

В. О. Шапринський, А. І. Суходоля*, Є. В. Шапринський, В. Д. Романчук, С. С. Скальський, М. А. Верба**

*Кафедри хірургії № 1 з курсом урології (зав. – проф. В. О. Шапринський); *хірургії з курсом стоматології Факультету післядипломної освіти (зав. – проф. А. І. Суходоля); **ендоскопічної та серцево-судинної хірургії (зав. – проф. В. В. Петрушенко) Вінницького національного медичного університету імені М. І. Пирогова*

ВИБІР МЕТОДУ ГЕМОСТАЗУ ПРИ ГОСТРИХ ВИРАЗКОВИХ ШЛУНКОВО-КИШКОВИХ КРОВОТЕЧАХ У ХВОРИХ ЛІТНЬОГО ТА СТАРЕЧОГО ВІКУ В УМОВАХ ПОЛІМОРБІДНОСТІ

Резюме. Гострі виразкові гастродуоденальні кровотечі є одними з найчастіших станів, що вимагають надання невідкладної медичної допомоги. Особливу групу складають хворі літнього та старечого віку. Загальна летальність у цій групі хворих досягає 40%.

Мета дослідження: покращити результати хірургічного лікування виразкових шлунково-кишкових кровотеч у хворих літнього та старечого віку в умовах поліморбідності шляхом вивчення ефективності різних методів фармакологічного, ендоскопічного та оперативного гемостазу.

Матеріал і методи. Проведений аналіз результатів клінічного обстеження та лікування 190 хворих з виразковими гастродуоденальними кровотечами. До основної групи увійшли 165 (86,8%) хворих. Контрольну групу становили 25 (13,2%) пацієнтів. Для зупинки кровотечі використовували методи неоперативного та оперативного гемостазу.

Результати дослідження. У хворих літнього та старечого віку з гастродуоденальними виразковими кровотечами основним напрямком лікування було призначення гемостатичної та кровозамісної терапії. Серед ендоскопічних методів гемостазу обколювання склерозуючими розчинами кровоточивої судини виконано у 54 (28,4%) хворих; у 46 (24,2%) хворих використано кліпування; аргонплазмова коагуляція – у 39 (20,5%) пацієнтів. Лікування гастродуоденальних виразкових кровотеч у пацієнтів контрольної групи проводили шляхом хірургічної корекції: висічення виразки – у 10 (40%) хворих, екстериторизація виразки – у 6 (24%) пацієнтів, секторальна резекція шлунка – у 4 (16%), резекція шлунка за Більрот-I – у 3 (12%) хворих та прошивання виразки – у 2 (8%) хворих.

Висновки: комплексне лікування виразкових шлунково-кишкових кровотеч у пацієнтів з коморбідними захворюваннями із застосуванням сучасних методів ендогемостазу та консервативної терапії в більшості випадків дозволяє домогтися остаточної зупинки кровотечі.

Ключові слова: гастродуоденальна виразка, виразкова кровотеча, ендоскопічний гемостаз.

Гострі виразкові гастродуоденальні кровотечі є одними з найчастіших станів, що вимагають надання невідкладної медичної допомоги [1]. Незважаючи на беззаперечні успіхи в лікуванні таких хворих, загальна летальність при виразкових кровотечах на сьогодні становить 13-15%, а післяопераційна – коливається від 12-25% [2, 3].

Особливу групу складають хворі літнього та старечого віку, чисельність яких за останні роки значно збільшується. Загальна летальність у цій групі хворих досягає 40%, а післяопераційна смертність, особливо при оперативних втручаннях, виконаних на тлі кровотечі, що триває або при рецидиві, становить 55-75% [3-5].

Тяжкі супутні захворювання у 58-93,5% пацієнтів літнього та старечого віку погіршують їх стан

і значно збільшують ризик оперативного втручання при гострих виразкових шлунково-кишкових кровотечах. Тяжке захворювання, що супроводжується серцево-судинною та дихальною недостатністю, викликає гіпоксію слизової оболонки шлунка та зниження її резистентності [5]. Це сприяє загостренню хронічної виразки з подальшим руйнуванням судини та виникненням виразкової кровотечі. У свою чергу, масивні і швидкі геморагії викликають гіпоксію патологічно змінених внутрішніх органів, розвиваючи при цьому порочне коло [6, 7].

Активна та активно-вичікувальна тактика лікування хворих літнього та старечого віку з виразковими гастродуоденальними кровотечами призводить до високої післяопераційної летальності, і тому не прийнятна для даної групи хворих. До

того ж немає відомостей про взаємозв'язок дегенеративних змін слизової оболонки шлунка та дванадцятипалої кишки (ДПК), та кровопостачання цих органів [7-10]. Остаточо не вивчені особливості кровообігу в басейні черевного стовбура при шлунково-кишкових кровотечах у хворих літнього та старечого віку та не визначені основні гемодинамічні фактори ризику розвитку рецидиву.

На сьогодні немає чітких рекомендацій щодо вибору методу ендоскопічного гемостазу у хворих літнього та старечого віку залежно від локалізації, виду виразкового дефекту та фізіологічного стану хворих [10-15].

Отже, незважаючи на значний прогрес у лікуванні гострих виразкових гастродуоденальних кровотеч, залишаються достатньо високі показники ускладнень і летальності навіть при паліативних оперативних втручаннях у групі хворих літнього та старечого віку із супутніми захворюваннями [16]. У більшості випадків ризик хірургічного втручання перевищує ризик кровотечі в умовах поліморбідності пацієнтів. Це все призводить до необхідності подальшого вдосконалення хірургічної тактики при виразкових шлунково-кишкових кровотечах у даної групи хворих для покращення результатів лікування.

Мета дослідження: покращити результати хірургічного лікування виразкових шлунково-кишкових кровотеч у хворих літнього та старечого віку в умовах поліморбідності шляхом вивчення ефективності різних методів фармакологічного, ендоскопічного та оперативного гемостазу.

Матеріал і методи. У Центрі шлунково-кишкових кровотеч Вінницької обласної клінічної лікарні ім. М. І. Пирогова проведений аналіз результатів клінічного обстеження та лікування 190 хворих з виразковими гастродуоденальними кровотечениями у період з 2022-2024 років. Середній вік пацієнтів становив $76,3 \pm 5,5$ років. Чоловіків було 90 (47,4%), жінок 100 (52,6%). З представлених даних видно, що більшість пацієнтів відносилися до групи старечого віку з переважанням жінок.

До основної групи спостереження увійшли 165 (86,8%) хворих літнього та старечого віку з виразковими гастродуоденальними кровотечениями з гострих і хронічних виразок шлунка і ДПК з тяжкими супутніми патологіями. При лікуванні пацієнтів основної групи були використані сучасні методи ендоскопічного гемостазу.

Контрольну групу становили 25 (13,2%) хворих літнього та старечого віку з шлунково-кишковими кровотечениями з гострих та хронічних виразок шлунка та ДПК з тяжкими супутніми захворюваннями. Для лікування цієї групи пацієнтів

використовували традиційні оперативні втручання з приводу гострої шлунково-кишкової кровотечі.

У хворих, які увійшли до дослідження, відмічалися від 2 до 5 супутніх захворювань. Слід зазначити, що у більшості випадків спостерігалися тяжкі ускладнення атеросклерозу: ішемічна хвороба серця – 123 (64,7%) випадків; гіпертонічна хвороба – 97 (51,1%); постійна форма миготливої аритмії – 61 (32,1%); інфаркт міокарда – 23 (12,1%); гостре порушення мозкового кровообігу – 20 (10,5%) випадків. Ще у 34 (17,9%) пацієнтів діагностований цукровий діабет 2-го типу, у 25 (13,2%) – захворювання хребта та суглобів та у 13 (6,8%) – хронічне обструктивне захворювання легень.

Для об'єктивної оцінки тяжкості стану та прогнозу результату захворювання ми використовували інтегральну оригінальну спрощену шкалу SAPS II (Original Simplified Acute Physiology Score II).

Найбільш достовірним методом діагностики ерозивно-виразкових уражень шлунка та ДПК є фіброезофагогастродуоденоскопія (ФЕГДС). У більшості випадків ми використовували для проведення ФЕГДС сучасну цифрову відеоапаратуру, що дозволяла не тільки оцінити характер ерозивно-виразкового процесу та його ускладнення, але й прослідкувати динаміку, виконати біопсію та провести ендоскопічне лікування. Показаннями до проведення ендоскопічного гемостазу були: кровотеча, що продовжується (Forrest-Ia, Forrest-Ib). При нестійкому гемостазі (Forrest-IIa, Forrest-IIb і Forrest-IIc) також проводили ендоскопічний гемостаз.

Для вивчення показників гемодинаміки у пацієнтів літнього та старечого віку з гострими виразковими кровотечениями виконувалося ультразвукове дуплексне сканування черевного стовбура в термін від 24 до 72 годин після розвитку кровотечі.

Для зупинки кровотечі ми використовували методи неоперативного (ендоскопічного + медикаментозного) та оперативного гемостазу. Серед ендоскопічних методів використовували: ін'єкційні медикаментозні ендоскопічні методи гемостазу, аргонплазмову коагуляцію та механічні методи – ендоскопічне кліпування судин у виразці. Кровотечі, які не вдалось зупинити консервативними та ендоскопічними методами, а також рецидивуючі кровотечі підлягали хірургічній корекції. Паралельно проводили лікування супутніх захворювань.

Статистична обробка отриманих результатів проведена за допомогою програми BioStat. Отримані дані представлені у вигляді $M \pm \sigma$, де M – середнє значення, σ – стандартне відхилення.

Результати дослідження та їх обговорення.

У всіх пацієнтів гастродуоденальні виразкові кровотечі були діагностовані на основі клінічних ознак: мелена встановлена у 168 (88,4%) хворих; блювання з домішками крові – у 136 (71,6%); блідість шкірних покривів – у 132 (69,5%); колаптоїдний стан – у 117 (61,6%) пацієнтів та інші симптоми. Як видно з представлених даних, основними ознаками кровотечі були мелена, блювання з домішками крові та блідість шкірних покривів. Проте, на відміну від інших вікових груп, у пацієнтів літнього та старечого віку симптоматика шлунково-кишкових виразкових кровотеч проходила атипово, а провідною ознакою кровотечі у даної категорії хворих було наявність мелени – у 88,4% випадків. Варто зазначити, що у 14 (7,4%) пацієнтів з коморбідними захворюваннями через атипову клінічну картину, гастродуо-

нальні кровотечі були діагностовані несвоєчасно, що в подальшому вплинуло на якість надання медичної допомоги.

З анамнезу встановлено, що у зв'язку з наявністю у пацієнтів супутніх захворювань, 179 (94,2%) хворих періодично приймали нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП); 123 (64,7%) – антиагрегантні препарати та 87 (45,8%) пацієнтів поєднували прийом НПЗП і антикоагулянтів.

Для об'єктивної оцінки тяжкості стану та прогнозу результату захворювання, ми використовували інтегральну оригінальну спрощену шкалу SAPS II. З таблиці 1 видно, що із збільшенням значення SAPS II збільшується ймовірність несприятливого (летального) результату захворювання, а при тяжкості стану хворого більше 21 бала летальність досягає за нашими даними, 100% (табл. 1).

Таблиця 1

Розподіл пацієнтів і летальність залежно від важкості стану за шкалою SAPS II

Бали за шкалою SAPS II	К-сть пацієнтів	К-сть летальних випадків
5-8	60 (31,6%)	–
9-12	68 (35,8%)	13 (19,1%)
13-16	30 (15,8%)	11 (36,7%)
17-20	19 (10%)	15 (78,9%)
≥21	13 (6,8%)	13 (100%)
Всього	190 (100%)	52 (27,4%)

Під час ФЕГДС кровотеча, що триває, виявлена у 58 (30,5%) пацієнтів (Forrest I); ознаки нестабільного гемостазу виявлені у 115 (60,5%) хворих (Forrest II) та шлунково-кишкова кровотеча в анамнезі діагностована у 17 (8,9%) пацієнтів (Forrest III).

Легкий ступінь крововтрати діагностований у 45 (23,7%) хворих; середній ступінь – у 72 (37,9%) пацієнтів та тяжкий ступінь – у 73 (38,4%) хворих. За нашими даними, середній та тяжкий ступінь крововтрати склали 76,3%.

Найчастіше виразковий дефект виявлявся у шлунку – у 122 (64,2%) хворих; у 53 (27,9%) пацієнтів виразки виявлялися у ДПК та у 15 хворих спостерігалися множинні ураження шлунка та ДПК. Гострі виразки мали множинний характер

та невеликі розміри, а хронічні виразкові дефекти частіше були поодинокими, мали великі розміри. За нашими даними, у 131 (68,9%) пацієнта виразкові дефекти мали розміри від 0,2 до 1,0 см; у 40 (21,1%) хворих – від 1,0 до 2,0 см та у 19 (10%) пацієнтів – від 2,5 см та більше.

Для вивчення показників гемодинаміки у пацієнтів літнього та старечого віку з гострими виразковими кровотечами виконувалося ультразвукове дуплексне сканування черевного стовбура в термін від 24 до 72 годин після розвитку кровотечі. Дослідження проведене у 35 пацієнтів в умовах відділення анестезіології та інтенсивної терапії (табл. 2). Контрольну групу (32 хворих) склали пацієнти з іншою патологією органів черевної порожнини (ободової кишки).

Таблиця 2

Параметри ультразвукового дуплексного сканування черевного стовбура у пацієнтів літнього та старечого віку

Групи	Діаметр черевного стовбура (см)	Об'єм (max) (см/сек)	Об'єм (min) (см/сек)	Стеноз (%)
Контрольна група (n = 32)	0,57±0,2	124±18	40±13	не значимий
I основна група без рецидиву кровотечі (n = 26)	0,48±0,1	186±14	56±22	20-25%
II основна група з рецидивом кровотечі (n = 9)	0,36±0,05	83±16	37±18	50-75%

У пацієнтів основної групи відзначалося збільшення швидкісних показників кровотоку в черевному стовбурі в першу добу після кровотечі.

Враховуючи тяжкий стан, виражений метеоризм, відсутність можливості оптимально підготувати хворих до дослідження, достовірно оцінити показники гемодинаміки в лівій шлунковій, селезінковій та печінковій артеріях виявилось неможливим.

Консервативне лікування було спрямоване на відновлення об'єму циркулюючої крові, профілактику лізису тромбу, нормалізації кисневої ємності крові та корекцію постгеморагічних порушень функцій органів та систем. Для гемостатичної терапії використовували свіжозаморожену плазму; транексамову кислоту в дозі 15 мг/кг в/в крапельно, безпосередньо перед введенням розчинивши у 200 мл фізіологічного розчину, далі 1 ампл. 5,0 мл (250 мг) на 200 мл фізіологічного розчину в/в крапельно 2 рази на добу; етамзилат натрію 4,0 в/в 2 рази на добу.

Використання інгібіторів протонної помпи є ефективною профілактичною мірою проти гастродуоденальних виразкових кровотеч. Доцільність застосування антисекреторних препаратів обґрунтовується підвищеною секреторною активністю шлунка і провідним патогенетичним значенням кислотно-пептичного фактору в прогресуванні фібриноїдного некрозу з пошкодженням судин дна і стінок виразкового кратера, розвитком геморагії та її рецидиву. Усім пацієнтам призначали ін'єкційні форми інгібіторів протонної помпи (езомепразол, пантопразол) дозою 80 мг болюсно, у подальшому – по 40 мг на 200 мл фізіологічного розчину кожні 12 годин в/в крапельно 2 рази на добу. Ін'єкційні форми препарату вводили впродовж 3-5 діб; у подальшому призначали пероральний прийом дозою 40 мг 2 рази на добу впродовж 10-14 днів. У період лікування гострих гастродуоденальних виразкових кровотеч відміняли прийом антикоагулянтів.

Серед ендоскопічних методів зупинки кровотечі обколювання судинозвужувальними та склерозуючими розчинами кровоточивої судини виконано у 54 (28,4%) хворих; у 46 (24,2%) хворих використано кліпування; аргонплазмова коагуляція – у 39 (20,5%) та використання поєднаних методів – у 26 (13,7%) хворих.

Лікування гастродуоденальних виразкових кровотеч у пацієнтів контрольної групи проводили шляхом хірургічної корекції. 25 (13,2%) хворим було виконано наступні операції: висічення виразки – у 10 (40%) хворих, екстериторизація виразки – у 6 (24%) пацієнтів з подальшою дуодено-

пластикою та пілородуоденопластикою, секторальна резекція шлунка – у 4 (16%), резекція шлунка за Більрот-I – у 3 (12%) хворих та прошивання виразки – у 2 (8%) хворих.

Хронічна виразкова хвороба шлунка діагностована у 9 (36%) хворих, у 3 (12%) пацієнтів – гострі виразки. У 11 (44%) хворих виявлено хронічні виразки ДПК, у 2 (8%) пацієнтів – гострі виразки. Згідно з нашими даними, оперативні втручання частіше виконувались у пацієнтів з хронічною виразковою хворобою шлунка та ДПК – 20 (80%).

Частка летальних випадків після проведення методів неоперативного (ендоскопічного + медикаментозного) гемостазу становила 8,9% (17 пацієнтів). Серед 25 пацієнтів, яким виконане хірургічне лікування, летальність склала 10,5% (20 пацієнтів). При аналізі летальності у пацієнтів літнього та старечого віку виявлено, що у групі хворих, які померли від гострої крововтрати, бали за шкалою SAPS II достовірно вищі, ніж у групі померлих від інших причин ($p < 0,05$).

На підставі оцінки ризику кровотечі за класифікацією Forrest та об'єктивної оцінки тяжкості стану за системою SAPS II запропоновано оптимальний алгоритм лікування хворих літнього та старечого віку з виразковими гастродуоденальними кровотечами.

Показаннями лише до ендоскопічного гемостазу та комплексного консервативного лікування є високий ризик оперативного втручання при оцінці тяжкості стану хворих за шкалою SAPS II 9-21 балів та інтенсивності кровотечі Forrest-Ia, Forrest-Ib та при нестабільному гемостазі (Forrest-IIa, Forrest-IIb, Forrest-IIc).

Показаннями до екстреного оперативного втручання є кровотеча, що триває (Forrest-Ia, Forrest-Ib), в тому числі рецидив, при неможливості ендоскопічної зупинки, з оцінкою стану хворих за шкалою SAPS II в 5-8 балів і локалізацією виразкового дефекту по задній стінці ДПК, або по малій кривині шлунка розміром більше 2,0 см.

Висновки. 1. Основними причинами виникнення гострих шлунково-кишкових кровотеч у пацієнтів літнього та старечого віку в умовах поліморбідності є гострі виразки шлунка та дванадцятипалої кишки, що виникають на тлі прийому нестероїдних протизапальних препаратів та антикоагулянтів, а також дегенеративно-дистрофічні зміни слизової оболонки внаслідок ішемії. 2. Клінічна симптоматика виразкової хвороби та гострих шлунково-кишкових кровотеч у хворих літнього та старечого віку протікає атипово і в 7,4% випадків не діагностується своєчасно. 3. Ультразвукове дуплексне сканування в 98,2% дозволяє визначити

гемодинамічні зміни в басейні черевного стовбура, що зумовлюють ризик розвитку рецидиву кровотечі з гострих виразок шлунка та дванадцятипалої кишки. При стенозі черевного стовбура більше 50% ризик рецидиву кровотечі збільшується у 2,5 рази. 4. Комплексне лікування виразкових шлунково-кишкових кровотеч у пацієнтів з коморбідними захворюваннями із застосуванням сучасних методів ендогомостазу та консервативної терапії в більшості випадків дозволяє домогтися остаточної зупинки кровотечі. 5. При тяжкості стану пацієнтів літнього та старечого віку із гострими виразковими гастро-

дуоденальними кровотечами за шкалою SAPS II вище 21 бала, післяопераційна летальність наближається до 100%, що визначає неоперативну тактику введення цієї групи хворих.

Перспективи подальших досліджень. Активне використання в клінічній практиці методів неоперативного – ендоскопічного та медикаментозного гемостазу та індивідуального прогнозування ризику рецидиву кровотечі – реальний шлях поліпшення безпосередніх та віддалених результатів лікування виразкових гастроуденальних кровотеч.

Список використаної літератури

1. Fujishiro M, Ikeda Y. Re-bleeding After Endoscopic Hemostasis for Peptic Ulcer Bleeding: Is eNough SAID or Are Other Factors Important? *Dig Dis Sci.* 2016 Jun;61(6):1424-5. doi: 10.1007/s10620-016-4098-1.
2. Hreinsson JP, Jonsson A, Bjornsson ES. Acute upper gastrointestinal bleeding: a population-based, five-year follow-up study. *Scand J Gastroenterol.* 2021 Jan;56(1):1-5. doi: 10.1080/00365521.2020.1849384.
3. Aziz MA, Bojja S, Aziz AA, Javed N, Patel H. Gastrointestinal Bleeding in Patients With Acute Ischemic Stroke: A Literature Review. *Cureus.* 2024 Jan 30;16(1): e53210. doi: 10.7759/cureus.53210.
4. Lee AY, Cho JY. Advancements in hemostatic strategies for managing upper gastrointestinal bleeding: A comprehensive review. *World J Gastroenterol.* 2024 Apr 21;30(15):2087-90. doi: 10.3748/wjg.v30.i15.2087.
5. Lin Y, Li C, Waters D, Kwok CS. Gastrointestinal bleeding in chronic kidney disease patients: a systematic review and meta-analysis. *Ren Fail.* 2023;45(2):2276908. doi: 10.1080/0886022X.2023.2276908.
6. Kurlander JE, Barnes GD, Fisher A, Gonzalez JJ, Helmski D, Saini SD, et al. Association of Antisecretory Drugs with Upper Gastrointestinal Bleeding in Patients Using Oral Anticoagulants: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Am J Med.* 2022 Oct;135(10):1231-43.e8. doi: 10.1016/j.amjmed.2022.05.031.
7. Orpen-Palmer J, Stanley AJ. Update on the management of upper gastrointestinal bleeding. *BMJ Med.* 2022 Sep 28;1(1): e000202. doi: 10.1136/bmjmed-2022-000202.
8. Han Y, Liao Z, Li Y, Zhao X, Ma S, Bao D, et al. Magnetically Controlled Capsule Endoscopy for Assessment of Antiplatelet Therapy-Induced Gastrointestinal Injury. *J Am Coll Cardiol.* 2022 Jan 18;79(2):116-28. doi: 10.1016/j.jacc.2021.10.028.
9. Bai Z, Primignani M, Guo X, Zheng K, Li H, Qi X. Incidence and mortality of renal dysfunction in cirrhotic patients with acute gastrointestinal bleeding: a systematic review and meta-analysis. *Expert Rev Gastroenterol Hepatol.* 2019 Dec;13(12):1181-8. doi: 10.1080/17474124.2019.1694904.
10. Xu Y, Siegal DM. Anticoagulant-associated gastrointestinal bleeding: Framework for decisions about whether, when and how to resume anticoagulants. *J Thromb Haemost.* 2021 Oct;19(10):2383-93. doi: 10.1111/jth.15466.
11. Soriani P, Biancheri P, Bonura GF, Gabbani T, Rodriguez de Santiago E, Dioscoridi L, et al. Over-the-scope clip as first-line treatment of peptic ulcer bleeding: a multicenter randomized controlled trial (TOP Study). *Endoscopy.* 2024 Sep;56(9):665-73. doi: 10.1055/a-2303-4824.
12. Kubota Y, Yamauchi H, Nakatani K, Iwai T, Ishido K, Masuda T, et al. Factors for unsuccessful endoscopic hemostasis in patients with severe peptic ulcer bleeding. *Scand J Gastroenterol.* 2021 Dec;56(12):1396-405. doi: 10.1080/00365521.2021.1969593.
13. Іващенко ДМ, Дудченко МО, Кравців МІ, Шевчук МП, Прихидько РА, Заєць СМ, та ін. Особливості лікувальної тактики при рецидивних шлунково-кишкових кровотечах з використанням ендоскопічного гемостазу. *Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник Української медичної стоматологічної академії.* 2022;22(3-4):61-5. DOI:10.31718/2077-1096.22.3.4.61.
14. Gibiino G, Binda C, Secco M, Giuffrida P, Coluccio C, Perini B, et al. Endoscopic Management of Bleeding in Altered Anatomy after Upper Gastrointestinal Surgery. *Medicina (Kaunas).* 2023 Nov 2;59(11):1941. doi: 10.3390/medicina59111941.

15. Шапринський ВО, Камінський ОА, Білощицький ВФ, Гмошинський МВ, Романчук ВД, Черниченко ОІ, та ін. Оцінка вибору методу гемостазу при гострих гастродуоденальних виразкових кровотечах, що спричинені прийомом медикаментозних препаратів. Шпитальна хірургія. Журнал імені Л. Я. Ковальчука. 2024;3:28-32. DOI: 10.11603/2414-4533.2024.3.14921.

16. Geeratragoon T, Kaosombattawattana U, Boonchote A, Chatthammanat S, Preechakawin N, Srichot J, et al. Comparison of Vonoprazan Versus Intravenous Proton Pump Inhibitor for Prevention of High-Risk Peptic Ulcers Rebleeding After Successful Endoscopic Hemostasis: A Multicenter Randomized Noninferiority Trial. *Gastroenterology*. 2024 Sep;167(4):778-87.e3. doi: 10.1053/j.gastro.2024.03.036.

References

1. Fujishiro M, Ikeda Y. Re-bleeding After Endoscopic Hemostasis for Peptic Ulcer Bleeding: Is eNough SAID or Are Other Factors Important? *Dig Dis Sci*. 2016 Jun;61(6):1424-5. doi: 10.1007/s10620-016-4098-1.
2. Hreinsson JP, Jonsson A, Bjornsson ES. Acute upper gastrointestinal bleeding: a population-based, five-year follow-up study. *Scand J Gastroenterol*. 2021 Jan;56(1):1-5. doi: 10.1080/00365521.2020.1849384.
3. Aziz MA, Bojja S, Aziz AA, Javed N, Patel H. Gastrointestinal Bleeding in Patients With Acute Ischemic Stroke: A Literature Review. *Cureus*. 2024 Jan 30;16(1): e53210. doi: 10.7759/cureus.53210.
4. Lee AY, Cho JY. Advancements in hemostatic strategies for managing upper gastrointestinal bleeding: A comprehensive review. *World J Gastroenterol*. 2024 Apr 21;30(15):2087-90. doi: 10.3748/wjg.v30.i15.2087.
5. Lin Y, Li C, Waters D, Kwok CS. Gastrointestinal bleeding in chronic kidney disease patients: a systematic review and meta-analysis. *Ren Fail*. 2023;45(2):2276908. doi: 10.1080/0886022X.2023.2276908.
6. Kurlander JE, Barnes GD, Fisher A, Gonzalez JJ, Helmski D, Saini SD, et al. Association of Antisecretory Drugs with Upper Gastrointestinal Bleeding in Patients Using Oral Anticoagulants: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Am J Med*. 2022 Oct;135(10):1231-43.e8. doi: 10.1016/j.amjmed.2022.05.031.
7. Orpen-Palmer J, Stanley AJ. Update on the management of upper gastrointestinal bleeding. *BMJ Med*. 2022 Sep 28;1(1): e000202. doi: 10.1136/bmjmed-2022-000202.
8. Han Y, Liao Z, Li Y, Zhao X, Ma S, Bao D, et al. Magnetically Controlled Capsule Endoscopy for Assessment of Antiplatelet Therapy-Induced Gastrointestinal Injury. *J Am Coll Cardiol*. 2022 Jan 18;79(2):116-28. doi: 10.1016/j.jacc.2021.10.028.
9. Bai Z, Primignani M, Guo X, Zheng K, Li H, Qi X. Incidence and mortality of renal dysfunction in cirrhotic patients with acute gastrointestinal bleeding: a systematic review and meta-analysis. *Expert Rev Gastroenterol Hepatol*. 2019 Dec;13(12):1181-8. doi: 10.1080/17474124.2019.1694904.
10. Xu Y, Siegal DM. Anticoagulant-associated gastrointestinal bleeding: Framework for decisions about whether, when and how to resume anticoagulants. *J Thromb Haemost*. 2021 Oct;19(10):2383-93. doi: 10.1111/jth.15466.
11. Soriani P, Biancheri P, Bonura GF, Gabbani T, Rodriguez de Santiago E, Dioscoridi L, et al. Over-the-scope clip as first-line treatment of peptic ulcer bleeding: a multicenter randomized controlled trial (TOP Study). *Endoscopy*. 2024 Sep;56(9):665-73. doi: 10.1055/a-2303-4824.
12. Kubota Y, Yamauchi H, Nakatani K, Iwai T, Ishido K, Masuda T, et al. Factors for unsuccessful endoscopic hemostasis in patients with severe peptic ulcer bleeding. *Scand J Gastroenterol*. 2021 Dec;56(12):1396-405. doi: 10.1080/00365521.2021.1969593.
13. Ivashchenko DM, Dudchenko MO, Kravtsiv MI, Shevchuk MP, Prykhid'ko RA, Zayets' SM, та ін. Особливості лікування при ретсидивних шлунково-кишкових кровотечах з використанням ендоскопічного гемостазу. *Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник Української медичної стоматологічної академії*. 2022;22(3-4):61-5. DOI:10.31718/2077-1096.22.3.4.61. [in Ukrainian].
14. Gibiino G, Binda C, Secco M, Giuffrida P, Coluccio C, Perini B, et al. Endoscopic Management of Bleeding in Altered Anatomy after Upper Gastrointestinal Surgery. *Medicina (Kaunas)*. 2023 Nov 2;59(11):1941. doi: 10.3390/medicina59111941.
15. Shapryns'kyi VO, Kamins'kyi OA, Biloshchyts'kyi VF, Hmoshyns'kyi MV, Romanchuk VD, Chernychenko OI, та ін. Оцінка вибору методу гемостазу при гострих гастродуоденальних виразкових кровотечах, що

sprychyneni pryuyotom medykamentoznykh preparativ. Shpytal'na khirurhiya. Zhurnal imeni L. YA. Koval'chuka. 2024;3:28-32. DOI: 10.11603/2414-4533.2024.3.14921. [in Ukrainian].

16. Geeratragoon T, Kaosombatwattana U, Boonchote A, Chatthammanat S, Preechakawin N, Srichot J, et al. Comparison of Vonoprazan Versus Intravenous Proton Pump Inhibitor for Prevention of High-Risk Peptic Ulcers Rebleeding After Successful Endoscopic Hemostasis: A Multicenter Randomized Noninferiority Trial. *Gastroenterology*. 2024 Sep;167(4):778-87.e3. doi: 10.1053/j.gastro.2024.03.036.

CHOICE OF HEMOSTASIS METHOD FOR ACUTE GASTROINTESTINAL ULCERATIVE BLEEDING IN PATIENTS OF ADVANCED AND ELDERLY AGE IN CONDITIONS OF POLYMORBIDITY

Abstract. Acute ulcerative gastroduodenal bleeding is one of the most common conditions requiring emergency medical care. A special group is elderly and senile patients. The overall mortality in this group of patients reaches 40%.

The aim of the study: to improve the results of surgical treatment of ulcerative gastroduodenal bleeding in elderly and senile patients in conditions of polymorbidity, by studying the effectiveness of various methods of pharmacological, endoscopic and surgical hemostasis.

Material and methods. The results of clinical examination and treatment of 190 patients with ulcerative gastroduodenal bleeding were analyzed. The main group included 165 (86.8%) patients. The control group consisted of 25 (13.2%) patients. Nonoperative and operative hemostasis methods were used to stop bleeding.

Research results. In elderly and senile patients with gastroduodenal ulcer bleeding, the main treatment was the appointment of hemostatic and blood replacement therapy. Among endoscopic methods of hemostasis, sclerosing solutions of the bleeding vessel were performed in 54 (28.4%) patients; clipping was used in 46 (24.2%) patients; argon plasma coagulation in 39 (20.5%) patients. Treatment of gastroduodenal ulcer bleeding in patients of the control group was performed by surgical correction: ulcer excision in 10 (40%) patients, ulcer exteriorization in 6 (24%) patients, sectoral resection of the stomach in 4 (16%), Billroth-I gastric resection in 3 (12%) patients and ulcer stitching in 2 (8%) patients.

Conclusions: comprehensive treatment of ulcerative gastrointestinal bleeding in patients with comorbid diseases using modern methods of endohemostasis and conservative therapy in most cases allows for the final cessation of bleeding.

Key words: gastroduodenal ulcer, ulcer bleeding, endoscopic hemostasis.

Відомості про авторів:

Шапринський Володимир Олександрович – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри хірургії № 1 з курсом урології Вінницького національного медичного університету імені М. І. Пирогова, м Вінниця, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-6763-0408>;

Суходоля Анатолій Іванович – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри хірургії з курсом стоматології ФПО Вінницького національного медичного університету імені М. І. Пирогова, м Вінниця, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-8744-5584>;

Шапринський Євген Володимирович – доктор медичних наук, професор кафедри ендоскопічної та серцево-судинної хірургії Вінницького національного медичного університету імені М. І. Пирогова, м Вінниця, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-4949-3163>;

Романчук Віктор Дмитрович – асистент кафедри хірургії № 1 з курсом урології Вінницького національного медичного університету імені М. І. Пирогова, м. Вінниця, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-7450-4995>;

Скальський Степан Степанович – асистент кафедри хірургії № 1 з курсом урології Вінницького національного медичного університету імені М. І. Пирогова, м. Вінниця, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-3351-5399>;

Верба Михайло Анатолійович – студент 6-го курсу, медичний факультет № 1 Вінницького національного медичного університету імені М. І. Пирогова, м. Вінниця, ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0005-7789-4027>.

Information about the authors:

Shaprynskyi Volodymyr O. – MD, Professor, Head of Department of Surgery № 1 with a Urology Course of the National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsia, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-6763-0408>;

Sukhodolia Anatolii I. – MD, Professor, Head of the Department of Surgery with a Dentistry Course, Faculty of Postgraduate Education of the National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsia, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-8744-5584>;

Shaprynskyi Yevhen V. – MD, Professor of the Department of Endoscopic and Cardiovascular Surgery of the National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsia, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-4949-3163>;

Romanchuk Viktor D. – Assistant Professor of Department of Surgery № 1 with a Urology Course of the National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsia, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-7450-4995>;

Skalskyi Stepan S. – Assistant Professor of Department of Surgery № 1 with a Urology Course, National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsia, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-3351-5399>;

Verba Mykhailo A. – a student of the 6 th year of the Faculty of Medicine № 1 of the National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsia, ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0005-7789-4027>.

Надійшла 05.03.2025 р.