

УДК: 616.33'342.-002.44-  
005.1:303.446.34

DOI: 10.24412/2075-4094-2026-1-1-4

EDN SOYUNM \*\*



## СОВРЕМЕННЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЯЗВЕННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ: ОБСЕРВАЦИОННОЕ КОГОРТНОЕ РЕТРОСПЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

С.В. БАРАННИКОВ

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко» Министерства здравоохранения Российской Федерации, ул. Студенческая, д. 10, Воронеж, 394036, Россия*

**Аннотация. Цель исследования** – анализ современных клинических особенностей и результатов лечения пациентов с язвенными гастродуоденальными кровотечениями. **Материалы и методы исследования.** Обсервационное когортное ретроспективное исследование основано на анализе результатов лечения 1671 пациента, проходивших стационарное лечение в Воронежской городской клинической больнице скорой медицинской помощи №1 в период с 1 января 2016 г. по 31 декабря 2022 г., с диагнозом язвенное гастродуоденальное кровотечение. **Результаты и их обсуждение.** Проанализированы современные клинические характеристики и результаты лечения пациентов с различными типами кровоточащих гастродуоденальных язв. В структуре язвенных кровотечений, наибольшее количество занимали пациенты с симптоматическими гастродуоденальными язвами (65,5 %). Значительно реже встречалась осложненная кровотечением идеопатическая язвенная болезнь (21,4 %) и язвенная болезнь, ассоциированная с *Helicobacter pylori* (10,8 %), а также кровотечения из пептических язв гастроэнтероанастомоза (2,3 %). Эффективность эндогемостаза при кровотечениях *FIA-FIB* составила от 97 % до 100 %, эффективность эндоскопической профилактики рецидива при *FIIA-FIIB* находилась на уровне от 66,6 % до 96,1 %, при общей частоте рецидивов кровотечений от 3,4 % до 13,2 %, уровне оперативной активности от 2,4 % до 9,2 % и общей летальности от 2,6 до 7,7 %, при различных типах кровоточащих гастродуоденальных язв. **Заключение.** Проведенное обсервационное когортное ретроспективное исследование позволило установить, что наиболее значимой причиной неудовлетворительных результатов лечения пациентов с язвенными гастродуоденальными кровотечениями являлись рецидивы геморрагий, которые наблюдались у 9,9 % пациентов. Установлены статистически значимые факторы риска развития рецидива язвенного кровотечения: возраст, женский пол, локализация язв на задней и нижней стенках двенадцатиперстной кишки, тип кровотечения *FIA-FIB* и *FIIA-FIIB*, тяжелая степень кровопотери, сопутствующие заболевания сердечно-сосудистой системы и прием антикоагулянтов. Наличие данных факторов крайне важно учитывать при лечении пациентов с кровоточащими гастродуоденальными язвами с целью снижения количества неудовлетворительных результатов лечения.

**Ключевые слова:** желудочно-кишечное кровотечение, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, ретроспективное обсервационное когортное исследование.

## CURRENT CLINICAL ASPECTS OF PEPTIC GASTRODUODENAL BLEEDINGS: AN OBSERVATIONAL COHORT RETROSPECTIVE STUDY

S.V. BARANNIKOV

*Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education  
“Voronezh State Medical University named after N.N. Burdenko” of the Ministry of Health of the Russian  
Federation, 10 Studencheskaya Street, Voronezh, 394036, Russia*

**Abstract. The aim of the study** is to analyze the current clinical features and treatment outcomes of patients with peptic gastro-duodenal bleeding. **Materials and Methods.** An observational cohort retrospective study was conducted based on the analysis of treatment outcomes in 1,671 patients who received inpatient care at Voronezh City Clinical Hospital of Emergency Medical Care No. 1 from January 1, 2016, to December 31, 2022, with a diagnosis of peptic gastro-duodenal bleeding. **Results and Discussion.** The study analyzed the contemporary clinical characteristics and treatment outcomes of patients with different types of bleeding gastro-duodenal ulcers. Among ulcer bleeds, the majority were patients with symptomatic gastro-duodenal ulcers (65.5%). Less frequently, complicated bleeding idiopathic peptic ulcer disease (21.4%) and *Helicobacter pylori*-associated peptic ulcer disease (10.8%) were observed, as well as bleeding from peptic ulcers of gastroenterostomies (2.3%). The effectiveness of endoscopic hemostasis for *FIA-FIB* type bleeds ranged from 97% to 100%, while the efficacy of endoscopic prophylaxis of recurrence for *FIIA-FIIB* type bleeds ranged from 66.6% to 96.1%,

with overall recurrence rates of 3.4% to 13.2%, surgical intervention rates of 2.4% to 9.2%, and overall mortality of 2.6% to 7.7%, depending on the type of bleeding gastro-duodenal ulcer. **Conclusion.** The observational cohort retrospective study demonstrated that the most significant cause of unsatisfactory treatment outcomes in patients with peptic gastro-duodenal bleeding was recurrent hemorrhage, observed in 9.9% of patients. Statistically significant risk factors for recurrent ulcer bleeding were identified: age, female sex, ulcer localization on the posterior and inferior walls of the duodenum, bleed type *FIA–FIB* and *FIIA–FIIB*, severe blood loss, comorbid cardiovascular diseases, and use of anticoagulants. Consideration of these factors is essential in the management of patients with bleeding gastro-duodenal ulcers to reduce the incidence of unsatisfactory treatment outcomes.

**Keywords:** gastrointestinal bleeding, peptic ulcer disease of the stomach and duodenum, retrospective observational cohort study.

**Введение.** Экстренная хирургическая патология продолжает оставаться одной из наиболее сложных проблем современной клинической хирургии, что подтверждается, прежде всего, высокими показателями заболеваемости, смертности и колоссальной нагрузкой на системы здравоохранения во всем мире. В структуре неотложных хирургических заболеваний особое место занимают *желудочно-кишечные кровотечения* (ЖКК) [6, 9].

ЖКК – тяжелое жизнеугрожающее состояние, характеризующееся излитием крови в просвет пищеварительного тракта. К распространенным причинам ЖКК относят *язвенные гастродуоденальные кровотечения* (ЯГДК) (40-60 %), острые эрозивно-язвенные поражения желудка и/или *двенадцатиперстной кишки* (ДПК) (20 %-30 %), кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода и желудка (15 %-20 %), синдром Меллори-Вейсса (5-10 %), эрозивный эзофагит (5-10 %), артериовенозные мальформации (<5 %), стромальные опухоли *желудочно-кишечного тракта* (GIST), гемобилия и др. [2, 12].

Несмотря на снижение заболеваемости и распространенности *язвенной болезни* (ЯБ) во всем мире, количество осложнений ЯБ не имеет тенденции к снижению [4]. В структуре осложнений ЯБ на первом месте находятся ЯГДК. Так, согласно данным академика Ревитшвили А.Ш. и соавт. в 2024 г. в *Российской Федерации* (РФ) было зарегистрировано 48154 пациентов с ЯГДК, из которых 5954 (12,36 %) больных было прооперировано и 1163 (19,53 %) пациента умерли в послеоперационном периоде. Общая летальность при ЯГДК в РФ в 2024 г. составила 2910 (6,04 %) пациентов. При этом результаты лечения ЯГДК в регионах РФ имеют выраженные различия: так, наименьший показатель летальности в 2024 г. был отмечен в г. Москва (1,48 %), а наивысший в Еврейской автономной области (16,67 %) [5].

Анализ современной структуры, клинических особенностей и причин неудовлетворительных результатов лечения пациентов с ЯГДК имеет важное значение для современной неотложной хирургии.

**Цель исследования** – анализ современных клинических особенностей и результатов лечения пациентов с язвенными гастродуоденальными кровотечениями.

**Материалы и методы исследования.** Исследование проведено при строгом соблюдении Хельсинкской декларации (*Declaration Helsinki*) и было одобрено этическим комитетом Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко» Министерства здравоохранения Российской Федерации (Протокол № 3 от 30.05.2023 г.). Информированное согласие на использование медицинских данных было получено от всех пациентов при поступлении в рамках стандартного согласия на обработку данных. Перед анализом данные всех пациентов были анонимизированы.

Обсервационное когортное ретроспективное исследование основано на анализе результатов лечения 4554 пациентов, проходивших стационарное лечение в Воронежской городской клинической больнице скорой медицинской помощи №1 (БУЗ ВО ВГКБСМП №1) в период с 1 января 2016 г. по 31 декабря 2022 г. с диагнозом *желудочно-кишечное кровотечение*.

**Критерии включения:** пациенты мужского и женского пола в возрасте старше 18 лет с установленным диагнозом ЯГДК на основании клинической картины, лабораторных исследований и подтвержденным данными неотложной эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС).

**Критерии не включения:** неязвенные гастродуоденальные кровотечения, кишечные кровотечения, отсутствие необходимой информации в медицинской документации.

**Критерии исключения:** отказ от обработки персональных данных, отказ от продолжения стационарного лечения и участия в клиническом исследовании, сочетание кровотечения и перфорации гастродуоденальной язвы, малигнизированные язвы желудка, нейроэндокринные опухоли желудка и ДПК, прорастание опухолей в желудок и/или ДПК.

Для каждого пациента были зафиксированы следующие показатели: возраст, пол, социальный статус, язвенный анамнез, сопутствующая патология, приём *нестероидных противовоспалительных препаратов* (НПВП), дезагрегантов, антикоагулянтов, тип *кровотокающей гастродуоденальной язвы* (КГДЯ), локализация источника кровотечения, тип кровотечения согласно классификации *J. Forrest*, 1974 [11], размеры КГДЯ, степень тяжести кровопотери по классификации А.И. Горбашко, 1982 [1], результаты

обследования на *Helicobacter pylori* (*Hp*), вид эндоскопического лечения, клинические исходы: рецидивы кровотечений, сроки появления рецидива кровотечения, оперативные вмешательства, общая и послеоперационная летальность и др.

Все данные из медицинских карт пациентов вносились в базу данных «Реестр язвенных гастродуоденальных кровотечений» (Свидетельство о государственной регистрации базы данных № 2021621629). Далее информацию из базы данных переносили в программу *Statistica 10*, в которой производился статистический анализ результатов исследования. Для количественных данных вычислялись стандартные описательные статистики (Среднее (*M*), стандартное отклонение (*SD*), медиана (*Me*), квартильный размах (*IQR*) и др.). Анализ нормальности распределения количественных данных в группах исследования производили с использованием критерия Колмогорова-Смирнова. При уровне  $P \leq 0,05$  по тесту Колмогорова-Смирнова, распределение считали отличным от нормального. Представление количественных данных при нормальном распределении произведено в виде  $M \pm SD$ , при отличном от нормального в виде  $Me(IQR)$ . Качественные данные представлены в виде абсолютных значений и процентного соотношения *n* (%). Расчет уровня значимости различий в группах исследования производили с использованием следующих критериев: *t*-тест Стьюдента, *U*-критерий Манна-Уитни, *H*-критерий Краскела-Уоллиса,  $\chi^2$ -Пирсона, точный критерий Фишера (*FT*). Значимость различий считали статистически значимой при уровне  $P < 0,05$ .

**Результаты и их обсуждение.** Как показал анализ, количество пациентов с ЖКК, проходивших лечение в БУЗ ВО ВГКБСМП №1 в период с 2016 по 2022 гг., увеличилось в 1,5 раза: с 512 до 782 больных (Рис. 1). Рост заболеваемости ЖКК был связан, прежде всего, с увеличением в 1,8 раза количества пациентов с неязвенными *гастродуоденальными кровотечениями* (ГДК), а также с увеличением в 2,5 раза количества больных с кишечными кровотечениями. Пациенты с ЯГДК в структуре общей заболеваемости ЖКК составляли от 27,1 % до 43,2 %.

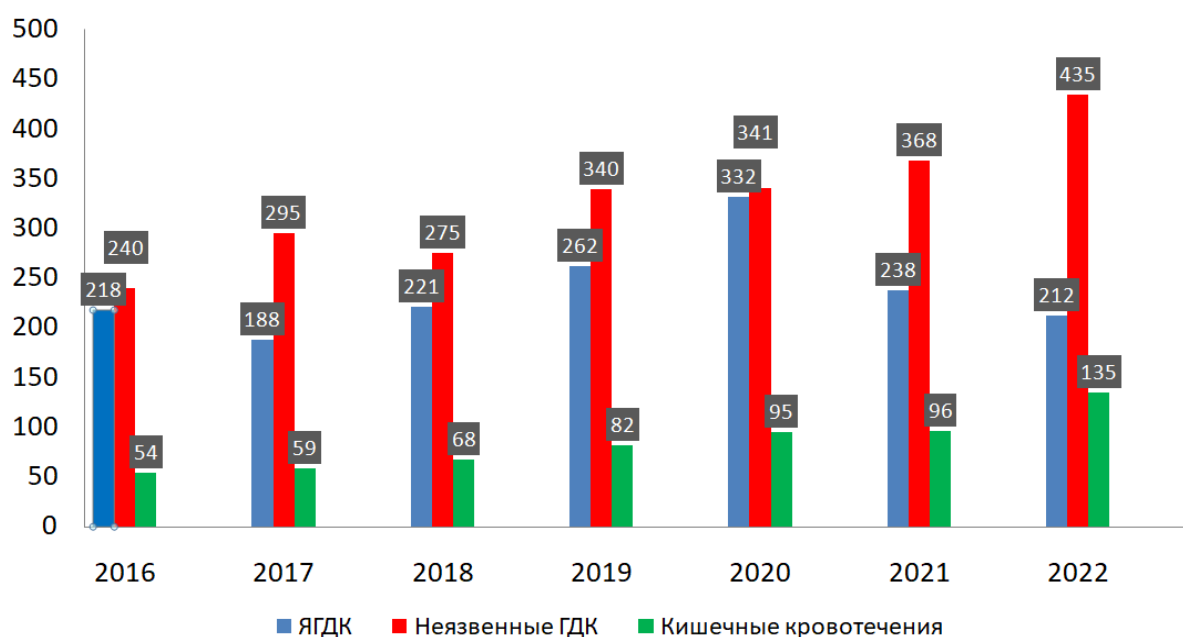


Рис. 1. Структура пациентов с ЖКК в БУЗ ВО ВГКБСМП №1 за период с 2016 по 2022 гг.

Согласно современным представлениям, общепринятой классификации ЯБ не существует. Однако, принято разделять ЯБ в зависимости от инфицирования *Hp* на ЯБ, ассоциированную с *Hp* (ЯБ-*Hp*), и *идиопатическую ЯБ* (ИЯБ), при которой известными методами исследования наличие инфицирования *Hp* не подтверждается [3]. Помимо ЯБ сложную группу пациентов с ЯГДК составляют больные с *симптоматическими гастродуоденальными язвами* (СГДЯ), которые развиваются на фоне приема медикаментозных средств, при декомпенсации соматической патологии, ожогов (язвы Курлинга), нейрохирургических заболеваний, патологии гипофиза и надпочечников (язвы Кушинга) и др. [10]. Также важную группу ЯГДК составляют кровоточащие *пептические язвы гастроэнтероанастомоза* (ПЯГЭА), развивающиеся у 0,5-15 % пациентов после резекции желудка [7]. Структура ЯГДК в БУЗ ВО ВГКБСМП №1 в период с 2016 по 2022 гг. представлена на рис. 2.

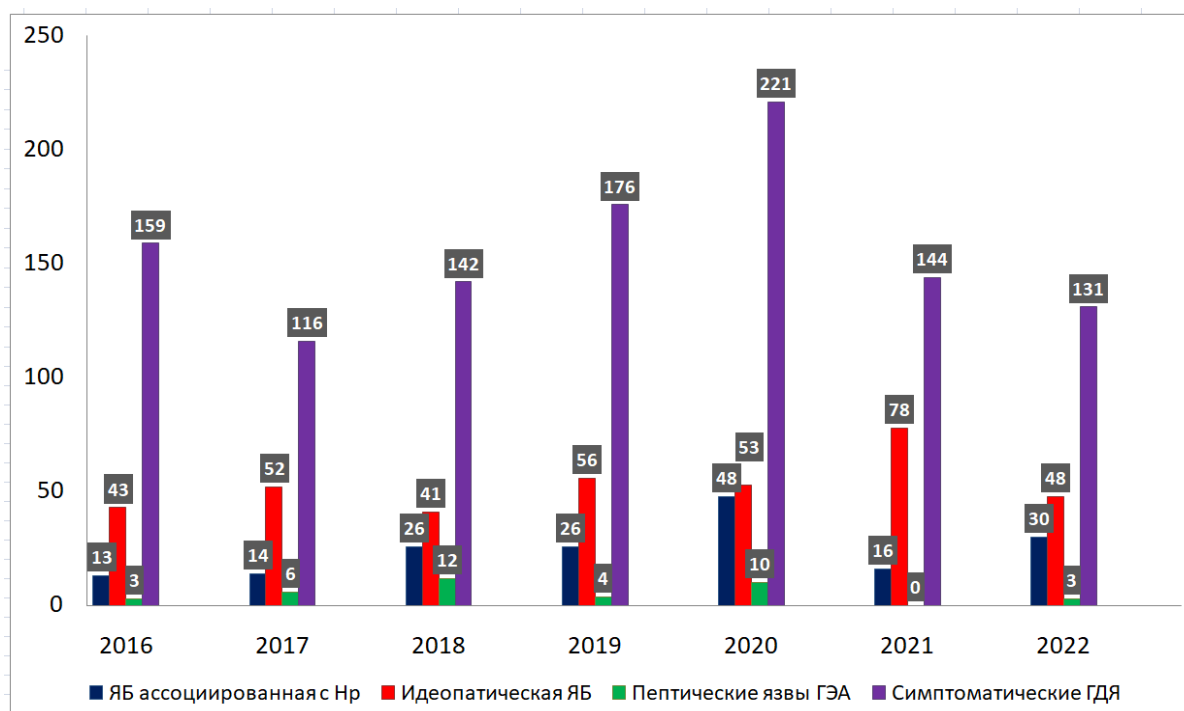


Рис. 2. Структура пациентов с ЯГДК в БУЗ ВО ВГБСМП №1 за период с 2016 по 2022 гг.

Как видно из рис. 2, в структуре язвенных кровотечений, наибольшее количество (65,5 %) составляли пациенты с СГДЯ. Значительно реже встречалась осложненная кровотечением ИЯБ (21,4 %) и ЯБ-Нр (10,8 %), а также кровотечения из ПЯГЭА (2,3 %).

Клинические и эпидемиологические особенности пациентов с ЯГДК представлены в табл. 1. При анализе возраста пациентов было установлено, что ЯГДК встречались у пациентов всех возрастных групп (от 18 до 97 лет), медиана среднего возраста больных составила 60 (43-71) лет. При этом были выявлены статистически значимые отличия ( $H = 17,37$ ;  $P = 0,0006$ ) в возрасте пациентов с различными типами КГДЯ. Так, медиана возраста пациентов с ЯБ-Нр составила 53,0 (34,0-60,0) лет, более старшей группой были пациенты с СГДЯ и ИЯБ 60,0 (44,0-72,0) лет и 61,0 (45,0-69,0) лет соответственно. Медиана возраста пациентов с ПЯГЭА была наибольшей и составила 70,0 (65,0-75,0) лет. Среди пациентов с ЯГДК преобладали мужчины – 67,0 %, а пациентов женского пола составили лишь 33,0 % наблюдений. Статистической значимости по гендерным различиям в различных группах КГДЯ выявлено не было ( $Chi-square = 6,04$ ;  $df = 3$ ;  $P = 0,1096$ ). Преобладали пациенты трудоспособного возраста – 56,6 %, а больные пенсионного возраста составили лишь 43,4 %. Однако, при ПЯГЭА чаще встречались больные пенсионного возраста – 52,6 % больных, а трудоспособные пациенты составили – 47,4 %.

При анализе локализации источника ЯГДК было установлено, что наиболее частой локализацией КГДЯ были язвы ДПК – 55,1 % пациентов, реже встречались кровоточащие язвы желудка и ПЯГЭА – 42,7 % и 2,2 % пациентов соответственно. При этом выявлены статистически значимые ( $Chi-square = 23,1$ ;  $df = 2$ ;  $P = 0,0001$ ) различия в группах КГДЯ по локализации источника кровотечения. Так, при ЯБ-Нр кровоточащие язвы локализовались в ДПК в 73,4 % случаев, и лишь в 26,6 % наблюдений в желудке. У пациентов с ИЯБ наиболее частой локализацией КГДЯ также была ДПК – 55,3 % пациентов, однако, по сравнению с ЯБ-Нр язвы желудочной локализации встречались чаще – 44,7 % больных ( $Chi-square = 16,34$ ;  $df = 1$ ;  $P = 0,0001$ ). При СГДЯ язвы ДПК и желудочной локализации встречались в 53,9 % и 46,1 % наблюдений соответственно. При ПЯГЭА у всех 38 (100 %) больных кровоточащие язвенные дефекты локализовались на шпоре *гастроэнтероанастомоза* (ГЭА).

У 79,7 % пациентов с ЯГДК наблюдались одиночные КГДЯ и лишь у 20,3 % больных были множественные язвы. При этом статистически значимо ( $Chi-square = 20,93$ ;  $df = 3$ ;  $P = 0,0004$ ) чаще множественные язвы встречались при ЯБ-Нр – 29,5 % пациентов и у пациентов с СГДЯ – 21,2 %. Реже всего множественные язвы встречались при ИЯБ – 15,4 % пациентов.

Таблица 1

Клинико-эпидемиологическая характеристика пациентов с ЯГДК

Показатель	ЯБ-Нр (n = 173)	ИЯБ (n = 371)	ПЯГЭА (n = 38)	СГДЯ (n = 1089)	P
Возраст, пол и социальный статус пациентов					
Возраст пациентов, годы, Me(IQR)	53,0(34,0-60,0)	61,0(45,0-69,0)	70,0(65,0-75,0)	60,0(44,0-72,0)	0,0006
Мужчины, n (%)	128(73,9 %)	256(69,0 %)	24(63,1 %)	712(65,4 %)	0,1096
Женщины, n (%)	45(26,1 %)	115(31,0 %)	14(36,9 %)	377(34,6 %)	
Пациенты трудоспособного возраста, n (%)	103(59,5 %)	221(59,6 %)	18(47,4 %)	607(55,7 %)	0,069
Пациенты пенсионного возраста, n (%)	70(40,5 %)	150(40,4 %)	20(52,6 %)	482(44,3 %)	
Локализация источника кровотечения					
Язвы ДПК, n (%)	127(73,4 %)	205(55,3 %)	-	588(53,9 %)	0,0001
Язвы желудка, n (%)	46(26,6 %)	166(44,7 %)	-	501(46,1 %)	
Шпора ГЭА, n (%)	-	-	38(100 %)		-
Диаметр язвенного дефекта, см., Me(IQR)	1,3(0,9-2,0)	1,35(0,8-2,0)	0,6(0,5-0,8)	0,8(0,6-1,0)	0,0001
Количество гастродуоденальных язв					
Одиночные, n (%)	122(70,5 %)	314(84,6 %)	38(100 %)	858(78,8 %)	0,0004
Множественные, n (%)	51(29,5 %)	56(15,4 %)	-	231(21,2 %)	
Локализация язв желудка					
Антральный отдел, n (%)	5(10,9 %)	41(24,7 %)	-	189(37,7 %)	0,0002
Тело желудка, n (%)	14(30,4 %)	40(24,1 %)	-	111(22,2 %)	
Малая кривизна, n (%)	20(43,5 %)	55(33,1 %)	-	107(21,4 %)	
Большая кривизна, n (%)	3(6,5 %)	19(11,4 %)	-	50(9,9 %)	
Кардиальный отдел и дно желудка, n (%)	4(8,7 %)	11(6,7 %)	-	44(8,8 %)	
Локализация язв ДПК					
Передняя стенка, n (%)	59(46,6 %)	109(53,2 %)	-	323(54,9 %)	0,0605
Задняя стенка, n (%)	20(15,7 %)	31(15,1 %)	-	87(14,8 %)	
Верхняя стенка, n (%)	40(35,1 %)	41(20,0 %)	-	126(21,4 %)	
Нижняя стенка, n (%)	8(2,6 %)	24(11,7 %)	-	52(8,9 %)	
Тип кровотечения (J. Forrest, 1974)					
Forrest IA-IB, n (%)	14(8,1 %)	16(4,3 %)	5(13,2 %)	135(12,4 %)	0,0001
Forrest IIA-IIB, n (%)	30(17,3 %)	77(20,8 %)	20(52,6 %)	234(21,5 %)	
Forrest IIC, n (%)	121(69,9 %)	254(68,5 %)	9(23,9 %)	665(61,1 %)	
Forrest III, n (%)	8(4,7 %)	24(6,4 %)	4(10,3 %)	55(5,0 %)	
Степень тяжести кровопотери (А.И. Горбашко, 1982)					
Легкая, n (%)	94(54,3 %)	175(47,2 %)	14(38,8 %)	525(48,2 %)	0,0222
Средняя, n (%)	31(17,9 %)	71(19,1 %)	13(33,2 %)	270(24,8 %)	
Тяжелая, n (%)	48(27,8 %)	125(33,7 %)	11(28 %)	294(27,0 %)	

При изучении размеров (диаметров) КГДЯ установлено, что размеры язвенных дефектов имели значимые различия ( $H = 289,64$ ;  $P = 0,0000$ ) в различных группах пациентов. Так, наибольшие размеры КГДЯ были выявлены у пациентов с ЯБ-Нр и ИЯБ – 1,3 (0,9-2,0) см и 1,35 (0,8-2,0) см соответственно при значимости различий ( $U = 868,0$ ;  $P = 0,5046$ ). При СГДЯ медиана диаметра язвенных дефектов составила 0,8 (0,6-1,0) см, а при ПЯГЭА – 0,6 (0,5-0,8) см при значимости различий ( $U = 14538,5$ ;  $P = 0,002$ ).

При анализе локализации кровоточащих язв желудочной локализации были выявлены значимые различия ( $Chi-square = 29,28$ ;  $df = 8$ ;  $P = 0,0002$ ). Установлено, что у пациентов с ЯБ-Нр наиболее частой локализацией были язвы малой кривизны (43,5 %) и тела желудка (30,4 %), реже встречались язвы антрального отдела (10,9 %), большой кривизны (6,5 %), кардиального отдела и дна желудка (8,7 %). При

ИЯБ язвенные дефекты, также как и при ЯБ-Нр, чаще встречались в области малой кривизны (33,1 %), антрального отдела (24,7 %), тела желудка (24,1 %), а реже всего – на большой кривизне (11,4 %) и в области кардии (6,7 %). При СГДЯ наиболее частой локализацией язв желудка были антральный отдел (37,7 %), тело желудка (22,2 %) и малая кривизна (21,4 %), а реже – на большой кривизне (9,9 %) и в области кардии и дна желудка (8,8 %).

Статистических различий касательно локализации КГДЯ в ДПК выявлено не было ( $Chi-square = 12,06$ ;  $df = 6$ ;  $P = 0,0605$ ). При всех типах ЯГДК кровоточащие язвы чаще локализовались в области передней (53,4 %) и верхних стенок (22,5 %) ДПК, реже – на задней (15,0 %) и нижних стенках (9,1 %).

Согласно классификации J. Forrest, (1974) наиболее частым типом в группах исследования был тип FIIС – 21,6 % пациентов и тип FIIА-IIВ – 62,7 % больных. Продолжающееся ЯГДК FIA-IB наблюдали у 10,2 % больных. Реже всего встречали тип кровотечения FIII – 5,5 % больных. При этом установлена важная закономерность: продолжающееся кровотечение FIA-IB статистически значимо чаще встречалось, по сравнению с другими КГДЯ, у пациентов с СГДЯ – 12,4 % ( $Chi-square = 116,7$ ;  $df = 1$ ;  $P = 0,00001$ ), что наиболее вероятно связано с приемом антикоагулянтов в данной группе пациентов. Также важно отметить, что при ПЯГЭА статистически значимо ( $Chi-square = 22,1$ ;  $df = 1$ ;  $P = 0,0000$ ) чаще встречалось нестабильно остановившееся кровотечение FIIА-IIВ – 52,6 % больных.

Структура сопутствующей патологии пациентов с ЯГДК представлена в табл. 2.

Таблица 2

Структура сопутствующей патологии пациентов с ЯГДК

Показатель	ЯБ-Нр (n = 173)	ИЯБ (n = 371)	ПЯГЭА (n = 38)	СГДЯ (n = 1089)	P
Заболевания сердечно-сосудистой системы, n (%)	91 (52,6 %)	241 (35,0 %)	31 (81,6 %)	687 (63,1 %)	0,0026
Гипертоническая болезнь, n (%)	89 (51,4 %)	225 (60,6 %)	29 (76,3 %)	657 (60,3 %)	0,0025
ИБС кардиосклероз атеросклеротический, n (%)	67 (38,7 %)	167 (45,0 %)	20 (52,6 %)	476 (43,7 %)	0,3574
ИБС аритмический вариант, n (%)	6 (3,5 %)	28 (7,5 %)	4 (10,5 %)	111 (10,2 %)	0,0234
Заболевания дыхательной системы, n (%)	17 (9,8 %)	35 (9,4 %)	1 (2,6 %)	114 (10,5 %)	0,4407
Заболевания опорно-двигательного аппарата, n (%)	4 (2,3 %)	5 (1,3 %)	0 (0 %)	23 (2,1 %)	0,6263
Заболевания мочевыделительной системы, n (%)	11 (6,4 %)	36 (9,7 %)	1 (2,6 %)	102 (9,4 %)	0,2878
Заболевания нервной системы, n (%)	126,9 %	34 (9,2 %)	3 (7,9 %)	88 (8,1 %)	0,8373
Онкопатология, n (%)	6 (3,5 %)	18 (4,9 %)	1 (2,6 %)	50 (4,6 %)	0,8334
Сахарный диабет, n (%)	6 (3,5 %)	48 (12,9 %)	4 (10,5 %)	117 (10,7 %)	0,0091
Антикоагулянты, n (%)	8 (4,6 %)	10 (2,7 %)	7 (18,4 %)	92 (8,4 %)	0,0001
Дезагреганты, n (%)	8 (4,6 %)	24 (6,5 %)	4 (10,5 %)	80 (7,3 %)	0,4578
НПВП, n (%)	9 (5,2 %)	16 (4,3 %)	0 (0 %)	41 (3,8 %)	0,4911

Как видно из данных табл. 2, наиболее часто у пациентов с ЯГДК встречались заболевания сердечно-сосудистой системы – 62,8 % больных, среди которых чаще всего у пациентов диагностировали Гипертоническую болезнь (59,8 %), ишемическую болезнь сердца (ИБС): кардиосклероз атеросклеротический (43,9 %) и аритмический вариант ИБС (8,9 %). Реже наблюдали Сахарный диабет – 10,5 %, заболевания дыхательной – 9,9 % и мочевыделительной систем – 8,9 %, нервной системы – 8,2 %, онкологические заболевания – 4,5 % и патологию опорно-двигательного аппарата – 1,9 %.

Среди ulcerогенных медикаментозных средств пациенты наиболее часто принимали антикоагулянты – 7,0 % больных, дезагреганты – 6,9 % пациентов и реже НПВП – 3,9 % больных. При этом выявлены статистически значимые различия по частоте встречаемости сопутствующей патологии при различных КГДЯ по заболеваниям сердечно-сосудистой системы ( $Chi-square = 14,22$ ;  $df = 3$ ;  $P = 0,0026$ ) и Сахарному диабету ( $Chi-square = 11,54$ ;  $df = 3$ ;  $P = 0,0091$ ). Заболевания сердечно-сосудистой системы: Гипертоническая болезнь ( $Chi-square = 9,57$ ;  $df = 3$ ;  $P = 0,0025$ ) и аритмический вариант ИБС ( $Chi-$

$square = 9,48$ ;  $df = 3$ ;  $P = 0,0234$ ) чаще наблюдались у пациентов с ПЯГЭА, СГДЯ и ИЯБ, и значительно реже – у пациентов с ЯБ-Нр. Сахарный диабет чаще встречался у пациентов с ИЯБ, СГДЯ, ПЯГЭА и редко у пациентов с ЯБ-Нр. Значимые отличия в группах КГДЯ выявлены по приему антикоагулянтов ( $Chi-square = 23,17$ ;  $df = 3$ ;  $P = 0,0001$ ): чаще данные средства применяли пациенты с ПЯГЭА и СГДЯ, а реже – при ИЯБ и ЯБ-Нр.

Всем пациентам с КГДЯ проводили комплексную терапию, основанную на действующих в данный отрезок времени (2016-2022 гг.) клинических рекомендациях по лечению ЯГДК [8]. При продолжающемся *FIA-FIB* кровотечении проводили эндоскопический гемостаз (ЭГ) путем обкалывания источника ГДК 5 %-раствором Аминокапроновой кислоты с Адреналином с последующей аргонплазменной коагуляцией (АПК) КГДЯ. При нестабильно остановившемся кровотечении *FIIA-FIIB* проводили эндоскопическую профилактику (ЭП) рецидива ГДК путем проведения АПК тромбированного сосуда (при типе *FIIA*) и отмывания сгустка с последующей АПК (при типе *FIIB*). При всех типах кровотечений (*FIA-FIB*, *FIIA-FIIB*, *FIIC*, *FIII*) с целью эндоскопического цитопротективного лечения и ЭП рецидива ГДК на язвенный дефект производили пневмоинсуффляцию гранулированного сорбента Асептисорб.

Результаты лечения пациентов с ЯГДК представлены в табл. 3.

Таблица 3

## Результаты лечения пациентов с ЯГДК

Показатель	ЯБ-Нр (n = 173)	ИЯБ (n = 371)	ПЯГЭА (n = 38)	СГДЯ (n = 1089)	P
Эффективность эндогемостаза при типе <i>FIA-IB</i> , n (%)	14 (100 % в отношении к n = 14)	16 (100 % в отношении к n = 16)	5 (100 % в отношении к n = 5)	131 (97 % в отношении к n = 135)	0,9027
Эффективность эндоскопической профилактики при типе <i>FIIA-FIIB</i> , n (%)	20 (66,6 % в отношении к n = 30)	74 (96,1 % в отношении к n = 77)	18 (90 % в отношении к n = 20)	186 (79,5 % в отношении к n = 234)	0,0005
Общая частота рецидивных кровотечений, n (%)	21 (12,1 %)	12 (3,2 %)	5 (13,2 %)	129 (11,8 %)	0,0000
Сроки появления рецидива кровотечения, дни, Me(IQR)	2 (1,5-4)	3,5 (2-6)	2 (2-2)	3 (2-4)	0,3481
Оперативная активность, n (%)	16 (9,2 %)	9 (2,4 %)	1 (2,6 %)	38 (3,5 %)	0,0001
Резекция желудка, n (%)	9 (56,2 %)	4 (44,4 %)	0	0 (%)	-
Прошивание кровоточащего сосуда в язве, n (%)	7 (43,8 %)	5 (55,6 %)	1 (100 %)	38 (100 %)	-
Послеоперационная летальность, n (%)	6 (37,5 %)	4 (44,4 %)	1 (100 %)	30 (78,9 %)	0,0032
Общая летальность, n (%)	13 (7,5 %)	17 (4,6 %)	1 (2,6 %)	84 (7,7 %)	0,1246

Как видно из данных табл. 3, эффективность ЭГ при продолжающемся типе кровотечения *FIA-FIB* при различных типах КГДЯ колебалась от 97 % до 100 % ( $Chi-square = 0,57$ ;  $df = 3$ ;  $P = 0,9027$ ). Эффективность ЭП при кровотечении *FIIA-FIIB* в различных группах КГДЯ имела статистические отличия ( $Chi-square = 18,53$ ;  $df = 3$ ;  $P = 0,0005$ ). Так, наилучшие показатели ЭП были достигнуты при ИЯБ – 96,1 % и ПЯГЭА – 90, %. Хуже результаты ЭП наблюдали у пациентов с СГДЯ – 79,5 % и ЯБ-Нр – 66,6 %. Общая частота рецидивов ЯГДК составила 9,9 %. При этом в разных группах КГДЯ имелись статистические отличия ( $Chi-square = 24,3$ ;  $df = 3$ ;  $P = 0,0000$ ) в частоте встречаемости рецидивных ГДК. Так, чаще всего рецидивные кровотечения встречались при ПЯГЭА – 13,2 %, ЯБ-Нр – 12,1 % и СГДЯ – 11,8 %, реже при ИЯБ – 3,4 %, что указывает на выраженное влияние инфицирования Нр на риск развития рецидива ГДК у пациентов с ЯБ ( $Chi-square = 16,41$ ;  $P = 0,0066$ ). Касательно сроков возникновения рецидивных кровотечений, было установлено, что чаще рецидивы возникали на 2,0 (1,0-3,0) сутки стационарного лечения. Однако, значимых различий в группах КГДЯ по срокам возникновения рецидива ГДК выявлено не было ( $H = 3,29$ ;  $P = 0,3481$ ). Показатели оперативной активности в группах КГДЯ также имела отличия ( $Chi-square = 14,5$ ;  $df = 3$ ;  $P = 0,0001$ ). Чаще всего оперативные вмешательства проводили у пациентов с ЯБ-Нр – 9,2 %, реже при СГДЯ, ПЯГЭА, ИЯБ – 3,5 %, 2,6 %, 2,4 % соответственно. Пациентам с ЯБ-Нр чаще проводили резекцию желудка – 56,2 % пациентов, реже – прошивание кровоточащего сосуда в язве 43,8 % больным. При ИЯБ резекция желудка была проведена 44,4 % больным, а прошивание кровоточащего сосуда в язве – 55,6 % пациентам. При СГДЯ и ПЯГЭА всем пациентам

(100 %) было проведено прошивание кровоточащего сосуда в язве. Послеоперационная летальность также имела статистические различия ( $Chi-square = 13,41$ ;  $df = 3$ ;  $P = 0,0032$ ): больше всего в послеоперационном периоде умерло пациентов с СГДЯ – 78,9 % больных, что связано с выраженной соматической коморбидной патологией у данной категории пациентов, которая на фоне кровотечения переходила в декомпенсированное состояние и, зачастую, являлась причиной летальных исходов. Значимых отличий в показателях послеоперационной летальности у пациентов с ЯБ-Нр и ИЯБ выявлено не было ( $P(FT) = 0,6303$ ): для данных групп уровень послеоперационной летальности составил 37,5 % и 44,4 % соответственно. Общая летальность у пациентов с ЯГДК составила 6,9 % и колебалась от 2,6 до 7,7 %. Однако, статистически значимой разницы в различных группах КГДЯ по показателю общей летальности выявлено не было ( $Chi-square = 3,94$ ;  $df = 3$ ;  $P = 0,2676$ ).

Исходя из анализа результатов лечения пациентов с ЯГДК было установлено, что основной причиной неудовлетворительных результатов лечения больных с КГДЯ были рецидивы ГДК, которые приводили к декомпенсации соматической патологии и, в случае безуспешного повторного ЭГ, к экстренному оперативному вмешательству «на высоте» кровотечения.

Для уточнения влияния клинических факторов и сопутствующей патологии на риск развития рецидива ГДК был проведен анализ, результаты которого представлены в табл. 4 и 5.

Таблица 4

**Влияние клинических факторов на риск развития рецидива ЯГДК**

Показатель	Рецидив ЯГДК ( $n = 167$ )	Безрецидивное течение ЯГДК ( $n = 1504$ )	$P$
Возраст пациентов, годы, $Me(IQR)$	71,0 (60,0-79,0)	59,0 (42,0-70,0)	0,0000
Диаметр язвенного дефекта, см., $Me(IQR)$	0,8 (0,6-1,5)	0,8 (0,6-1,3)	0,8036
Мужчины, $n$ (%)	86 (7,7 %)	1034 (92,3 %)	0,0000
Женщины, $n$ (%)	81 (14,7 %)	470 (85,3 %)	
Язвы ДПК, $n$ (%)	83 (9 %)	837 (91 %)	0,3127
Язвы желудка, $n$ (%)	79 (11,1 %)	634 (88,9 %)	
Язвы шпоры ГЭА, $n$ (%)	5 (13,2 %)	33 (86,8 %)	
ЯБ-Нр, $n$ (%)	21 (12,1 %)	152 (87,9 %)	0,0000
ИЯБ, $n$ (%)	12 (3,2 %)	359 (96,8 %)	
ПЯГЭА, (%)	5 (13,2 %)	33 (86,8 %)	
СГДЯ, $n$ (%)	129 (11,8 %)	960 (88,2 %)	
Одиночные КГДЯ, $n$ (%)	138 (10,4 %)	1195 (89,6 %)	0,3318
Множественные КГДЯ, $n$ (%)	29 (8,6 %)	309 (91,4 %)	
Антральный отдел, $n$ (%)	26 (11,2 %)	207 (88,8 %)	0,7752
Тело желудка, $n$ (%)	18 (10,8 %)	149 (89,2 %)	
Малая кривизна, $n$ (%)	23 (12,6 %)	159 (87,4 %)	
Большая кривизна, $n$ (%)	5 (6,9 %)	67 (93,1 %)	
Кардиальный отдел и дно желудка, $n$ (%)	7 (11,9 %)	52 (88,1 %)	
Передняя стенка, $n$ (%)	31 (6,3 %)	460 (93,7 %)	0,0002
Задняя стенка, $n$ (%)	23 (16,7 %)	115 (83,3 %)	
Верхняя стенка, $n$ (%)	15 (7,2 %)	192 (92,8 %)	
Нижняя стенка, $n$ (%)	14 (16,7 %)	70 (83,3 %)	
Forrest IA-B, $n$ (%)	51 (30 %)	119 (70 %)	0,0000
Forrest IIA-B, $n$ (%)	63 (17,5 %)	298 (82,5 %)	
Forrest IIC, $n$ (%)	53 (5,1 %)	996 (94,9 %)	
Forrest III, $n$ (%)	0 (0 %)	91 (100 %)	
Легкая, $n$ (%)	35 (4,3 %)	773 (95,7 %)	0,0000
Средняя, $n$ (%)	37 (9,6 %)	348 (90,4 %)	
Тяжелая, $n$ (%)	95 (19,9 %)	383 (80,1 %)	

Как видно из данных табл. 4, важным фактором риска рецидива ЯГДК является возраст больных. Чаще рецидивные ГДК встречали у пациентов 71,0 (60,0-79,0) лет, в то время как, безрецидивное течение заболевания чаще наблюдали у пациентов более молодого возраста – 59,0 (42,0-70,0) лет ( $U = 7905,0$ ;



$P = 0,0000$ ). Также установлено, что фактором риска рецидива ЯГДК является женский пол, – так как у женщин по сравнению с мужчинами в 2 раза чаще (14,4 % и 7,7 % соответственно,  $Chi-square = 20,24$ ;  $df = 1$ ;  $P = 0,0000$ ) встречались рецидивы ЯГДК.

Значимого влияния локализации КГДЯ в ДПК, желудке или ГЭА на риск развития рецидива кровотечения не выявлено ( $Chi-square = 2,34$ ;  $df = 2$ ;  $P = 0,3127$ ). Также значимых различий влияния расположения кровотокащей язвы в различных отделах желудка на риск рецидива ЯГДК выявлено не было ( $Chi-square = 1,78$ ;  $df = 4$ ;  $P = 0,7752$ ). При этом, в ДПК имели противоположную ситуацию: статистически значимо ( $Chi-square = 19,15$ ;  $df = 3$ ;  $P = 0,0002$ ) чаще рецидивные кровотечения возникали при локализации язвы на задней (16,7 %) и нижней (16,7 %) стенках ДПК.

Тип КГДЯ значимо ( $Chi-square = 24,30$ ;  $df = 3$ ;  $P = 0,0000$ ) влияет на риск рецидива: чаще рецидивные геморрагии встречаются при ПЯГЭА, ЯБ-Нр и СГДЯ и реже при ИЯБ. Тип кровотечения по J. Forrest также значимо ( $Chi-square = 156,30$ ;  $df = 3$ ;  $P = 0,0000$ ) влияет на развитие рецидива кровотечения. Чаще рецидивы встречали при продолжающемся кровотечении FIA-FIB – 30 % и при нестабильно остановившемся кровотечении FIIA-FIIB – 17,5 %.

При анализе влияния объема кровопотери на риск рецидива установлено, что степень тяжести кровопотери также является значимым ( $Chi-square = 80,73$ ;  $df = 2$ ;  $P = 0,0000$ ) фактором риска рецидивных кровотечений. Так, у пациентов с тяжелой кровопотерей по сравнению с кровопотерей средней тяжести (в 2,1 раза) и легкой кровопотерей (в 4,6 раз) чаще наблюдали рецидивы ЯГДК.

Таблица 5

**Влияние сопутствующей патологии на риск развития рецидива ЯГДК**

Показатель	Рецидив ЯГДК (n = 167)	Безрецидивное течение ЯГДК (n = 1504)	P
Заболевания сердечно-сосудистой системы, n (%)	145 (13,8 %)	905 (86,2 %)	0,0000
Гипертоническая болезнь, n (%)	142 (14,2 %)	858 (85,8 %)	0,0000
ИБС кардиосклероз атеросклеротический, n (%)	111 (15,2 %)	619 (84,8 %)	0,0000
ИБС аритмический вариант, n (%)	34 (22,8 %)	115 (77,2 %)	0,0000
Заболевания дыхательной системы, n (%)	16 (9,6 %)	151 (90,4 %)	0,8512
Заболевания опорно-двигательного аппарата, n (%)	5 (15,6 %)	27 (84,4 %)	0,2836
Заболевания мочевыделительной системы, n (%)	20 (13,3 %)	130 (86,7 %)	0,1529
Заболевания нервной системы, n (%)	22 (16,1 %)	115 (83,9 %)	0,0135
Онкопатология, n (%)	6 (8 %)	69 (92 %)	0,5558
Сахарный диабет, n (%)	18 (10,3 %)	157 (89,7 %)	0,8918
Прием антикоагулянтов, n (%)	28 (23,9 %)	89 (76,1 %)	0,0000
Прием дезагрегантов, n (%)	13 (11,2 %)	103 (88,8 %)	0,6516
НПВП, n (%)	7 (10,9 %)	57 (89,1 %)	0,7974

Сопутствующая соматическая патология также влияет на риск развития рецидива ЯГДК. У пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы в 3,9 раза ( $Chi-square = 45,76$ ;  $df = 1$ ;  $P = 0,0000$ ) чаще развивались рецидивы геморрагии. При этом риск рецидива выше у пациентов с Гипертонической болезнью в 3,8 раза ( $Chi-square = 48,97$ ;  $df = 1$ ;  $P = 0,0000$ ), при ИБС, атеросклеротическом кардиосклерозе в 2,5 раза ( $Chi-square = 39,35$ ;  $df = 1$ ;  $P = 0,0000$ ), и при аритмическом варианте ИБС – в 2,6 раза ( $Chi-square = 29,91$ ;  $df = 1$ ;  $P = 0,0000$ ). Также оказывают значимое влияние на риск рецидива ГДК заболевания нервной системы, у данных пациентов в 1,7 раза выше риск рецидивных ГДК ( $Chi-square = 6,10$ ;  $df = 1$ ;  $P = 0,0135$ ). При этом установлено, что значимого влияния на риск рецидива кровотечения заболевания дыхательной системы, опорно-двигательного аппарата, мочевыделительной системы, а также онкопатология и Сахарный диабет не оказывают. Для этих групп заболеваний значимость различия составила  $P > 0,05$ . Среди ulcerогенных медикаментозных средств значимо повышают риск рецидива ЯГДК (в 2,7 раза) прием антикоагулянтов ( $Chi-square = 27,16$ ;  $df = 1$ ;  $P = 0,0000$ ), а статистически значимого влияния дезагрегантов и НПВП на развитие рецидива ГДК выявлено не было  $P > 0,05$ .

**Заключение.** Проведенное обсервационное когортное ретроспективное исследование позволило установить, что наиболее значимой причиной неудовлетворительных результатов лечения пациентов с язвенными гастродуоденальными кровотечениями являлись рецидивы геморрагий, которые наблюдались у 9,9 % пациентов. Установлены статистически значимые факторы риска развития рецидива язвенного кровотечения: возраст, женский пол, локализация язв на задней и нижней стенках двенадцатиперстной кишки, тип кровотечения FIA-FIB и FIIA-FIIB, тяжелая степень кровопотери, сопутствующие заболева-

ния сердечно-сосудистой системы и прием антикоагулянтов. Наличие данных факторов крайне важно учитывать при лечении пациентов с кровоточащими гастродуоденальными язвами с целью снижения количества неудовлетворительных результатов лечения.

### Литература

1. Горбашко АИ. Диагностика и лечение кровопотери. Москва. 1982. 224 с.
2. Дзидзава И.И., Котив Б.Н., Джафаров А.А., Бугаев С.А., Солдатов С.А., Слободяник А.В., Смородский А.В., Гусарова П.А., Щемелев А.А. Малоинвазивные методы лечения и профилактики кровотечений из варикозно расширенных вен желудка у больных с синдромом портальной гипертензии (обзор литературы) // Вестник новых медицинских технологий. 2024. №2. С. 35–43. DOI: 10.24412/1609-2163-2024-2-35-43
3. Ивашкин В.Т., Маев И.В., Царьков П.В., Королев М.П., Андреев Д.Н., Баранская Е.К., Бордин Д.С., Бурков С.Г., Деринов А.А., Ефетов С.К., Лапина Т.Л., Павлов П.В., Пирогов С.С., Полуэктова Е.А., Ткачев А.В., Трухманов А.С., Ульянин А.И., Федоров Е.Д., Шептулин А.А. Диагностика и лечение язвенной болезни у взрослых (Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации, Российского общества колоректальных хирургов, Российского эндоскопического общества и Научного сообщества по содействию клиническому изучению микробиома человека) // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2024. Т. 34, №2. С. 101–131 DOI:10.22416/1382-4376-2024-34-2-101-131
4. Пашанова, О. В. Эффективность комбинаций лекарственных препаратов в эрадикационной терапии язвенной болезни желудка, ассоциированной с *Helicobacter pylori* // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2023. Т. 17, № 2. С. 7-20. DOI 10.24412/2075-4094-2023-2-1-1
5. Ревитшвили А.Ш., Оловянный В.Е., Гогия Б.Ш., Ручкин Д.В., Марков П.В., Гурмиков Б.Н., Мамошин А.В., Чилилов А.М., Кузнецов А.В., Шелина Н.В. Хирургическая помощь в Российской Федерации. Москва. 2025. 192 с.
6. Чередников Е.Ф., Баранников С.В., Малеев Ю.В., Фурсов К.О., Литовкина Т.Е., Закурдаев Е.И. Экспериментальное обоснование применения биологически активного дренирующего сорбента и обогащенной тромбоцитами плазмы в лечении кровоточащих дефектов желудка // Вестник новых медицинских технологий. 2017. №24(2). С. 114-118. DOI:10.12737/article\_5947d23009b834.
7. Черноусов АФ, Хоробрых ТВ, Богопольский ПМ. Хирургия язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Москва. 2016. 352 с.
8. Язвенные гастродуоденальные кровотечения. Национальные клинические рекомендации // Хирургическая практика. 2015. №2. С. 62-64..
9. Barbu L. A., Vasile L., Cercelaru L., Şurlin V., Mogoantă S. S., Mogoş G. F. R., Țenea Cojan T. S., Mărgăritescu N. D., Buliman, A. Non-Variceal Upper Gastrointestinal Bleeding: A Retrospective Cohort of 364 Cases, Historical Comparison, and Updated Management Algorithm// *Life (Basel)*. 2025. Vol. 15, N 8. P. 1320. DOI:10.3390/life15081320
10. Budnevsky A.V., Cherednikov E.F., Popov A.V., Ovsyannikov E.S., Kravchenko A.Y., Kuranosov A.Y. Fursov K.O. A complex multidisciplinary approach to prevention gastro-duodenal bleeding in patients of general hospital // *International Journal of Biomedicine*. 2017. Vol. 7, N 3. P. 204-207.
11. Forrest J.A., Finlayson N.D., Shearman D.J. Endoscopy in gastrointestinal bleeding// *Lancet*. 1974. Vol. 2, N 7877. P. 394-397. DOI:10.1016/s0140-6736(74)91770-x..
12. Nagesh V. K., Pulipaka S. P., Bhuju R., Martinez E., Badam S., Nageswaran G. A., Tran H. H., Elias D., Mansour C., Musalli J., Bhattarai S., Shobana L. S., Sethi T., Sethi R., Nikum N., Trivedi C., Jarri A., Westman C., Ahmed N., Philip S., Bangolo A. I. Management of gastrointestinal bleed in the intensive care setting, an updated literature review// *World J Crit Care Med*. 2025. Vol. 14, N 1. P.101639. DOI:10.5492/wjccm.v14.i1.101639

### References

1. Gorbashko AI. Diagnostika i lechenie krvopoteri [Diagnostics and treatment of blood loss]. Moscow. 1982: 224. Russian
2. Dzidzava II, Kotiv BN, Dzhaferov AA, Bugaev SA, Soldatov SA, Slobodyanik AV, Smorodsky AV, Gusarova PA, Shchemelev AA. Maloinvazivnye metody lecheniya i profilaktiki krvotечeniy iz varikozno rasshirenykh ven zheludka u bol'nykh s sindromom portal'noy gipertenzii (obzor literatury) [Minimally invasive methods of treatment and prevention of bleeding from gastric varices in patients with portal hypertension syndrome (literature review)]. *Journal of New Medical Technologies*. 2024;2:35-43. DOI: 10.24412/1609-2163-2024-2-35-43. Russian

3. Ivashkin VT, Mayev IV, Tsarkov PV, Korolev MP, Andreev DN, Baranskaya EK, Bordin DS, Burkov SG, Derinov AA, Efetov SK, Lapina TL, Pavlov PV, Pirogov SS, Poluektova EA, Tkachev AV, Trukhmanov AS, Uljanin AI, Fedorov ED, Sheptulin AA. Diagnostika i lechenie yazvennoi bolezni u vzroslykh (Klinicheskie rekomendatsii Rossiiskoi gastroenterologicheskoi assotsiatsii, Rossiiskogo obshchestva kolorektalnikov, Rossiiskogo endoskopicheskogo obshchestva i Nauchnogo soobshchestva po sodeistviyu klinicheskomu izucheniyu mikrobioma cheloveka) [Diagnostics and Treatment of Peptic Ulcer in Adults (Clinical Guidelines of the Russian Gastroenterological Association, the Russian Society of Colorectal Surgeons, the Russian Endoscopic Society and the Scientific Society for the Clinical Study of Human Microbiome)]. Russian Journal of Gastroenterology, Hepatology, Coloproctology. 2024;34(2):101-131. doi.org/10.22416/1382-4376-2024-34-2-101-131. Russian

4. Pashanova OV. Effektivnost kombinatsii lekarstvennykh preparatov v eradikatsionnoi terapii yazvennoi bolezni zheludka, assotsirovannoi s *Helicobacter pylori* [The effectiveness of drug combinations in the treatment of peptic ulcer associated with *Helicobacter Pylori*]. Journal of New Medical Technologies, e-edition. 2023;17(2): 7-20. . DOI 10.24412/2075-4094-2023-2-1-1. Russian

5. Revishvili AS, Olovyannyj VE, Gogiya BSh, Ruchkin DV, Markov PV, Gurmikov BN, Mamoshin AV, Chililov AM, Kuznecov AV, Shelina NV. Hirurgicheskaya pomoshch' v Rossijskoj Federacii [Surgical care in the Russian Federation]. Moscow. 2025:192. Russian

6. Cherednikov EF, Barannikov SV, Maleev YuV, Fursov KO, Litovkina TE, Zakurdaev EI. Eksperimentalnoe obosnovanie primeneniya biologicheskii aktivnogo dreniruyushchego sorbenta i obogashchennoi trombocitami plazmi v lechenii krovotochashchikh defektov zheludka [Experimental substantiation of the use of biologically active draining sorbent and platelet-enriched plasma in the treatment of bleeding stomach defects]. Journal of New Medical Technologies. 2017;24(2):114-118. DOI:10.12737/article\_5947d23009b834.05709342. Russian

7. Chernousov AF, Horobryh TV, Bogopol'skij PM. Khirurgiya yazvennoi bolezni zheludka i dvenadsatiperstnoi kishki [Surgery of peptic ulcer of the stomach and duodenum]. Moscow. 2016: 352. Russian

8. Yazvennie gastroduodenalnye krovotечения. Natsionalnye klinicheskie rekomendatsii [Ulcerative gastroduodenal bleeding. National clinical guidelines]. Surgical practice. 2015; 2;62-64.

9. Barbu LA, Vasile L, Cercelaru L, Şurlin V, Mogoantă SS, Mogoş GFR, Țenea Cojan TS, Mărgăritescu ND, Buliman. Non-Variceal Upper Gastrointestinal Bleeding: A Retrospective Cohort of 364 Cases, Historical Comparison, and Updated Management Algorithm. Life (Basel). 2025;15(8):1320. Published 2025 Aug 20. DOI:10.3390/life15081320

10. Budnevsky AV, Cherednikov EF, Popov AV, Ovsyannikov ES, Kravchenko AY, Kuranosov A. Y. Fursov KO. A complex multidisciplinary approach to prevention gastro-duodenal bleeding in patients of general hospital. International Journal of Biomedicine. 2017; 7(3): 204 - 207.

11. Forrest JA, Finlayson ND, Shearman DJ. Endoscopy in gastrointestinal bleeding. Lancet. 1974; 2(7877): 394-397. DOI:10.1016/s0140-6736(74)91770-x.

12. Nagesh VK, Pulipaka SP, Bhuju R, Martinez E, Badam S, Nageswaran G A, Tran HH, Elias D, Mansour C, Musalli J, Bhattarai S, Shobana LS, Sethi T, Sethi R, Nikum N, Trivedi C, Jarri A, Westman C, Ahmed N, Philip S, Bangolo AI. Management of gastrointestinal bleed in the intensive care setting, an updated literature review. World J Crit Care Med. 2025;14(1):101639. DOI:10.5492/wjccm.v14.i1.101639

---

#### Библиографическая ссылка:

Баранников С.В. Современные клинические аспекты язвенных гастродуоденальных кровотечений: обсервационное когортное ретроспективное исследование // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2026. №1. Публикация 1-4. URL: <http://www.vnmt.ru/Bulletin/E2026-1/1-4.pdf> (дата обращения: 22.01.2026). DOI: 10.24412/2075-4094-2026-1-1-4. EDN SOYUNM \*

#### Bibliographic reference:

Barannikov SV. Sovremennye klinicheskie aspekty yazvennykh gastroduodenal'nykh krovotachenij: observacionnoe kogortnoe retrospektivnoe issledovanie [Current clinical aspects of peptic gastroduodenal bleedings: an observational cohort retrospective study]. Journal of New Medical Technologies, e-edition. 2026 [cited 2026 Jan 22];1 [about 11 p.]. Russian. Available from: <http://www.vnmt.ru/Bulletin/E2026-1/1-4.pdf>. DOI: 10.24412/2075-4094-2026-1-1-4. EDN SOYUNM

\* номера страниц смотреть после выхода полной версии журнала: URL: <http://www.vnmt.ru/Bulletin/E2026-1/e2026-1.pdf>

\*\*идентификатор для научных публикаций EDN (eLIBRARY Document Number) будет активен после загрузки полной версии журнала в eLIBRARY