

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ В НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИИ В СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОМ ГОРОДСКОМ ЦЕНТРЕ



О. И. Дубровицк, Г. Г. Мармыш, И. С. Довнар, М. И. Милешко

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

Введение. Гастродуоденальные кровотечения (ГДК) – одна из наиболее актуальных проблем неотложной абдоминальной хирургии. В последнее время в связи с повсеместным внедрением в клиническую хирургическую практику высокотехнологичных диагностических методик увеличилась частота выявления кровотечений язвенного генеза, которые в прежние времена практически не диагностировались. Диагностический и лечебный алгоритмы при ГДК язвенной и неязвенной этиологии определены достаточно четко, но проблема остается актуальной в связи с тем, что количество пациентов с острыми ГДК не имеет тенденции к снижению, остается дискуссионной тактика лечения кровотечений в неотложной хирургии.

Цель. Оценить результаты лечения ГДК язвенного и неязвенного генеза в неотложной хирургии, применяющиеся в специализированном городском центре гастродуоденальных кровотечений.

Материал и методы. Представлен опыт оказания неотложной помощи и лечения 1061 пациенту с ГДК в специализированном центре.

Результаты. Всем пациентам при госпитализации выполнена ФГДС, диагностировано кровотечение язвенного генеза у 809 (76,2%), неязвенные кровотечения у 252 (23,8%) пациентов. Из язв желудка кровотечение выявлено у 227 (30,3%), из язв двенадцатиперстной кишки – у 582 (69,7%) пациентов. При продолжающемся кровотечении во время ФГДС выполнен эндогемостаз. Лечение основывалось на общепринятом комплексе консервативной терапии согласно клиническим протоколам ведения пациентов при ГДК.

Выводы. Анализ результатов лечения пациентов, госпитализированных в городской центр ГДК, показал, что эндогемостаз на современном этапе эффективен у 98,4% при язвенных кровотечениях, у пациентов с неязвенными кровотечениями – у 96,0%.

Ключевые слова: гастродуоденальные кровотечения, эндоскопический гемостаз, рецидив кровотечения, оперативное лечение.

Для цитирования: Современные подходы к лечению гастродуоденальных кровотечений в неотложной хирургии в специализированном городском центре / О. И. Дубровицк, Г. Г. Мармыш, И. С. Довнар, М. И. Милешко // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. 2022. Т. 20, № 2. С. 209-214. <https://doi.org/10.25298/2221-8785-2022-20-2-209-214>.

Введение

Проблема язвенных гастродуоденальных кровотечений (ГДК) остается одной из самых значимых и актуальных в ургентной хирургии. Оснащение поликлинического звена и стационаров современным эндоскопическим оборудованием, расширение арсенала противоязвенных медикаментозных средств улучшило диагностические возможности по выявлению эрозивно-язвенных поражений желудка и 12-перстной кишки, повысило эффективность противоязвенной терапии, однако существенно не повлияло на частоту геморрагических осложнений и уровень летальности, которая составляет при кровотечениях 10-15%, а при рецидиве геморрагии достигает 20-45% [1, 3, 4].

Применение современных эндоскопических технологий позволяет не только осуществлять визуальную оценку источника кровотечения и прогнозировать риск рецидива геморрагии, но и дает возможность осуществить гемостаз даже при активном артериальном кровотечении, что существенным образом снижает частоту выполнения хирургических вмешательств на высоте кровотечения [2-4].

Анализ причин летальных исходов в группах пациентов с язвенными ГДК показывает, что одно из перспективных направлений улучшения результатов среди данного контингента паци-

ентов – совершенствование способов эндоскопического гемостаза и профилактика рецидива активных геморрагий [5, 6].

В распоряжении клиницистов в настоящее время имеется широкий перечень методик эндоскопического гемостаза, разных по физическому характеру, эффективности и безопасности. Широкое применение в лечении пациентов с кровоточащей язвой нашли термические, инъекционные, механические и комбинированные методы гемостаза. Однако, несмотря на значительный арсенал способов эндоскопического гемостаза и современную фармакотерапию, направленную на подавление желудочной секреции, образование и стабилизацию тромба в сосудах язвы, результаты лечения язвенных ГДК далеки от желаемых. Рецидивы язвенных кровотечений после первичного эндоскопического гемостаза встречаются в 10-30% случаев [1, 4].

К причинам развития неязвенных ГДК относят: увеличение числа медикаментозных эрозивно-язвенных гастритов, рост числа пациентов с ишемическими, стрессовыми и гормональными острыми язвами на фоне прогрессирования тяжелой патологии сердца и лёгких, хроническим алкоголизмом, панкреатитом и циррозом печени с блокадой воротной и селезёночной вен и варикозным расширением вен пищевода и желудка [2, 5].

Частота рецидивов кровотечений в данной категории пациентов даже после успешно выполненного эндоскопического гемостаза достигает 10-55%. Для 30-90% пациентов характерно бессимптомное течение эрозивных поражений слизистой желудка и 12-перстной кишки, у 46-58% отсутствует типичная клиника кровотечения, у 25-42% пациентов преобладает симптоматика интеркуррентных заболеваний [1, 2]. Остается сложной проблемой и тактика ведения пациентов с ГДК неязвенной этиологии. Несмотря на совершенствование способов лечения данной патологии, в том числе и применение эндоскопических методов гемостаза, уровень летальности в этой группе пациентов остается высоким и составляет 10-30% [3]. Сложность определения хирургической тактики для достижения надежного гемостаза и профилактики рецидива кровотечения заключается в том, что в настоящее время известно более сотни заболеваний, являющихся причиной ГДК, требующих индивидуального подхода их коррекции.

Причины неудовлетворительных результатов кроются в отсутствии четких показаний в выборе метода эндоскопического гемостаза в каждом конкретном случае, которые должны зависеть от локализации язвы, вида и степени интенсивности кровотечения, тяжести состояния пациента. Клиницисты единодушны в том, что улучшение результатов неоперативного лечения язвенных ГДК в полной мере зависит от решения важнейшей проблемы – стабильности гемостаза.

Таким образом, возникает необходимость дальнейшего изучения эффективности применяемых методов эндоскопических вмешательств, которые позволяют осуществлять гемостаз и профилактику рецидивов язвенных кровотечений.

Благодаря работам отечественных хирургических школ в лечении острых ГДК в неотложной хирургии наметились успехи. За это время изучены многие вопросы, имеются многочисленные разработки, улучшены результаты лечения таких пациентов. Тем не менее, эта проблема остается сложной и во многом далеко не решенной, более того, в современных условиях данная патология стала приобретать особую остроту.

Вопросы лечебной тактики при ГДК, несмотря на внедрение в клиническую практику новых хирургических, эффективных эндоскопических и медикаментозных методов лечения, по-прежнему остаются одной из наиболее активно обсуждаемых проблем в современной неотложной хирургии. Совершенствование оказания медицинской помощи (ранняя и доступная диагностика, увеличение количества лекарственных препаратов антисекреторной и эрадикационной направленности, диспансеризация населения) снизило заболеваемость. В Республике Беларусь каждый седьмой взрослый житель страдает той или иной патологией. Чаще всего регистрируются гастриты, дуодениты, язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, желчнокаменная болезнь и болезни поджелудочной железы. Трудности в подходах к лечению определяются и тем, что многие эти болезни сочетаются между собой.

Оснащение поликлинического звена и стационаров современным эндоскопическим оборудованием, расширение арсенала противоязвенных медикаментозных средств улучшило диагностические возможности по выявлению эрозивно-язвенных поражений желудка и 12-перстной кишки, повысило эффективность противоязвенной терапии, однако существенно не повлияло на частоту геморрагических осложнений и уровень летальности, которая составляет при кровотечениях 10-15%, а при рецидиве геморрагии достигает 20-45%.

Известно, что ГДК, являясь одной из наиболее актуальных проблем неотложной абдоминальной хирургии, составляет две приблизительно равные группы: язвенные и неязвенные кровотечения. В последние годы отмечается существенное увеличение частоты неязвенных кровотечений. Диагностика и лечение неязвенных ГДК в настоящее время – одна из трудных и сложных проблем в неотложной хирургии [1, 4].

Анализ причин летальных исходов в группах пациентов с ГДК показывает, что одно из перспективных направлений улучшения результатов среди данного контингента пациентов – совершенствование способов эндоскопического гемостаза и профилактики рецидива активных геморрагий.

Успехи эндоскопических методов диагностики и лечения желудочно-кишечных кровотечений неоспоримы. Известно, что срочное эндоскопическое исследование – самый эффективный метод выявления источника кровотечения, оценки его характера, степени тяжести, критериев риска рецидива, а также позволяет определить возможность эндоскопического гемостаза и выполнить его у пациентов при продолжающемся кровотечении или при наличии нестабильного гемостаза.

Применение разных способов эндоскопического гемостаза позволяет у 80-98% пациентов остановить ГДК и предупредить его рецидив в 70-80% наблюдений [3]. В настоящее время эндоскопический гемостаз проводится разными по своей эффективности, надежности и безопасности методами. При рецидиве успешная попытка повторного эндоскопического гемостаза составляет 25-50%, однако 27-45% пациентов с рецидивом кровотечения нуждаются в хирургическом лечении. На сегодняшний день очевидно, что дальнейший рост оперативной активности у пациентов с ГДК не позволяет существенно улучшить результаты лечения [4].

Все имеющиеся системы прогноза рецидива кровотечения в значительной степени связаны с качеством проводимой терапии. Применение современных эндоскопических методов остановки кровотечения, своевременно начатая противоязвенная терапия с использованием антисекреторных препаратов нового поколения, быстрое и адекватное восполнение объема циркулирующей крови в большинстве случаев предотвращает рецидив кровотечения (независимо от степени вероятности развития).

По данным литературы [3], самые распространенные методы эндогемостаза – аппликационный и инъекционный – малоэффективны как при остановке высокоинтенсивных кровотечений, так и для профилактики рецидива [6]. Высокотехнологичные методы – клипирование, лигирование – достаточно трудоемки и требуют высокой квалификации эндоскописта. Термические и электрохирургические [4] методы сопровождаются высоким риском перфорации 12 ПК и/или желудка. Аргонплазменная коагуляция предотвращает перфорацию стенки 12 ПК и желудка за счет снижения глубины воздействия энергии, однако зачастую незначительная глубина воздействия не позволяет добиться адекватного гемостаза. В связи с этим, несмотря на существование многочисленных методов гемостаза, результаты лечения ГДК на сегодняшний день далеки от желаемых.

Отсутствие четких данных о наиболее приемлемой комбинации способов эндогемостаза в лечении острых ГДК диктует необходимость данного исследования.

Цель – оценить и сравнить эффективность методов эндоскопического гемостаза у пациентов с гастродуоденальными кровотечениями язвенной и неязвенной этиологии.

Материал и методы

С целью изучения клинической эффективности разных способов эндоскопического гемостаза при острых ГДК нами проанализированы результаты лечения пациентов (1061 чел.), госпитализированных в городской специализированный центр по неотложным показаниям на базе УЗ «ГКБ № 4 г. Гродно» с 2019 г. по 2021 г. Пациенты были в возрасте 18-94 года (в среднем $52,4 \pm 16,2$ года), мужчин – 736 (69,4%), женщин – 325 (30,6%).

Всем пациентам выполнена ФГДС для диагностики источника кровотечения и определения тактики.

Кровотечения язвенного генеза диагностированы у 809 (76,2%) пациентов:

- у 582 (69,7%) – из язв 12-перстной кишки;
- у 227 (30,3%) – из желудка.

Кровотечения неязвенной этиологии диагностированы у 252 (23,8%) пациентов:

- у 82 (32,5 %) причина геморрагий – синдром Мэллори-Вейсса;
- у 81 (32,1%) – варикозное расширение вен пищевода и желудка;
- у 56 (22,2%) – эрозивно-геморрагический гастрит;
- у 16 (6,4%) – синдром Дъелафуа;
- у 16 (6,3%) – из распадающихся опухолей желудка;
- в 1 (0,4%) случае кровотечение из эрозий слизистой пищевода.

В реанимационное отделение госпитализированы 243 пациента, из них 196 – с язвенными кровотечениями, 47 – неязвенного генеза. 818 пациентов госпитализированы в хирургический стационар.

Результаты и обсуждение

По тяжести кровопотери (Стручков В. И., Луцевич Э. В.) пациенты распределились: кровопотеря I степени – у 52% пациентов, II степень – у 33%, III степень – у 11% и IV ст. – у 4%. Сроки госпитализации в центр ГДК от начала кровотечения – до 6 часов – 18,5% пациентов, от 7-24 часов – 34,3% и позднее 24 часов – 47,2%. При госпитализации всем пациентам назначалось комплексное консервативное лечение согласно клиническому протоколу, включающее гемостатическую, антисекреторную, инфузионную и антихеликобактерную терапию. Лечебная тактика определялась прежде всего результатами экстренного эндоскопического исследования, объемом кровопотери и степенью тяжести состояния пациентов. При этом с целью уменьшения риска рецидива кровотечения пациентам парентерально вводили ингибиторы протонной помпы (омепразол) в дозировке 80-120 мг в сутки. Наличие у пациентов признаков кровопотери тяжелой степени служило основанием для проведения интенсивной терапии в условиях реанимационного отделения. Экстренная ФГДС выполнена у 1061 пациента. Продолжающееся кровотечение установлено у 940 (88,6%) пациентов, из них язвенной этиологии – у 688 (73,2%), неязвенного генеза – у 252 (26,8%). Эндоскопический гемостаз при язвенных ГДК осуществлен у 677 (98,4%) пациентов. У 11 (1,6%) пациентов с высокой интенсивностью язвенного кровотечения (Forest 1a) эндогемостаз был безуспешен, и они прооперированы. Выполнены следующие оперативные вмешательства: резекция желудка по Гофмейстеру-Финстереру (2), клиновидная резекция желудка (3), иссечение кровоточащей язвы с дуоденопластикой по Джуду (2), пилоропластикой по Гейнеке-Микуличу (2) в сочетании с ваготомией, прошивание кровоточащего сосуда в дне пенетрирующей язвы задней стенки 12-перстной кишки с пилоропластикой по Финнею и стволовой ваготомией (2). Умер один пациент.

При продолжающемся кровотечении выбор способа эндоскопического гемостаза зависел от интенсивности и вида кровотечения (артериальное, венозное, капиллярное), локализации и морфологических измерений в язвенном дефекте (острая или хроническая язва, состояние краев и дна язвы, пенетрация). Основным методом эндоскопического гемостаза при активном кровотечении в клинике являлся комбинированный эндогемостаз; включающий сочетание инъекционного гемостаза с термокоагуляционным или механическим. Методика инъекционного эндогемостаза представляла собой введение глюкозо-адреналиновой смеси в соотношении 10:1 в объеме 1-2 мл этоксисклерола (3%), этилового спирта (96%) в четырех точках вокруг кровоточащей зоны в области язвенного дефекта.

Эндоклипирование в комбинации с инъекционным гемостазом выполнено у 314 (46,3%) пациентов с продолжающимся кровотечением. Эта методика наиболее часто используется в нашей клинике при кровоточащих сосудах более 2 мм в диаметре. Однако этот эффективный ме-

тод имеет свои недостатки из-за ограничения сгибания аппарата, что снижает возможность использования клипс при геморрагии из язв кардиального отдела, малой кривизны желудка, задней стенки луковицы 12ПК.

Клипирование в моноварианте проведено у 162 (23,9%), инъекционный гемостаз в сочетании с монополярной коагуляцией у 81 (12,0%), аргоноплазменная коагуляция и инъекционный гемостаз – у 120 (17,8%) пациентов.

Основные преимущества метода аргоноплазменной коагуляции:

1. Проникновение аргоновой плазмы вглубь ткани не превышает 3 мм, что снижает риск перфорации полых органов.

2. Отсутствует эффект карбонизации, что ускоряет репаративные процессы в язвенном дефекте.

Недостаток аргоноплазменной коагуляции – низкая эффективность данного метода при попытке коагуляции кровоточащих сосудов диаметром более 2 мм.

Рецидив язвенного кровотечения развился у 69 (10,1%) пациентов, при этом у 41 (59,4%) рецидив кровотечения возник после ранее выполненного инъекционного гемостаза с монополярной коагуляцией.

Основные факторы, существенно повышающие риск развития рецидива кровотечения – большой размер язвы (>2 см в диаметре), пожилой возраст пациентов, локализация язвы на задней стенке 12ПК и ее пенетрация в поджелудочную железу, язвы кардиального и субкардиального отделов желудка.

Всем пациентам с рецидивом кровотечения выполнен повторный комбинированный эндогемостаз, который был неэффективным у 9 (13,0%) пациентов, что потребовало выполнения срочных хирургических вмешательств. Выполнены следующие виды операций: иссечение кровоточащей язвы с дуоденопластикой по Джаду (2), пилоропластика по Финнею с прошиванием кровоточащего сосуда в язве задней стенки 12-перстной кишки, пенетрирующей в головку поджелудочной железы (2), резекция 2/3 желудка по Гофмейстеру-Финстереру (3), клиновидная резекция желудка (2).

Послеоперационная летальность за анализируемый период составила 5%.

При кровотечении из варикозно-расширенных вен (ВРВ) пищевода и желудка кроме препаратов, купирующих портальную гипертензию (β -блокаторы, нитраты), всем пациентам применяли баллонную тампонаду кровоточащих ВРВ с помощью зонда Сенгстакена-Блекмора и инъекционный паравазальный эндогемостаз адреналин-новокаиновой смесью, этоксисклеролом при продолжающемся кровотечении. Из 81 пациента с кровотечением из ВРВ пищевода и желудка консервативная терапия была эффективна у 75 (92,6%) и стала окончательным методом гемостаза. У 6 (7,4%) пациентов наступил рецидив кровотечения из ВРВ пищевода и желудка, потребовавший у 2 пациентов выполнения оперативных вмешательств – гастротомии с прошива-

нием ВРВ кардиального отдела желудка. У 4 пациентов с рецидивом геморрагии эффективность гемостаза была достигнута повторным инъекционным гемостазом в сочетании с баллонной тампонадой зондом Сенгстакена-Блекмора.

В группе пациентов с ВРВ пищевода и желудка умерли 2 человека. Общая летальность при данной патологии составила 2,5%.

В группе пациентов (171 чел.) с синдромом Маллори-Вейсса эрозивно-геморрагическим гастритом, распадающейся опухолью желудка, синдромом Дъелафуа, эрозией слизистой пищевода при продолжающемся кровотечении выполнены аргоно-плазменная коагуляция и инъекционный гемостаз у 63 (36,8%) пациентов, клипирование с инъекционным гемостазом – у 72 (42,1%), монополярная коагуляция с инъекционным гемостазом – у 15 (8,8%), у 7 (4,1%) пациентов – инъекционный гемостаз. Эндогемостаз в сочетании с медикаментозной терапией позволил добиться остановки кровотечения у 167 (97,7%) пациентов, у 4 (2,3%) из них с синдромом Маллори-Вейсса эндогемостаз был неэффективным из-за глубоких разрывов слизистой в области кардии с переходом на пищевод. Им выполнено экстренное оперативное вмешательство – гастротомия с ушиванием кровоточащих разрывов слизистой и гемостазом.

Из числа 171 пациента с ГДК неязвенного генеза рецидив кровотечения после первичного эндогемостаза возник у 15 (8,8%) чел., при этом повторный эндогемостаз был эффективным у 14, из них 1 пациент оперирован в связи с безуспешностью консервативных мероприятий. Выполнено срочное оперативное вмешательство – иссечение кровоточащей лейомиомы желудка. Из 252 пациентов с неязвенными кровотечениями умерли 3 (1,2%). Общая смертность в группе пациентов с неязвенными кровотечениями составила 1,2%.

Таким образом, результаты проведенного исследования позволяют утверждать, что эндоскопические методы гемостаза на современном этапе лечения ГДК играют ведущую роль в улучшении результатов пациентов с язвенными и неязвенными ГДК.

Выводы

1. Анализ результатов лечения пациентов в городском центре ГДК показал, что эндоскопический гемостаз на современном этапе эффективен в 98,4% случаев при язвенном кровотечении и в 96,0% – при кровотечении неязвенного генеза.

2. Рецидив язвенного кровотечения развился у 10,1% пациентов, при этом в 59,4% случаев он возник после ранее выполненного инъекционно-го гемостаза с диатермокоагуляцией.

3. Для уменьшения риска рецидива кровотечения эндоскопический гемостаз должен осуществляться комбинированным способом и сопровождаться парентеральным введением ингибиторов протонной помпы в оптимальных дозах.

4. В случае высокого риска рецидива кровотечения контрольные эндоскопические ис-

следования должны проводиться в течение 24-72 часов с целью своевременного («на опережение») выполнения срочного оперативного вмешательства у данной категории пациентов.

5. При неязвенных кровотечениях даже повторный рецидив не является абсолютным по-

казанием к оперативному вмешательству, так как эндоскопический гемостаз в сочетании с интенсивной парентеральной антисекреторной терапией достаточно эффективен при эрозивно-язвенных поражениях желудка и 12-перстной кишки разного генеза.

Литература

1. Дубровщик, О. И. Неязвенные гастродуоденальные кровотечения: лечебно-диагностическая тактика в urgentной хирургии / О. И. Дубровщик, Г. Г. Мармыш, И. С. Довнар // Новое в хирургии: наука, практика, обучение : сборник тезисов докладов Республиканской научно-практической конференции с международным участием, посвященной 100-летию кафедры общей хирургии УО БГМУ / ред. С. А. Алексеев. – Минск : БГМУ, 2021. – С. 99-102. – EDN: MFRCXJ.
2. Клинические случаи редких кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта / В. Ф. Куликовский [и др.] // Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия: Медицина. Фармация. – 2017. – № 19 (268). – С. 118-126. – EDN: ZHGTAH.
3. Организация и результаты хирургической помощи при язвенном гастродуоденальном кровотечении в стационарах центрального федерального округа / В. А. Кубышкин [и др.] // Хирургия. Журнал им. Н. И. Пирогова. – 2017. – № 2. – С. 4-9. – EDN: YICARD.
4. Методы эндоскопического гемостаза в лечении язвенных гастродуоденальных кровотечений в условиях городского специализированного центра / Г. Г. Мармыш [и др.] // Актуальные вопросы и современные подходы в оказании хирургической помощи в Республике Беларусь : сборник материалов республиканской научно-практической конференции с международным участием и XXVIII Пленума Правления Белорусской ассоциации хирургов / ред. Г. Г. Кондратенко, А. И. Протасевич. – Минск : БГМУ, 2021. – С. 215-217. – EDN: IZGDFT.
5. Распространенность острых эрозивно-язвенных гастродуоденальных поражений у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями, применяющих антикоагулянты и антиагреганты / А. А. Полянцев [и др.] // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2019. – № 9 (169). – С. 65-71. – EDN: DMGXGC.
6. Эффективность применения эндоскопической аргоноплазменной коагуляции в сравнении с биполярной диатермокоагуляцией при язвенных гастродуоденальных кровотечениях / Е. Д. Федоров [и др.] // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2008. – Т. 18, № 6. – С. 33-38. – EDN: KFTPKP.
1. Dubrovshchik OI, Marmysh GG, Dovnar IS. Nejazvennyje gastroduodenalnyje krvotечeniya: lechebno-diagnosticheskaja taktika v urgentnoj hirurgii. In: Alekseev SA, editor. *Novoje v hirurgii: nauka, praktika, obuchenije*. – Minsk: BGMU; 2021. p. 99-102. EDN: MFRCXJ. (Russian).
2. Kulikovskiy VF, Karpachev AA, Soloshenko AV, Yarosh AL, Nikolaev SB, Korzhova AA, Gnashko AV. Klinicheskije sluchai redkih krvotечenij iz verhnih ot-delov zheludochno-kishechnogo trakta [Clinical cases of rare bleeding of the upper sections of gastrointestinal tract]. *Nauchnyje vedomosti Belgorodskogo gosudarstvennogo universiteta. Serija: Medicina. Farmacija* [Scientific bulletins of Belgorod State University. Series: Medicine. Pharmacia]. 2017;268(19):118-126. EDN: ZHGTAH. (Russian).
3. Kubyszhkin VA, Sazhin VP, Fedorov AV, Krivtsov GA, Sazhin IV. Organizacija i rezultaty hirurgicheskoy pomoshchi pri jazvennom gastroduodenalnom krvotечenii v stacionarah centralnogo federalnogo okruga [Organization and results of surgical care for ulcerative gastroduodenal bleeding in the hospitals of central federal district]. *Khirurgiya. Zurnal im. N. I. Pirogova* [Pirogov Russian Journal of Surgery]. 2017;(2):4-9. EDN: YICARD. (Russian).
4. Marmysh GG, Dubrovshchik OI, Dovnar IS, Zhiber VM, Romanova EO. Metody endoskopicheskogo gemostaza v lechenii jazvennyh gastroduodenalnyh krvotечenij v uslovijah gorodskogo specializirovannogo centra. In: Kondratenko GG, Protasevich AI, editors. *Aktualnyje voprosy i sovremnyje podhody v okazanii hirurgicheskoy pomoshhi v Respublike Belarus*. Minsk: BGMU; 2021. p. 215-217. EDN: IZGDFT. (Russian).
5. Poliantsev AA, Frolov DV, Linchenko DV, Karpenko SN, Chernovolenko AA, Dyachkova YuA. Rasprostranennost ostryh erozivno-jazvennyh gastroduodenalnyh porazhenij u bolnyh serdechno-sosudistyimi zaboljevanijami, primenjajushchih antikoagulyanty i antiagreganty [The prevalence of acute erosive-ulcerative gastroduodenal lesions in patients with cardiovascular diseases, taking anticoagulants and antiplatelet agents]. *Eksperimentalnaja i klinicheskaja gastrojenterologija* [Experimental and clinical gastroenterology journal]. 2019;169(9):65-71. EDN: DMGXGC. (Russian).
6. Fyodorov YeD, Yudin OI, Petrov DYu, Stepnov MV, Ivanova YeV. Effektivnost primeneniya endoskopicheskoy argonoplazmennoj koaguljaciej v sravnenii s bipoljarnoj diatermokoaguljaciej pri jazvennyh gastroduodenalnyh krvotечenijah [Efficacy of endoscopic argon plasma laser coagulation in comparison to bipolar diathermocoagulation at ulcerative gastroduodenal bleeding]. *Rossijskij zhurnal gastrojenterologii, gepatologii, koloproktologii* [Russian Journal of Gastroenterology, Hepatology, Coloproctology]. 2008;18(6):33-38. EDN: KFTPKP. (Russian).

References

1. Dubrovshchik OI, Marmysh GG, Dovnar IS. Nejazvennyje gastroduodenalnyje krvotечeniya: lechebno-diagnosticheskaja taktika v urgentnoj hirurgii. In: Alekseev SA, editor.

MODERN APPROACHES TO THE TREATMENT OF GASTRODUODENAL BLEEDING REQUIRING EMERGENCY SURGERY IN A SPECIALIZED CITY CENTER

O. I. Dubrovshchik, G. G. Marmysh, I. S. Dovnar, M. I. Milesenko

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

Background. Gastroduodenal bleeding (GDB) is one of the most urgent problems of emergency abdominal surgery. The frequency of detection of bleeding of non-ulcer origin, which in the past was practically not diagnosed, has increased recently due to the widespread introduction of high-tech diagnostic techniques into clinical surgical practice. Diagnostic and therapeutic algorithms for GDB of ulcerative and non-ulcerative etiology are quite clearly defined, but the problem remains relevant due to the fact that the number of patients with acute GDB does not tend to decrease. The tactics of treating bleeding requiring emergency surgery remain debatable.

Purpose. To evaluate the results of treatment of gastroduodenal bleeding of ulcerative and non-ulcerative origin requiring emergency surgery performed in a specialized city center for gastroduodenal bleeding.

Material and methods. The experience of emergency care and treatment of 1061 patients with GDB in a specialized center is presented.

Results. FGDS was performed on admission in all patients; ulcer bleeding was diagnosed in 809 (76.2%) patients; non-ulcer bleeding in 252 (23.8%) patients. Bleeding from gastric ulcers was detected in 227 (30.3%) patients, from duodenal ulcers – in 582 (69.7%) patients. Endohemostasis was performed for continued bleeding during FGDS. The treatment was based on the generally accepted complex of conservative therapy according to the clinical protocols for managing patients with GDB.

Conclusion. An analysis of the results of treatment of patients hospitalized in the city center for GDB showed that at the present stage endohemostasis is effective in 98.4% of ulcer bleeding and in 96.0% of non-ulcer bleeding.

Keywords: gastroduodenal bleeding, endoscopic hemostasis, bleeding recurrence, surgical treatment.

For citation: Dubrovshchik OI, Marmysh GG, Dovnar IS, Milesenko MI. Modern approaches to the treatment of gastroduodenal bleeding in emergency surgery in a specialized city center *Journal of the Grodno State Medical University.* 2022;20(2):209-214. <https://doi.org/10.25298/2221-8785-2022-20-2-209-214>.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Финансирование. Исследование проведено без спонсорской поддержки.

Financing. The study was performed without external funding.

Соответствие принципам этики. Пациент подписал информированное согласие на публикацию своих данных.

Conformity with the principles of ethics. The patient gave written informed consent to the publication of his data.

Об авторах / About the authors

Дубровщик Ольга Ильинична / Dubrovshchik Olga, e-mail: olga.dubrovshchik@icloud.com, ORCID: 0000-0002-1808-9539

*Мармыш Геннадий Григорьевич / Marmysh Gennady, e-mail: dr.marmysh@gmail.com, SCOPUS: 6507036287

Довнар Игорь Станиславович / Dovnar Igor, e-mail: lech_dec@grsmu.by

Милешко Мария Иосифовна / Milesenko Maryia, e-mail: mariamil67@mail.ru

* – автор, ответственный за переписку / corresponding author

Поступила / Received: 08.02.2022

Принята к публикации / Accepted for publication: 22.03.2022