии усовершенствования врачей), ВМедА им. С.М. Кирова, г. Санкт-Петербург. ORCID iD: 0000-0002-5606-288X.

Вербицкий Владимир Георгиевич – д-р мед. наук, профессор 2 кафедры (хирургии усовершенствования врачей), ВМедА им. С.М. Кирова, г. Санкт-Петербург; ученый секретарь, СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе, г. Санкт-Петербург. ORCID iD: 0000-0001-6969-7270. E-mail: verbitsky1961@mail.ru

Парфёнов Антон Олегович – канд. мед. наук, доцент 2 кафедры (хирургии усовершенствования врачей), ВМедА им. С.М. Кирова, г. Санкт-Петербург; врач-хирург, СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе, г. Санкт-Петербург. ORCID iD: 0000-0002-1192-4087. E-mail: parfenov_anton@mail.ru (автор, ответственный за переписку)

Лыонг Шон Тунг – адъюнкт 2 кафедры (хирургии усовершенствования врачей), ВМедА им. С.М. Кирова, г. Санкт-Петербург. E-mail: sontung48a@gmail.com

По данным литературы, наиболее распространенным осложнением язвенной болезни на сегодняшний день является кровотечение, при этом ежегодная частота язвенных гастродуоденальных кровотечений (ЯГДК) в общей популяции колеблется от 19,4 до 57,0 случаев на 100000 человек [1]. Данная тенденция может быть связана с широким применением препаратов ацетилсалициловой кислоты (АСК) и нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), а также с увеличением числа по-

жилых людей. Исторически сложилось так, что для лечения ЯГДК первоочередным являлось хирургическое вмешательство, и в литературе представлено множество различных подходов, некоторые из которых используются до сих пор. Показатель послеоперационной летальности при ЯГДК, по данным литературы, составляет от 8 до 33% [2].

Внедрение ингибиторов протонной помпы, а также создание и совершенствование эффективных эндоскопических методик значительно

изменили подход к лечению ЯГДК, сменив парадигму лечения с хирургического на консервативный подход. Несмотря на это тактика лечения в группе пациентов с большими язвенными дефектами (более 2,0 см в диаметре) и высокой коморбидностью при неэффективности эндоскопического гемостаза или высоком риске рецидива после лечебной эндоскопии представляет реальную клиническую дилемму: показано хирургическое вмешательство, ТАЭ или выбор консервативного метода лечения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проведено исследование результатов лечения 140 пациентов с ЯГДК из больших и гигантских язв, находившихся на стационарном лечении в НИИ СП им. И.И. Джанелидзе в 2017-2021 гг. Учитывая данные эндоскопического исследования, выполненного пациентам при поступлении, во всех наблюдениях размер язвенного дефекта был более 2,0 см (Нацио-

нальные клинические рекомендации по диагностике и лечению «Язвенная болезнь», 2024) [3]. Характеристика пациентов представлена в таблице 1. Соотношение мужчин и женщин составило, соответственно, 1,97:1 (93:47). Средний возраст составил 66,8±7,3 года, большинство больных имели значительное число сопутствующих заболеваний, индекс коморбидности Charlson – 6,8±2,3. Тяжесть состояния по шкале APACHE II составляла: у 40 (28,6%) пациентов – 26 и более баллов, а у 100 (71,4%) пациентов – 20-25 баллов. Согласно классификации Американского общества анестезиологов (ASA) 50 (35,7%) больных имели тяжелые системные заболевания IV-V степени и высокий риск радикального хирургического вмешательства. Следует отметить, что если у большинства больных с кровоточащей язвой желудка (78%) основной жалобой был гематомезис в виде рвоты неизменной кровью или «кофейной гущи», то при дуоденальной локализации больших или гигантских язв основной (74%) жалобой было наличие мелены.

Таблица 1

Table 1

Характеристика пациентов
Characteristics of patients

Критерии Criteria	n=140
Средний возраст Average age	66,8±7,3
Пол, м/ж, n Gender	93/47
Индекс коморбидности Charlson2 Charlson2 Comorbidity Index	6,8±2,3
Язвенный анамнез Peptic ulcer anamnesis	44 (32%)
Пациенты «группы риска операции» ASA Patients at "risk of surgery" ASA	50 (35,7%)
Факторы риска, n(%) Risk factors, n(%)	
Нет факторов риска No risk factors	11 (7,8%)
Антикоагулянтная терапия Anticoagulant therapy	30 (21,4 %)
НПВС NSAIDs	20 (14,3%)
H. pylori	36 (25,7%)
Курение Smoking	54 (38,5%)
Злоупотребление алкоголем Alcohol abuse	30 (21,4%)
Кортикостероиды Corticosteroids	10 (7,1%)

Клинические данные Clinical data	
Систолическое АД (мм.рт.ст.) ² Systolic blood pressure (mmHg) ²	109±18,2
ЧСС ² Heart rate ²	93±11,4
Шок, n (%) ³ Shock, n (%) ³	14 (18,9%)
Вазопрессорная поддержка, n Vasopressor support, n	2
Гемоглобин (г/л) ² Hemoglobin (g/l) ²	67±26,3
Тромбоциты (10 ⁹ /л) ² Platelets (10 ⁹ /l) ²	194±104,9
Протромбиновая активность плазмы по Квику (%) ² Plasma prothrombin activity by Quick (%) ²	63±32,3
Результаты первичной ВГДС Results of primary EGD	
Язва желудка Gastric ulcer	67 (47,9%)
Язва ДПК Duodenal ulcer	73 (52,1%)
Forrest I A	27 (19%)
Forrest I B	30 (21%)
Forrest II A	34 (24%)
Forrest II B	18 (13%)
Forrest II C	31 (22%)

«Язвенный» анамнез имели 44 (32%) поступивших больных, страдающих ЯГДК, при этом у 28 (64%) пациентов длительность его превышала 5 лет. Ранее перенесли язвенное кровотечение пятеро больных. По данным эндоскопического исследования в 14 (10%) наблюдениях локализация язвенного дефекта была в кардиальном отделе желудка, у 41 (29%) больного – в теле желудка, в области антрального и пилорического отделов язва выявлена у 12 (9%) больных, а в 73 (52%) случаях отмечена дуоденальная локализация. Распределение больных с язвой ДПК в зависимости от размера язвы было следующим: 2,0-2,5 см у 44 (60%) больных, у 29 (40%) пациентов размер дуоденальной язвы превышал 2,5 см, при этом в 21 наблюдении язвенный дефект занимал более 2 стенок ДПК с признаками вторичной деформации и стеноза ее просвета, из них в 14 (70%) случаях были клинические проявления компенсированного или субкомпенсированного стеноза в виде рвоты застойным желудочным содержимым на догоспитальном этапе. В 7 случаях признаки стенозирования просвета ДПК были установлены при эндоскопическом исследовании. В 9 (12,3%) наблюдениях отмечена залуковичная локализация язв ДПК. У пациентов с локализацией язвенного дефекта в желудке распределение в зависимости от размера язвы выглядело следующим образом: 2,0-2,5 см у 39 (58%) больных, 2,5-3,0 см у 19 (28%) пациентов и в 9 (14%) наблюдениях более 3,0 см.

Характеристика источника кровотечения по классификации J.A. Forrest (1974) составила: Forrest I A, B-57 (41%) наблюдений, Forrest II A,B – 62 (44%) больных и у 21 (15%) пациента Forrest II C.

Статистическую обработку данных выполняли с использованием пакета Statistica 6.0. Количественные показатели представлены в виде медианы и интерквартильного размаха – Me [Q25; Q75]. Качественные переменные описывали с указанием абсолютных значений и долей (%). Для сравнения категориальных данных применяли критерий χ^2 Пирсона. При ожидаемом количестве наблюдений в одной из ячеек таблицы сопряженности менее 10, но более

5 использовали χ^2 Пирсона с поправкой Йетса. При ожидаемом числе наблюдений менее 5 применяли двусторонний точный критерий Фишера. Для анализа количественных показателей независимых выборок использовали методы непараметрической статистики: критерий Манна-Уитни – для сравнения двух групп, критерий Крускала-Уоллиса – для трех и более групп. Статистически значимыми считали различия при уровне $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

77 (55%) пациентов поступили в стационар с тяжелой и крайне тяжелой кровопотерей, средняя степень кровопотери была у 42 (30%) больных, легкая – в 21 (15%) случае (табл. 2).

Стратификация риска рецидива кровотечения и неблагоприятного исхода, оцененная по шкале Rockall, среди пациентов, вошедших в исследование, представлена в табл. 3. Минимальный риск рецидива (0-2 балла) имел место только у 7 (5%) больных, средний – (3-5 баллов) у 29 (21%) пациентов и в 104 (74%) наблюдениях – высокий риск рецидива кровотечения (6-8 баллов).

Всем 140 пациентам в течение первых двух часов пребывания в стационаре было выполнено эндоскопическое исследование. Эффективным эндоскопический гемостаз оказался у 126 (90%) больных. В 14 (12%) случаях первичный лечебный эндоскопический гемостаз был неэффективен. У 30 (21,4%) пациентов эндоскопический гемостаз был дополнен выполнением ТАЭ. Всем остальным 126 (105 – лечебная эндоскопия, 21 – диагностическая) больным после эндоскопии проводили консервативную терапию. Следует отметить, что у пациентов с гемостазом Forrest II C рецидива кровотечения не было. Рецидив кровотечения наступил у 56 (40%) пациентов после лечебной эндоскопии. Структура рецидивов кровотечения по шкале Rockall представлена в табл. 4.

Таблица 2

Table 2

Распределение больных в зависимости от тяжести кровопотери

Distribution of patients depending on the severity of blood loss

Локализация <i>Locatization</i>	Легкая <i>Mild</i>	Средняя <i>Moderate</i>	Тяжелая <i>Severe</i>	p-value
ДПК <i>Duodenum</i>	10	17	46(60%)	0.041
Желудок <i>Stomach</i>	11	25	31(40%)	0.041
Всего <i>Total</i>	21	42	77	-

Таблица 3

Table 3

Распределение пациентов в зависимости от риска рецидива кровотечения по шкале Rockall
и локализации язвы

Distribution of patients depending on the risk of recurrence of bleeding on the Rockall scale and ulcer location

Локализация Locatization	Низкий Low (0-2 баллов/points)	Средний Moderate (3-5 баллов/points)	Высокий High (6-8 баллов/points)	p-value
ДПК Duodenum	3	15 (52%)	55 (53%)	0,91
Желудок Stomach	4	14 (48%)	49 (47%)	0,91
Всего Total	7	29	104	-

Примечание: Rockall 3-5 баллов: средний риск кровотечения <25%, летальность <11%; 6-8 баллов: высокий риск кровотечения — до 42%, летальность до 41%.

Note: Rockall 3-5 points: average bleeding risk <25%, mortality <11%; 6-8 points: high risk of bleeding — up to 42%, mortality up to 41%.

Таблица 4

Table 4

Структура рецидивов ЯГДК по шкале Rockall

The structure of recurrence of UGDB on the Rockall scale

Локализация язв Locatization of ulcers	Число рецидивов, n=56 Number of recurrence	Rockall (3-5)	Rockall (6-8)	p-value
ДПК Duodenum	37(66%)	16 (43%)	21 (57%)	0,71
Луковица bulb	34	15 (44%)	19 (56%)	
Залуковичный отдел postbulbar part	3	1	2	
Желудок Stomach	19 (34%)	7 (12,1%)	12 (23%)	0,71
Кардиальный отдел Cardia	1	1		
Тело желудка Body	15	3	12	
Антральный отдел Antrum	3	3		
Итого Total	56	23	33	-

Как видно из таблицы 4, чаще рецидив кровотечения наступал среди пациентов с локализацией язвенного дефекта по задней стенке луковицы ДПК и малой кривизне желудка. При этом при поступлении в стационар у этих больных были наиболее высокими показатели риска рецидива по шкале Rockall. Обращает на себя внимание, что у 26 больных после эндоскопического гемостаза и ТАЭ не наблюдалось повторного кровотечения, несмотря на высокий риск рецидива при поступлении.

Показатель общей летальности в группе исследуемых (n-140) составил 15,1%. Среди паци-

ентов с тяжелой и крайне тяжелой степенью кровопотери он оказался значительно выше — 20,8% (табл. 5).

Следует отметить, что наличие тяжелой конкурирующей патологии даже среди пациентов с легкой (4,8%) и средней (9,5%) степенью кровопотери объясняет относительно высокую общую летальность в данных группах. Так, у 2 пациентов с кровопотерей средней степени тяжести имело место прогрессирование злокачественных заболеваний, у двух других причиной летального исхода стал острый инфаркт миокарда на фоне декомпенсации ХИБС.

Таблица 5

Table 5

Результаты лечения язвенных кровотечений различной степени тяжести кровопотери

The results of treatment of ulcerative bleeding of varying severity of blood loss

Степень тяжести кровопотери <i>Severity of blood loss</i>	Всего Total		p-value
	абс. кол-во <i>Absolute quantity</i>	летальность, % <i>Lethality, %</i>	
Легкая <i>Mild</i>	21/1*	4,8	0,094
Средняя <i>Moderate</i>	42/4	9,5	0,094
Тяжелая <i>Severe</i>	77/16	20,8	0,094
Всего Total	140/21	15,1	-

Примечание: * – в числителе – количество больных, в знаменателе – умерших.

Note: * – the numerator is the number of patients, and the denominator is the number of deaths.

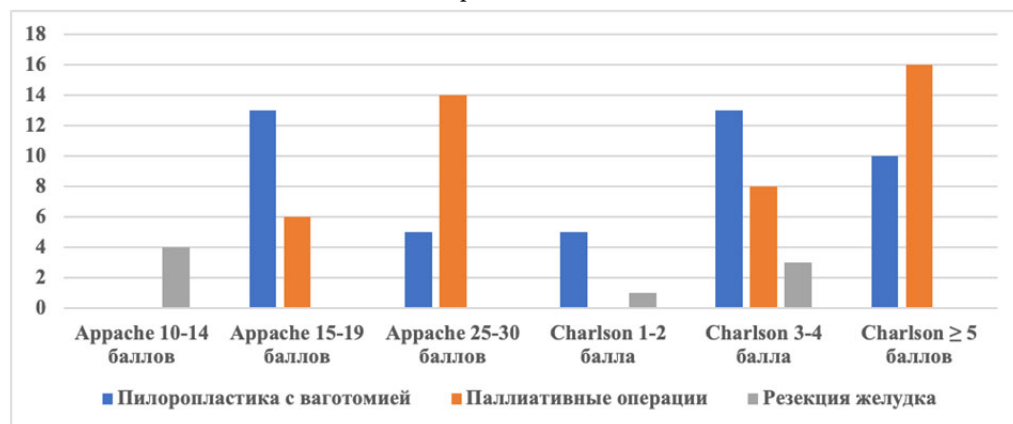


Рис. 1. Структура пациентов по шкале Apache-II, индекса коморбидности Charlson среди пациентов с рецидивом кровотечения в стационаре (n=56).

Fig. 1. The structure of patients on the Apache-II scale, the Charlson comorbidity index among patients with recurrent bleeding in the hospital (n=56).

Оперативное вмешательство выполнено 90 (64,2%) пациентам. Структура пациентов по шкале АРАСНЕ II и индексу коморбидности Charlson представлена на рис. 1.

Наиболее тяжелой по шкале АРАСНЕ II и индексу коморбидности Charlson были пациенты, которым выполняли паллиативные оперативные вмешательства, тогда как среди больных, которым выполняли резекцию желудка, данные показатели были наименьшими.

14 (15,5%) пациентов прооперированы в первые 2 часа от момента поступления в связи с неэффективностью эндоскопического гемостаза. Обращает на себя внимание, что во всех наблюдениях неэффективный эндоскопический гемостаз был среди пациентов с дуоденальной локализацией источника геморрагии. Паллиативная операция выполнена 8 пациентам, 4 больных умерли, остальным 6 больным проведена поддиафрагмальная стволовая ваготомия с дренирующей желудок операцией. В 3 случаях

(24,4%) выявлен рецидив кровотечения, во всех наблюдениях больным выполнялась паллиативная операция.

56 (62,2%) пациентов были прооперированы в связи с рецидивом кровотечения в стационаре.

Наибольшее число рецидивов кровотечения в стационаре было среди пациентов с дуоденальной локализацией язвенного дефекта, доля таких больных составила 39 (70%) наблюдений. Обращает на себя внимание, что 2/3 операций (n=70), выполненных пациентам с большими и гигантскими хроническими язвами, производились по поводу рецидива кровотечения и неэффективности первичного эндоскопического гемостаза. При этом у 70% этих пациентов риск рецидива и неблагоприятного исхода по шкале Rockall при поступлении оказался крайне высоким.

Необходимо отметить, что 20 (22,2%) больных были прооперированы после эффективного эндоскопического гемостаза. Пациентам данной

группы выполнялось оперативное вмешательство вне рецидива кровотечения, больные не имели гемодинамических нарушений, перед операцией была компенсирована постгеморрагическая анемия.

По объему операций пациенты распределились следующим образом: 6 (30%) больным была выполнена резекция желудка и остальным 14 (70%) пациентам – поддиафрагмальная стволовая ваготомия с дренирующей желудок операцией. Осложнений и неблагоприятных исходов не было.

50 (35,7%) пациентам проводилась консервативная терапия, стоит отметить, что данные больные имели тяжелые системные заболевания IV-V степени и высокий риск радикального хирургического вмешательства. Показатель общей летальности у них составил 14 (28%) наблюдений, что в 3 раза превышал таковой у больных, не входящих в данную категорию (28 и 8,6% соответственно). У 45,3% пациентов данной группы при поступлении отмечалась кровопотеря тяжелой степени. В 8 случаях (16%) отмечен рецидив кровотечения, произведен повторный эндоскопический гемостаз. Однако у всех этих пациентов наступил повторный рецидив ЖКК, по поводу чего были выполнены традиционные вмешательства. По локализации язвенного дефекта пациенты с рецидивом кровотечения распределились следующим образом: у 3 пациентов – по малой кривизне желудка, у 1 – на передней стенке луковицы ДПК. В 3 наблюдениях при рецидиве кровотечения после ТАЭ выполнены гастротомия, прошивание язвы. Ваготомия с дренирующей желудок операцией выполнена 1 пациенту с рецидивом кровотечения из язвы ДПК. Объем оперативного вмешательства был обусловлен тяжестью состояния пациентов. Летальный исход отмечен в 1 наблюдении из 4 оперированных пациентов с рецидивом после ТАЭ. Пациенту выполнялась паллиативная операция в объеме гастротомии с прошиванием язвы. Причиной летального исхода послужила полиорганная недостаточность. В остальных 4 наблюдениях рецидив кровотечения развился у пациентов, которым проводилась консервативная терапия. В 2 наблюдениях у пациентов с локализацией язвенного дефекта в антральном отделе желудка выполнялся эндоскопический гемостаз. В остальных 2 наблюдениях пациентам с локализацией язвенного дефекта по задней стенке луковицы ДПК повторный эндоскопический гемостаз был неэффективным, в связи с чем пациенты были прооперированы: выполнялись дуоденотомия, прошивание язвы. Выбор объема оперативного вмешательства был обусловлен тяжестью состояния пациентов. Среди пациентов, которым проводилась консервативная терапия, в 4 (20%) случа-

ях был рецидив кровотечения. В 2 наблюдениях у больных с локализацией язвенного дефекта в антральном отделе желудка выполнялся эндоскопический гемостаз. В остальных 2 наблюдениях пациентам с локализацией язвенного дефекта по задней стенке луковицы ДПК повторный эндоскопический гемостаз был неэффективным, в связи с чем пациенты были прооперированы: выполнялись дуоденотомия, прошивание язвы. Выбор объема оперативного вмешательства был обусловлен тяжестью состояния пациентов. Летальные исходы были в 7 (35%) случаях. Высокая общая летальность среди пациентов объясняется наличием у них тяжелых конкурирующих заболеваний, повлиявших на неблагоприятный исход в большей степени, чем кровопотеря.

Таким образом, в результате проведенного исследования можно отметить, что среди больных с ЯГДК наиболее сложную для определения тактики лечения группу составляют пациенты с большими и гигантскими гастродуоденальными язвами, особенно с локализацией их в ДПК. Они характеризуются наибольшими показателями общей и послеоперационной летальности, которые достигают максимальных значений у больных «группы риска операции». В 45% наблюдений у пациентов этой группы тяжесть кровопотери составила >30% ОЦК, в 16% наблюдений был рецидив кровотечения после первичной лечебной эндоскопии, при поступлении риск рецидива кровотечения в 57% был высоким (6-8 баллов по шкале Rockall). В связи с чем необходимо при поступлении пациента с ЯГДК в первую очередь проводить стратификацию по тяжести сопутствующей патологии, оценку риска рецидива кровотечения и неблагоприятного исхода с применением балльных систем и шкал [4]. Это позволит определить дальнейшую маршрутизацию пациента и выбрать тактику лечения. В настоящее время эндоскопический гемостаз является «золотым стандартом» в лечении пациентов с ЯГДК. Тем не менее стоит отметить, что при больших размерах язвенного дефекта и при дуоденальной локализации источника геморрагии полноценный эндоскопический гемостаз не всегда возможен.

Данные нашего исследования показывают достаточно хорошие результаты применения ТАЭ у такой категории больных. По нашему мнению, применение ТАЭ возможно в качестве альтернативы паллиативной операции либо как один из этапов гемостаза перед выполнением радикального оперативного вмешательства. Таким образом, несмотря на изменившуюся парадигму оказания помощи пациентам с ЯГДК в сторону консервативной терапии по данным литературы, согласно полученным нами дан-

ным, в группе пациентов с большими и гигантскими язвами эффективность эндоскопического гемостаза снижается за счет размеров язвенного дефекта, коморбидного фона. Об этом свидетельствует высокая доля пациентов с рецидивом кровотечения после эндоскопического гемостаза. Следовательно, для данной группы пациентов необходимо придерживаться определенных алгоритмов, которые основываются на оценке рисков рецидива кровотечения и индивидуального подхода к выбору тактики лечения на основании тяжести состояния пациента, с соблюдением принципа: лечить не болезнь, а больного.

Полученные результаты согласуются с данными литературы, где показатель летальности после ТАЭ составляет от 3% до 29% и 14-39,4% после оперативного лечения. Частота рецидива кровотечения составляет при ТАЭ 9-46,6% и 12,5-20% после оперативного лечения [5-8]. По данным национального аудита экстренной лапаротомии Великобритании (NELA) от 2018-2020 г. показатель послеоперационной летальности в группе больных с ЯГДК составлял: в 2017 г. – 17,8%, в 2018 г. – 22,9%, в 2019 г. – 20,3% [9].

СООТВЕТСТВИЕ ПРИНЦИПАМ ЭТИКИ

Настоящее исследование проводилось в строгом соответствии с международными стандартами надлежащей клинической практики (GCP) и этическими принципами Хельсинкской декларации.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

ИСТОЧНИКИ ФИНАНСИРОВАНИЯ

Авторы заявляют об отсутствии финансирования.

ЛИЧНЫЙ ВКЛАД АВТОРОВ

Демко А.Е. – проведение исследования, анализ данных, написание черновика, пересмотр и редактирование рукописи; Вербицкий В.Г. – определение концепции, проведение исследования, написание черновика, пересмотр и редактирование рукописи; Парфёнов А.О. – проведение исследования, анализ данных, написание черновика; Льюнг Ш.Т. – написание черновика, редактирование рукописи.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Ревিশвили А.Ш., Оловянный В.Е., Сажин В.П., Кузнецов А.В., Шелина Н.В., Овечкин А.И. *Хирургическая помощь в Российской Федерации*. Москва, 2023. 186 с. [Revishvili A.Sh., Olovyannyy V.E., Sazhin V.P., Kuznetsov A.V., Shelina N.V., Ovechkin A.I. *Surgical care in the Russian Federation*. Moscow, 2023. 186 p. (in Russ.)]. EDN: DTZCQK
2. Tarasconi A., Baiocchi G.L., Pattonieri V., Perrone G., Abongwa H.K., Molfino S., Portolani N., Sartelli M., et al. Transcatheter arterial embolization versus surgery for refractory non-variceal upper gastrointestinal bleeding: a meta-analysis. *World J Emerg Surg*. 2019;14:3. DOI: 10.1186/s13017-019-0223-8.
3. Российское общество хирургов, Ассоциация гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ. Клинические рекомендации. *Клинические рекомендации по лечению кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка*. 2014. [Russian Society of Surgeons, Hepato-Pancreato-Biliary Association of Commonwealth of Independent States. Clinical guidelines. *Clinical guidelines for the management of bleeding from esophageal and gastric varices*. 2014. (in Russ.)].
4. Мануковский В.А., Демко А.Е., Вербицкий В.Г. *Острые хирургические заболевания органов брюшной полости: Протоколы диагностики и лечения*. Санкт-Петербург: Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе, 2023. 50 с. [Manukovskiy V.A., Demko A.E., Verbitskiy V.G. *Acute surgical diseases of the abdominal cavity: Diagnostic and treatment protocols*. Saint-Petersburg: Saint Petersburg I.I. Dzhanelidze Research Institute of Emergency Medicine, 2023. 50 p. (in Russ.)].
5. Переходов С.Н., Карпун Н.А., Сницарь А.В., Зелен Д.А., Варфаломеев С.И., Мартынцов А.А., Матков И.В., Панкратов А.А. Опыт применения эндоваскулярной эмболизации для профилактики рецидива кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта. *Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова*. 2023;(1):30-38. [Perekhodov S.N., Karpun N.A., Snitsar' A.V., Zelenin D.A., Varfalomeyev S.I., Martyntsov A.A., Matkov I.V., Pankratov A.A. Endovascular embolization for prevention of recurrent bleeding from the upper gastrointestinal tract. *Pirogov Russian Journal of Surgery*. 2023;(1):30-38 (in Russ.)]. DOI: 10.17116/hirurgia202301130. EDN: HFBJIU.
6. Chevallier P., Bretagnol F., Monnier-Cholley L. Emergency embolization for nonvariceal upper gastrointestinal bleeding: results and predictive factors of early rebleeding. *Diagnostic and Interventional Imaging*. 2020;101(6):377-383.
7. Yu Q., Liu C., Collura B., Navuluri R., Patel M., Yu Z., Ahmed O. Prophylactic transcatheter arterial embolization for high-risk ulcers following endoscopic hemostasis: a meta-analysis. *World J Emerg Surg*. 2021;16(1):29. DOI: 10.1186/s13017-021-00371-2.
8. Laursen S.B., Oakland K., Laine L., Bieber V., Marmo R., Redondo-Cerezo E., Dalton H.R., Ngu J., et al. ABC score: a new risk score that accurately predicts mortality in acute upper and lower gastrointestinal bleeding: an international multicentre study. *Gut*. 2021;70(4):707-716. DOI: 10.1136/gutjnl-2019-320002.
9. *Seventh Patient Report of the National Emergency Laparotomy Audit December 2019 to November 2020*. URL: <https://www.nela.org.uk/Seventh-Patient-Report>.

Поступила в редакцию 06.09.2025

Подписана в печать 25.04.2026

Для цитирования: Демко А.Е., Вербицкий В.Г., Парфёнов А.О., Льюнг Ш.Т. Анализ результатов лечения пациентов с язвенными гастродуоденальными кровотечениями из больших и гигантских язв в НИИ СП им. И.И. Джанелидзе. *Человек и его здоровье*. 2026;29(1):4-11. DOI: 10.21626/vestnik/2026-1/01. EDN: BAAVYP.

ANALYSIS OF THE RESULTS OF TREATMENT FOR PATIENTS WITH ULCERATIVE GASTRODUODENAL BLEEDING FROM LARGE AND GIANT ULCERS AT THE SAINT-PETERSBURG I.I. DZHANELIDZE RESEARCH INSTITUTE OF EMERGENCY MEDICINE

© Demko A.E.^{1,2}, Verbitskiy V.G.^{1,2}, Parfenov A.O.^{1,2}, Lyong Sh.T.²

¹ Saint-Petersburg I.I. Dzhanelidze Research Institute of Emergency Medicine (I.I. Dzhanelidze RIEM)

3, lit. A, Budapest Str., St. Petersburg, 192242, Russian Federation

² S.M. Kirov Military Medical Academy (S.M. Kirov MMA)

6J, Ac. Lebedev Str., St. Petersburg, 194044, Russian Federation

Objective – to analyze the results of treatment for patients with ulcerative gastroduodenal bleeding (UGDB) from large and giant chronic ulcers to clarify the tactics of surgical treatment of this category of patients.

Materials and methods. A study was conducted on the treatment results of 140 patients with UGDB out of 518 patients who were inpatient treatment at the Saint-Petersburg I. I. Dzhanelidze Research Institute of Emergency Medicine in 2018-2021. The main objectives of the examination of patients with UGDB were: clinical assessment of the patient's condition, identification of the source of bleeding, determination of the severity of blood loss and the risk of recurrence. The risk stratification of recurrent bleeding and adverse outcome was assessed according to the T.A. Rockall scale (1996). The study included elderly patients (average age was 66.8±7.3 years) with high comorbidity (Charlson2 comorbidity index 6.8±2.3) and blood loss of more than 30% of the circulating blood volume.

Results. The overall mortality rate in the study group (n-140) was 15.1%. Among patients with severe and extremely severe blood loss, it was significantly higher - 20.8%. Recurrence of bleeding after TAE was noted in 13.3% of cases, after surgical treatment in 3.3% of cases and in 20% of cases in patients undergoing conservative therapy.

Conclusion. Despite the changed paradigm of care for patients with UGDB towards conservative therapy, according to the literature, according to the data obtained, we came to the conclusion that in the group of patients with large and giant ulcers, the effectiveness of endoscopic hemostasis is reduced due to the size of the ulcerative defect and the comorbid background. This is evidenced by the high proportion of patients with recurrent bleeding after endoscopic hemostasis. Therefore, for this group of patients, it is necessary to adhere to certain algorithms that are based on assessing the risks of recurrent bleeding and an individual approach to choosing treatment tactics based on the severity of the patient's condition, while respecting the principle: treat not the disease, but the patient.

Keywords: ulcerative gastroduodenal bleeding; transarterial embolization; Rockall scale; pyloroplasty; vagotomy; gastric resection.

Demko Andrey E. – Dr. Sci. (Med.), Professor, Deputy Director of Scientific Work, I.I. Dzhanelidze RIEM, St. Petersburg, Russian Federation; Head of the 2nd Department (Surgery for Advanced Medical Training), S.M. Kirov MMA, St. Petersburg, Russian Federation. ORCID iD: 0000-0002-5606-288X.

Verbitskiy Vladimir G. – Dr. Sci. (Med.), Professor of the 2nd Department (Surgery for Advanced Medical Training), S.M. Kirov MMA, St. Petersburg, Russian Federation; Scientific Secretary, I.I. Dzhanelidze RIEM, St. Petersburg, Russian Federation. ORCID iD: 0000-0001-6969-7270. E-mail: verbitskiy1961@mail.ru

Parfenov Anton O. – Cand. Sci. (Med.), Associate Professor of the 2nd Department (Advanced Medical Surgery), S.M. Kirov MMA, St. Petersburg, Russian Federation; Surgeon, I.I. Dzhanelidze RIEM, St. Petersburg, Russian Federation. ORCID iD: 0000-0002-1192-4087. E-mail: parfenov_anton@mail.ru (the author responsible for the correspondence)

Luong Shon Tung – Adjunct of the 2nd Department (Advanced Medical Surgery), S.M. Kirov MMA, St. Petersburg, Russian Federation. E-mail: sontung48a@gmail.com

COMPLIANCE WITH PRICIPLES OF ETHICS

The present study was conducted in strict accordance with the International Standards of Good Clinical Practice (GCP) and the ethical principles of the Helsinki Declaration.

CONFLICT OF INTEREST

The authors declare no conflict of interest.

SOURCE OF FINANCING

The authors declare no source of financing.

AUTHORS CONTRIBUTION

Demko A.E. – conducting research, data analysis, writing a draft, revision and editing of the manuscript; Verbitskiy V.G. - defining the concept, conducting research, writing a draft, revision and editing of the manuscript; Parfenov A.O. – conducting research, data analysis, writing a draft; Lyong Sh.T. – writing a draft, editing the manuscript.

Received 06.09.2025

Accepted 25.04.2026

For citation: Demko A.E., Verbitskiy V.G., Parfenov A.O., Lyong Sh.T. Analysis of the results of treatment for patients with ulcerative gastroduodenal bleeding from large and giant ulcers at the Saint Petersburg I.I. Dzhanelidze Research Institute of Emergency Medicine. *Humans and their health*. 2026;29(1):4–11. DOI: 10.21626/vestnik/2026-1/01. EDN: BAAVYP.