

УДК 616.33-005.1-073.756.8-053.9

<https://doi.org/10.18705/3034-7270-2025-1-4-59-68>

ВАЖНОСТЬ УЧЕТА ДАННЫХ О ВОЗРАСТЕ БОЛЬНЫХ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ РЕНТГЕНЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ПРОЦЕССЕ ОСТАНОВКИ ОСТРОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

Д.А. Творогов^{1,2}, К.Н. Мовчан^{1,2}, Т.Л. Горшенин¹, Н.И. Глушков¹, Г.С. Гугалев²,
Е.М. Бакалкина¹, А.В. Смольников², М.М. Ярцев², Д.А. Зайцев², О.Ю. Мамичева²,
Б.Э. Раджабов²

¹ Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург, Россия

² Медицинский информационно-аналитический центр, Санкт-Петербург, Россия

РЕЗЮМЕ. Лечение больных острым язвенным гастродуоденальным кровотечением сопряжено с определенными сложностями. Внедрение в хирургическую деятельность рентгенэндоваскулярной окклюзии абдоминальных сосудов при таком жизнеугрожающем состоянии способствует повышению качества медицинской помощи, ее эффективности и безопасности. Однако единого мнения специалистов об эффективности использования данной технологии в процессе устранения кровотечения язвенного генеза у людей разного возраста пока нет. Цель – оценить возможности использования рентгенэндоваскулярной окклюзии сосудов живота при устранении острого язвенного гастродуоденального кровотечения с учетом возрастных особенностей организма пациентов. Изучена эффективность устранения острых язвенных гастродуоденальных кровотечений у 2 557 пациентов двух крупных клиник Санкт-Петербурга. Анализ данных осуществлялся с учетом возраста больных и использования в лечебно-диагностическом процессе методики рентгенэндоваскулярной окклюзии сосудов живота. Эта технология применена в 194 случаях у пациентов Городской Александровской больницы (их возраст не превышал 90 лет), а при лечении 31 долгожителя (возраст пациентов составил 90+ лет) специалисты Санкт-Петербургского Госпиталю для ветеранов войн от данной хирургической методики аргументированно воздержались. Показатель эффективности использования эндоваскулярных вмешательств во время устранения геморрагий язвенного генеза составил 91,4 %, параметр общей летальности не превышал – 4,1 %. При первичной эндоскопической оценке гастродуоденальных язв, осложнившихся кровотечением у долгожителей, в большинстве случаев (24 из 31) констатировано состояние устойчивого гемостаза. В семь наблюдений у долгожителей при признаках неустойчивости гемостаза рецидив кровотечения из язв произошел у одного (14,3 %) больного (повторно устранено без операций). Стремление останавливать кровотечение из язв желудка и двенадцатиперстной кишки в процессе оказания медицинской помощи больным старших возрастных групп посредством сугубо мининвазивных методов (даже основанное на кажущемся впечатлении о малотравматичности эндоваскулярного воздействия) не должно превалировать над чувством особой ответственности специалистов за судьбу долгожителей по причине высокого риска у них применения любых хирургических технологий достижения устойчивого гемостаза.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: острые язвенные гастродуоденальные кровотечения, рентгенэндоваскулярная окклюзия абдоминальных сосудов, устойчивость гемостаза

ДЛЯ ЦИТИРОВАНИЯ: Творогов Д.А., Мовчан К.Н., Горшенин Т.Л. и др. Важность учета данных о возрасте больных при использовании рентгенэндоваскулярных технологий в процессе остановки острого кровотечения из гастродуоденальных язв. *Российский хирургический журнал*. 2025;1(4):59–68. <https://doi.org/10.18705/3034-7270-2025-1-4-59-68>; <https://elibrary.ru/TQZLXB>

THE IMPORTANCE OF ACCOUNTING FOR PATIENTS' AGE WHEN CHOOSING RADIATION ENDOVASCULAR TECHNOLOGIES AS THE MAIN TREATMENT FOR ACUTE GASTRODUODENAL ULCER BLEEDING

D.A. Tvorogov^{1,2}, K.N. Movchan^{1,2}, T.L. Gorshenin¹, N.I. Glushkov¹, G.S. Gugalev², E.M. Bakalkina¹, A.V. Smolnikov², M.M. Yartsev², D.A. Zaytsev², O.Yu. Mamicheva², B.E. Radjabov^{1,2}

¹ North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov of the Ministry of Health of the Russian Federation, St. Petersburg, Russia

² Medical Information and Analytical Center, St. Petersburg, Russia

ABSTRACT. Treatment of patients with acute ulcerative gastroduodenal bleeding is associated with certain difficulties. The introduction of X-ray endovascular occlusion of abdominal vessels in this life-threatening condition contributes to improving the quality of medical care, its effectiveness and safety. However, there is still no consensus among experts on the effectiveness of using this technology in the process of eliminating ulcerative bleeding in people of different ages. Objective: to evaluate the possibilities of using X-ray endovascular occlusion of abdominal vessels in the elimination of acute ulcerative gastroduodenal bleeding, taking into account the age characteristics of the patient's body. The effectiveness of eliminating acute gastroduodenal ulcerative bleeding in 2 557 patients from two large clinics in St. Petersburg was studied. The data analysis was carried out taking into account the age of the patients and the use of X-ray endovascular occlusion of the abdominal vessels in the therapeutic and diagnostic process. This technology was used in 194 cases in patients of the Alexander City Hospital (their age did not exceed 90 years), and in the treatment of 31 centenarians (patients aged 90+ years), specialists of the St. Petersburg Hospital for War Veterans reasonably refrained from this surgical technique. The efficiency index of endovascular interventions during the elimination of hemorrhages of ulcerative origin was 91.4 %, the total mortality parameter did not exceed 4.1 %. The initial endoscopic assessment of gastroduodenal ulcers complicated by bleeding in centenarians revealed a state of stable hemostasis in most cases (24 out of 31). In seven cases of centenarians with signs of hemostasis instability, a recurrence of bleeding from ulcers occurred in one (14.3 %) patient (re-eliminated without surgery). The desire to stop bleeding from gastric and duodenal ulcers in the process of providing medical care to patients of older age groups through purely minimally invasive methods (even based on the apparent impression of low-traumatic endovascular effects) should not prevail over the sense of special responsibility of specialists for the fate of centenarians due to their high risk of using any surgical technologies to achieve stable hemostasis.

KEYWORDS: acute ulcerative gastroduodenal bleeding, X-ray endovascular occlusion of abdominal vessels, hemostasis stability

FOR CITATION: Tvorogov D.A., Movchan K.N., Gorshenin T.L., et al. The importance of accounting for patients' age when choosing radiation endovascular technologies as the main treatment for acute gastroduodenal ulcer bleeding. *Russian Surgical Journal*. 2025;1(4):59–68. <https://doi.org/10.18705/3034-7270-2025-1-4-59-68>; <https://elibrary.ru/TQZLXB> (In Russ.).

Введение

Результаты наблюдения осложнений язв желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) острым кровотечением (ОКРЯЖИДПК) остаются причиной углубленного обсуждения специалистов в области абдоминальной хирургии. При оказании неотложной медицинской помощи (МедП) пациентам с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости случаи ОКРЯЖИДПК отмечается не редко [1–4]. Частота завершения случаев острых язвенных гастродуоденальных кровотечений (ОЯГДКр) летальными исходами в когорте больных язвенной болезнью (ЯБ) достигает 30 % [2, 5]. При

осложнении гастродуоденальных язв (ГДЯ) кровотечением многие специалисты также ссылаются на то, что особенности клинического течения ЯБ, как и результаты лечения пациентов разных возрастных когорт населения, оказываются неоднозначными [6–9].

Поиск новых (современных) методов достижения гемостаза в случаях кровотечения из язв желудка и ДПК необходим и остается целью многих исследователей и научных коллективов, специалисты которых занимаются решением задач, стоящих перед экстренной хирургией. Эмпирически уже установлено, что, используя эндоскопические технологии обследования и лечения пациентов, у которых ЯБ осложняется

ОКрЯЖиДПК, остановка кровотечения оказывается гарантированно возможной в 85–90 % случаев [10]. Позитивные результаты авторов научных публикаций, использующих инновационные методы достижения гемостаза при внутрископической эндоскопии желудка и ДПК, в случаях геморрагии ГДЯ очевидны. Тем не менее привлекает внимание то, что показатель чистоты повторных кровотечений (несмотря на проведение целенаправленной противоязвенной и геморрагической терапии), достигает 30–35 % [10–13]. Цифровые значения параметра общей летальности пациентов в случаях рецидивов кровотечений из ГДЯ может превышать 40 % [13]. Особое внимание привлекает показатель частоты наблюдений смерти больных в послеоперационном периоде. У больных ОЯГДКр смертельный исход может происходить в каждом втором случае [14–16].

Инновационные технологии, направленные на достижение и сохранения устойчивости гемостаза в случаях ОКрЯЖиДПК, продолжают разрабатываться и внедряться в клиническую практику [14–16]. В качестве одной из таких инноваций предлагается использовать при оказании МедП больным ОЯГДКр технологии рентгенэндоваскулярной эмболизации сосудов органов в брюшной полости (РЭОСОБрП), осуществляемой под контролем (рентгеновского-Rx) излучения [1, 17]. Результативность применения данной методики в ракурсе прекращения ОЯГДКр отмечается в 90 % наблюдений [17]. Преимущества эндоваскулярной технологии перед так называемыми «традиционными» операциями (лапаротомия, лапароскопия) очевидны, так как РЭОСОБрП малотравматична, что сопряжено с редкостью возможных негативных последствий обструкции сосудов в зоне их дефектов [6, 17]. Тем не менее в сообщениях об эффективности применения РЭОСОБрП, в процессе устранения ОКрЯЖиДПК, специалисты обращают внимание на то, что возможность останавливать кровотечения из язв у людей, относящихся к так называемым возрастным когортам населения с высокой чистотой выявления у них полиморбидности, неоднозначна. Считается, что у долгожителей применение эндоваскулярных вмешательств сопряжено с повышенным риском интра- и послеоперационных осложнений [9]. В связи с этим целенаправленное изучение условий безопасности медицинского обеспечения с гарантией результативности и значимой успешности использования РЭОСОБрП при верификации ОКрЯЖиДПК

у людей, относящихся к так называемым возрастным группам населения, представляется важным для медицинской науки и практики.

Цель исследования – оценить возможности использования рентгенэндоваскулярной окклюзии сосудов живота при устранении острого язвенного гастродуоденального кровотечения с учетом возрастных особенностей организма пациентов.

Материалы и методы

Исследование выполнено на основании данных о результатах МедП, оказанной в 2009–2022 гг. 2 557 пациентам с ОЯГДКр в двух крупных лечебных учреждениях Санкт-Петербурга. В группу из 2 470 чел. вошли пациенты СПбГБУ городской Александровской больницы (ГАБ), в которой 196 больным выполнена РЭОСОБрП (возраст 194 пациентов <90 лет) и двум пациентам 90 + (они отнесены к долгожителям). Во всех случаях пациенты (196), госпитализированные в ГАБ, в связи с ОЯГДКр, перенесли эндоваскулярные операции. Распределение по возрасту пациентов ГАБ, которым вовремя госпитализации по поводу ГДЯКр (выполнена РЭОСОБрП): молодые люди – 11 (5,6 %); люди зрелого возраста – 166 (84,5 %): трудоспособного – 35 (17,7 %), пожилого и старческого – 129 (5,8 %); долгожители – 2 (1,0 %); всего – 177 (90,1 %)¹.

К когортам людей пожилого и старческого возраста отнесены 129 человек – 65,8 %. Когорту пациентов зрелого трудоспособного возраста, госпитализированных в ГАБ, составили 35 человек (17,7 %), пациентов так называемого молодого возраста, наблюдающихся в ГАБ по поводу кровотечения ГДЯ, оказалось 11 человек (5,6 %). В группе пациентов, перенесших в ГАБ РЭОСОБрП, долгожители составили всего два человека (1 %). У мужчин, госпитализированных в ГАБ по поводу ОЯГДКр, необходимость в МедП чаще в 2,5 раза, чем у женщин. У пациентов ГАБ, госпитализированных по поводу ОЯГДКр, верифицированы хронические сопутствующие заболевания. В каждом втором наблюдении у пациентов ГАБ в 66,8 % случаев (131 человек) обнаружены сочетания трех и более состояний, сопутствующих ЯБ.

Среди 87 больных ОЯГДКр, направленных для оказания МедП в Госпиталь для ветеранов войн (ГВВ, Госпиталь), 31 пациент оказался долгожителем. В данной когорте преобладали (71 %) женщины – 22 человек (табл. 1).

¹ В 19 случаях (9,9 % наблюдений) ВАГ завершилась без эмболизации сосудов желудка и ДПК из-за затруднений в рентгенэндоваскулярной идентификации источника кровотечения.

Таблица 1. Распределение долгожителей, направленных в Госпиталь по поводу ГДЯКр, с учетом возраста и гендерных различий пациентов

Table 1. Distribution of long-livers hospitalized to the St. Petersburg City Veterans Hospital for peptic ulcer bleeding, by age and patient gender

Гендерная идентификация пациентов	Число больных, возраст которых составил (в годах)							Всего (%)
	90	91	92	93	94	95	> 95	
Мужчины	4		1		1		1	9 (29)
Женщины	5	5	5	2	4	2	1	22 (71)
Итого	9	5	6	2	5	2	2	31(100)

У всех долгожителей-пациентов в ГВВ, поступивших по поводу ОКРЯЖИДПК, как правило, при обследовании выявлены три и более сопутствующих заболеваний. Сведения о больных преклонного возраста в Госпитале целенаправленно оценены в плане возможности остановки посредством технологий РЭОСОБрП кровотечения, развившегося у пациентов из язв желудка и ДПК. Данные о результатах обследования долгожителей, поступивших в стационары по поводу ОЯГДКр, сравнивались с такими же показателями в группах пациентов, подвергшихся операциям, по достижению их возраста преклонных значений (90 < лет).

От проведения гемостатических воздействий посредством использования РЭОСОБрП у долгожителей с доказанным кровотечением из язв желудка и ДПК сотрудники госпиталя воздержались по причине высокой частоты выявления у больных преклонного возраста декомпенсации сопутствующей патологии. В частности, в 22,6 % наблюдений у долгожителей-пациентов в ГВВ на фоне эпизодов ОЯГДКр констатированы постоянные формы расстройства сердечного ритма. Количество наблюдений (% , $n = 31$) ОЯГДКр в СПбГВВ у долгожителей с учетом сведений об основных характеристиках сопутствующей патологии: полиморбидность (наличие трех и более сопутствующих заболеваний) – 31 (100 %); кардиоваскулярные нарушения: постоянные формы расстройства сердечного ритма – 7 (22,6 %), признаки ишемической болезни сердца – 31 (100 %), нестабильность гемодинамики вследствие гипертонической болезни – 31 (100 %); сопутствующие патологии, обусловленные возрастными изменениями: снижением или утратой слуха и зрения, трофические изменения кожных покровов, патологии суставов и позвоночника – 26 (83,9 %).

В 100 % наблюдений у долгожителей-пациентов ГВВ подтвердились признаки ишемической

болезни сердца и неустойчивость гемодинамических показателей, обусловленных гипертонической болезнью. В 83,9 % случаев у больных так называемого преклонного возраста верифицированы и сопутствующие когнитивные состояния, снижение или утрата слуха и зрения, трофические изменения кожных покровов, патологии суставов, позвоночника и др.

Результаты оказания МедП больным оценивались согласно критериям, приводимым в Национальных клинических рекомендациях по диагностике и лечению язвенных гастродуоденальных кровотечений, принятых в 2014 г. участниками Общероссийской согласительной конференции на основе материалов пленума правления Российского общества хирургов [19], в процессе работы которой учтены мнения и ведущих специалистов по абдоминальной хирургии, гастроэнтерологии, эндоскопии, интенсивной терапии, принявших участие в комиссионной разработке методических рекомендаций, основываясь на опыте как отечественных, так и зарубежных исследователей (Forrest J.A. et al., 1974; Горбашко А.И., 1982; Бранчук В.Н., 1990; Королев М.П., 2013).

После установления диагноза ОЯГДКр пациенты (с учетом оценки тяжести их состояния при высокой вероятности повторного кровотечения согласно критериям Шкалы Rockall – Rockall Risk Scoring System, 1996) госпитализировались в отделения реанимации. При маловероятном риске рецидива кровотечения МедП оказывалась больным непосредственно в условиях хирургического отделения.

Во всех случаях больным целенаправленно осуществлялась комплексная терапия ЯБ. Так называемые традиционные хирургические операции проводились в формате известных (апробированных в течение многих лет) методик, ход выполнения которых подробно изложен в классических изданиях [18, 19].

Эндоскопическая оценка язв желудка и ДПК, признаков продолжающегося кровотечения и

устойчивости гемостаза осуществлялась по критериям (Вербицкого В.Г., 1999; Королев М.П., 2013; Кузьмин-Крутецкий М.И., 2014).

Манипуляции РЭОСОБрП осуществлялись пациентам с использованием ангиографических установок, Innova 3100 IQ и Innova IGS 530 (GE Medical Systems S.C.S., Франция).

Необходимость осмысления причин сдержанного отношения специалистов ГВВ к проведению РЭОСОБрП в процессе оказания МедП должностным и оказалась основным побудительным мотивом научного анализа в формате значимости учета данных о возрасте больных при выборе рентгенэндоваскулярных технологий приоритетными в процессе остановки ОЯГДКр.

Результаты исследования

Во время эндоскопического исследования верхних отделов пищеварительного тракта, первично проводимого должностным при их поступлении в ГВВ в связи с ОКРЯЖиДПК, выявлено, что кровотечение в 26 случаях из 31 можно расценивать как состоявшееся, а продолжающееся оно оказалось в пяти наблюдениях.

Согласно первичной оценке во время эндоскопии гастродуоденальных язв, осложнившихся у должностных кровотечением, у шести из семи больных при признаках неустойчивости гемостаза во время последующего наблюдения за пациентами случаев повторных геморрагии из язв желудка и ДПК не было. Лишь в одном (14,3 %) наблюдении (после, казалось бы, достижения эффективного гемостаза во время эндоскопии) на третьи сутки после этого кровотечения из язвы все же возобновилось (Forrest Ic).

Неудовлетворительные результаты лечения должностных, доставленных в ГВВ по поводу ОЯГДКр, обуславливались нередкостью декомпенсации соответствующих патологических состояний. Показатель летальности (16,1 %) констатирован в группе из пяти человек. Этот параметр обуславливался причинами смерти: в четырех наблюдениях – болезни сердечно-сосудистой системы и в одном случае – COVID-19.

О высоких рисках применения любых хирургических методов лечения пациентов с ОЯГДКр при выраженности коморбидного статуса больных (а у должностных такое состояние диагностируется особенно часто) известно. Специалисты ГВВ после проведения досконального обследования поступивших в медицинскую организацию пациентов преклонного возраста данное обстоятельство учли. От стереотипного выбора РЭОСОБрП в качестве ведущей технологии остановки ОЯГДКр у должностных сотрудники ГВВ аргументированно отказались. Необходимость соблюдения принципа безопасности хирургического вмешательства даже при применении такой, казалось бы, технически малотравматичной операции, как

РЭОСОБрП, при попытках остановки ОЯГДКр у должностных отчетливо осознавалась ангиохирургами, так же как специалистами в области абдоминальной и общей хирургии ГВВ. В связи с этим сотрудники ГВВ, располагая значительным опытом обследования и лечения больных преклонного возраста в случае диагностики у таких пациентов осложнения гастродуоденальных язв кровотечением, придерживались убеждения, что применение у должностных любых хирургических вмешательств (миниинвазивных и так называемого «традиционного» формата) целесообразно осуществлять сугубо по жизненным показаниям, как «операция отчаяния».

У пациентов ГАБ выполнение РЭОСОБрП в 82 (42 %) случаях проведено из-за рецидива ОЯГДКр, временно прекращенного при осуществлении первичной внутрипросветной эндоскопии верхних отделов ЖКТ во время поступления больных в стационар. В 17 случаях пациенты ГАБ после достижения у них гемостаза, используя возможности РЭОСОБрП, в дальнейшем все же были прооперированы посредством так называемых традиционных (открытых) технологий. Поводами к их проведению оказались: в трех случаях – сомнения устойчивости гемостаза, констатируемого во время первичной внутрипросветной ФГДС; в пяти наблюдениях – повторная геморрагия; в девяти случаях – операции проведены в плановом порядке после завершения курса противоязвенной терапии на фоне эпителизации язв и полного устранения в организме последствий, обусловленных кровотечениями.

Исключая из анализа случаи проведения хирургических вмешательств, так называемого традиционного формата (посредством лапаротомного доступа), пациентам ГАБ, можно констатировать, что показатель хирургической активности при выполнении РЭОСОБрП составил 8,6 % (17 человек), а параметр общий летальности – 4,1 % (8 наблюдений).

Обсуждение результатов

Анализ информации о результатах исследования позволяет убедиться в том, что на фоне позитивного прогноза эффективности применения РЭОСОБрП для достижения гемостаза в случаях ОЯГДКр в целом наблюдается явное снижение не только показателей общей летальности пациентов, но и параметров хирургической активности. Это отличает лечебную эмболизацию сосудов ОбрП от результатов осуществления хирургических вмешательств в формате «традиционного» их выполнения. Масштабное внедрение РЭОСОБрП в хирургическую практику предоставления МедП пациентам с ОЯГДКр (по показаниям, с учетом противопоказаний) в плане достижения гемостаза может рассматриваться альтернативой методикам лечебной эндоскопии верхних отделов ЖКТ,

а также операциям, выполняемым в так называемом традиционном (лапаротомическом) формате. Приоритетность в выполнении РЭОСОБрП кажется особенно аргументированной при повторных кровотечениях из желудка и ДПК. Однако у пациентов преклонного возраста (90+ лет) результаты использования при ОЯГДКр хирургических методов (даже при предпочтении среди них самых миниинвазивных) пока не представляется безусловно гарантированным. У долгожителей (в том числе с учетом факта достижения гемостаза во время выполнения первичного эндоскопического исследования при поступлении в стационар в 100 % случаев) риск повторного ОЯГДКр сохраняется высоким. Существенный параметр частоты случаев прекращения геморрагии после обработки во время первичной эндоскопии источников кровотечения язв (желудка и ДПК) у пациентов зрелого (молодого, трудоспособного возраста) при всем благоприятном впечатлении от применения РЭОСОБрП не может преуменьшать настороженность специалистов в отношении сохранения затруднений в достижении гемостаза при обработке язвенных дефектов во время первичной их эндоскопической оценки.

Показатель частоты повторного кровотечения из язв желудка и ДПК (один из семи человек, при неустойчивом гемостазе) и параметр летальности (16,1 %) у долгожителей, поступивших в ГВВ по поводу ОЯГДКр, прежде всего отражают технические сложности непосредственного проведения эндоскопических кровоостанавливающих манипуляций и проблемы организации МедП пациентам так называемого преклонного возраста. В ракурсе возрастной физиологии нельзя отвергать того, что затруднения при обследовании и лечении долгожителей, у которых диагностируется ОЯГДКр, во многом сопряжены с возрастным дефицитом жизненных ресурсов организма, что усугубляется присоединением сопутствующих патологических состояний. Воздержанность специалистов в преимущественном выборе РЭОСОБрП основной технологией остановки ОЯГДКр у долгожителей обуславливается не просто фактом верификации множества сопутствующих заболеваний у пациентов данной возрастной группы. Ангиохирургам, проводящим такую высокотехнологичную процедуру, как окклюзия сосудов органов БрП, при попытках достижения гемостаза в случаях кровотечения из язв желудка и ДПК, придерживаться определенных параметров, ограничивающих границы так называемых красных линий безопасности остановки ОЯГДКр даже при выполнении кажущихся малотравматичных технологий, таких как РЭОСОБрП.

Нельзя не отметить тот факт, что РЭОСОБрП, выполняемая пациентам с ОЯГДКр, открывает

возможности обеспечения прекращения сангвиниции, если не окончательно, то временно. При стабилизирующемся состоянии пациентов на фоне прекращения (минимизации) кровопотери и стабилизации показателей гемодинамических функций появляются дополнительные условия для интенсивного продолжения оказания МедП пациентам по поводу ЯБ вне острой (тревожной) ситуации, индуцированной вновь возникающей геморрагией. Выигрыш времени в таких ситуациях особенно выгоден при оказании МедП именно долгожителям.

Количество случаев проведения РЭОСОБрП в медицинских организациях Санкт-Петербурга увеличивается, накопление опыта применения данной технологии особенно заметно после прекращения пандемии, обусловленной COVID-19. Опыт внедрения РЭОСОБрП накапливается и в ГВВ при проведении лечебно-диагностических мероприятий, в частности, больным у которых осложнения ЯБ кровотечением возникают в преклонном возрасте. Прежде всего это происходит в ракурсе выяснения возможностей, места и результатов использования РЭОСОБрП в процессе лечения населения, данной возрастной когорты.

При обследовании долгожителей, у которых верифицируются ОЯГДКр, специалисты ГВВ пока сдержанно относятся к применению РЭОСОБрП в процессе лечения. Консерватизм сотрудников госпиталя основывается на опыте как учета результатов МедП, так и не менее строгого отношения специалистов к значимости особенностей состояния организма долгожителей. Однако сдержанное отношение к эндоваскулярной окклюзии сосудов органов БрП, больным возраст которых превышает 90 лет, не без оснований связывается не только с очевидными рисками рецидивов кровотечения на фоне декомпенсации сопутствующих заболеваний (особенно сосудистого генеза), но и отсутствием научно обоснованных гарантий безопасного применения каких-либо инвазивных процедур при лечении так называемых возрастных пациентов. Недоучет повышенного риска декомпенсации со стороны сопутствующей патологии с большой вероятностью может оказаться фатальным обстоятельством.

Многие вопросы, возникающие по мере расширения показаний и сужения противопоказаний к использованию РЭОСОБрП, в случаях необходимости обследования и лечения долгожителей в связи с ОКрЯЖиДПК пока еще остаются без аргументированных ответов. Формирование исчерпывающих рекомендаций на вызовы, которые возникают в медицинской практике, должно быть предметом особого изучения для выявления и научного обоснования оптимальных подходов к обследованию и лечению пациентов так называемого преклонного возраста в случаях верификации у них ОЯГДКр – жизнеопасного состояния,

при устранении которого необоснованное хирургическое вмешательство может оказываться лекарством «горше болезни».

Не вызывает сомнений, что использование по показаниям РЭОСОБрП при обследовании и лечении больных ОКРЯЖиДПК не может рассматриваться как бесперспективная деятельность. С целью улучшения результатов оказания МедП пациентам, оказывающимся в преклонном возрасте в опасной для жизни ситуации по причине ОЯГДКр, хирургических технологий для спасения пациентов (как с достоинствами, так и недостатками) в подобных случаях предлагается немало.

Спектр используемых хирургических вмешательств включает: объемные (традиционные/открытые) операции (резекционные, органосохраняющие (разные виды ваготомии, прошивание кровоточащих язвенных дефектов)); эндоскопические внутрипросветные манипуляции с обработкой язвенных дефектов и эндоваскулярные вмешательства на сосудах органов брюшной полости. Однако в случаях оказания МедП при ОКРЯЖиДПК у должностных только одно выполнение с гемостатической целью эндоваскулярных процедур может представляться рискованным, а значит небезопасным. Чаще всего это происходит в случаях, когда в полной мере не учитываются персональные особенности состояния организма людей, относящихся к должностным. Чаще всего эти особенности обуславливаются высокой вероятностью возникновения у пациентов старших возрастных групп рецидивных кровотечений, внезапно или прогнозируемо возникающих как из-за обострения язвенной болезни, так и по причине декомпенсации многих сопутствующих патологических состояний, нередко констатируемых при обследовании именно больных преклонного возраста.

Осуществление как с профилактической целью, так и на высоте кровотечения РЭОСОБрП пациентам, относящимся к так называемым не-возрастным группам населения (людям молодого, зрелого трудоспособного возраста), в случаях осложнения у них ЯБ кровотечением себя оправдывает. Как уже показывает опыт многих авторов, это вполне прагматично при укомплектованности медицинских организаций штатными бригадами ангиохирургов, абдоминальных хирургов, специалистов внутрипросветной эндоскопии, а также при условии оснащения их деятельности специальной медицинской техникой. Вероятно, критерии оценки преимуществ и возможных рисков применения РЭОСОБрП в случаях диагностики ОЯГДКр у должностных пока должны оставаться предметом целенаправленных научных изысканий.

Вывод

Стремление специалистов достигать остановки кровотечения из гастродуоденальных язв у людей, относящихся к старшим возрастным когортам населения, используя сугубо миниинвазивные органосохраняющие технологии хирургического лечения (в том числе эндоваскулярной направленности), должно быть приоритетным. Однако у всех участников лечебно-диагностического процесса должно сохраняться чувство особой ответственности в выборе ведущей методики осуществления операции должностным по причине высокого риска выполнения им любых хирургических пособий для достижения состояния устойчивого гемостаза во что бы то ни стало, даже в случаях так называемой «технологии отчаяния».

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

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

Источник финансирования. Авторы заявляют об отсутствии внешнего финансирования при проведении исследования.

Funding source. This study was not supported by any external sources of funding.

Соответствие нормам этики. Авторы заявляют об отсутствии использования генеративного искусственного интеллекта.

Compliance with ethical principles. The authors declare no use of Generative AI in the preparation of this manuscript.

Список литературы / References

1. Танцев А.О., Корольков А.Ю., Попов Д.Н. и др. Ретроспективный многоцентровой анализ результатов лечения хронических дуоденальных язв, осложненных кровотечением. *Ученые записки Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета имени академика И.П. Павлова*. 2024;31(3):58–65.
Tantsev AO, Korolkov AY, Popov DN, et al. Retrospective multicenter analysis of treatment results for chronic duodenal ulcers complicated by bleeding. *Scientific Notes of the First St. Petersburg State Medical University named after Academician IP Pavlov*. 2024;31(3):58–65. (In Russ.).
2. Ревивили А.Ш., Оловянный В.Е., Сажин В.П. и др. Хирургическая помощь в Российской Федерации: информационно аналитический сборник за 2021 год. М.: НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского, 2022. 200 с.

- Revishvili ASH, Olovyanny VE, Sazhin VP, et al. Surgical care in the Russian Federation: information and analytical collection for 2021. Moscow: NMIC Surgery named after AV Vishnevsky, 2022, 200. (In Russ.).
3. Ивашкин В.Т., Маев И.В., Царьков П.В. и др. 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;34(2):101–131.

Ivashkin VT, Maev IV, Tsarkov PV, et al. Diagnosis and treatment of peptic ulcer disease in adults (Clinical guidelines of the Russian Gastroenterological Association, Russian Society of Colorectal Surgeons, Russian Endoscopic Society and Scientific Community for Promoting Clinical Study of the Human Microbiome). *Russian Journal of Gastroenterology, Hepatology, Coloproctology*. 2024;34(2):101–131. (In Russ.).
 4. Яблонский П.К., Скрыбин О.Н. Анализ оказания экстренной хирургической помощи пациентам с «острым животом» в СПб за 2016 г. с учетом итогов работы Городской клинико-экспертной комиссии. Актуальн. Вопросы хирургии: малоинвазивные технологии – будущее хирургии: докл. СПб., 2017. 6 с.

Yablonskiy PK, Skryabin ON. Analysis of emergency surgical care for patients with "acute abdomen" in St. Petersburg for 2016, taking into account the results of the City Clinical Expert Commission. Actual Issues of Surgery: Minimally Invasive Technologies – The Future of Surgery: Proceedings. St. Petersburg, 2017, 6 p. (In Russ.).
 5. Mille M, Engelhardt T, Stier A. Bleeding duodenal ulcer: strategies in high-risk ulcers. *Visc Med*. 2021;37(1):52–62. <https://doi.org/10.1159/000513689>.
 6. Бедин В.В., Коржева И.Ю., Цуркан В.А. и др. Профилактическая рентгенэндоваскулярная артериальная эмболизация у пациентов с язвенными гастродуоденальными кровотечениями с высоким риском рецидива. *Московский хирургический журнал*. 2023;(1):50–56.

Bedin VV, Korzheva IYu, Tsurkan VA, et al. Preventive radiological endovascular arterial embolization in patients with ulcerative gastroduodenal bleeding at high risk of recurrence. *Moscow Surgical Journal*. 2023;(1):50–56. (In Russ.).
 7. Протокол № 2553 заседания Хирургического общества Пирогова [Интернет] : от 13 апреля 2022 г.; 2022 [цитировано 01 ноября 2025]. Доступно по ссылке: <https://pirogovssociety.tilda.ws/page30696893.html> (дата обращения: 01.11.2025). Pirogov Surgical Society.

Protocol of the 2553rd meeting [Internet]. 2022 Apr 13 [cited 2025 Nov 01]. Available from: <https://pirogovssociety.tilda.ws/page30696893.html>.
 8. Акимов В.П., Левин Л.А., Кубачев К.Г. и др. Острые хирургические заболевания органов брюшной полости / под ред. В.П. Акимова. 2-е изд., испр. и доп. СПб., 2021. 256 с.

Akimov VP, Levin LA, Kubachev KG, et al. Acute surgical diseases of the abdominal cavity organs. Ed. by VP Akimov. 2nd ed., revised and supplemented. St. Petersburg, 2021, 256 p. (In Russ.).
 9. Андрусенко А.В., Вавилова О.Г., Глушков Н.И. и др. Хирургическая гастроэнтерология у больных пожилого и старческого возраста / под ред. МЮ Кабанова, НИ Глушкова, АЛ Левчука. М.: ДПК Пресс, 2021. 448 с.

Andrusenko AV, Vavilova OG, Glushkov NI, et al. Surgical gastroenterology in patients of elderly and senile age. Ed. by MYu Kabanov, NI Glushkov, AL Levchuk. Moscow: DPK Press, 2021. 448 p. (In Russ.).
 10. Lau JYW, Pittayanon R, Wong KT, et al. Combination therapy versus monotherapy in the endoscopic treatment of high-risk bleeding ulcers: A meta-analysis of controlled trials. *Gastrointest Endosc*. 2021;93(5):989–998. <https://doi.org/10.1016/j.gie.2020.09.047>.
 11. Lau JYW, Pittayanon R, Wong KT, et al. Prophylactic angiographic embolisation after endoscopic control of bleeding to high-risk peptic ulcers: a randomised controlled trial. *Gut*. 2019;68(5):796–803. <https://doi.org/10.1136/gutjnl-2018-316074>.
 12. Kaminskis A, Ivanova P, Kratovska A, et al. Endoscopic hemostasis followed by preventive transarterial embolization in high-risk patients with bleeding peptic ulcer: 5-year experience. *World J Emerg Surg*. 2019;10(14):45.
 13. Stanley AJ, Laine L, Dalton HR, et al; International Gastrointestinal Bleeding Consortium. Comparison of risk scoring systems for patients presenting with upper gastrointestinal bleeding: international multicentre prospective study. *BMJ*. 2017;356:i6432. <https://doi.org/10.1136/bmj.i6432>.
 14. Lanis A, Dumonceau JM, Hunt RH, et al. Age-related differences in peptic ulcer bleeding outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Gastroenterology*. 2022;163(2):512–525. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2022.04.034>.
 15. Laursen SB, Hansen JM, Andersen PE, et al. Supplementary arterial embolization an option in high-risk ulcer bleeding: a randomized study. *Scand J Gastroenterol*. 2014;49(1):75–83. <https://doi.org/10.3109/00365521.2013.865782>.
 16. Smith RL, Patel AA, Lee JK. Transcatheter embolization with microspheres for refractory peptic ulcer bleeding: A multicenter cohort study. *J Vasc Interv Radiol*. 2020;31(5):712–720. <https://doi.org/10.1016/j.jvir.2019.12.805>.
 17. Мусинов И.М., Чикин А.Е., Сандурский Г.В. и др. Рентгенэндоваскулярная эмболизация в лечении язвенных гастродуоденальных кровотечений. *Скорая медицинская помощь*. 2023;24(1):55–59.

Musinov IM, Chikin AE, Sandursky GV, et al. Radiological endovascular embolization in the treatment of ulcerative gastroduodenal bleeding. *Emergency Medical Care*. 2023;24(1):55–59. (In Russ.).
 18. Кузин М.И. Хирургические болезни. М.: Медицина, 1980. 496 с.

Kuzin MI. Surgical Diseases. Moscow: Medicina, 1980. 496 p. (In Russ.).


19. Юдин С.С. Этюды желудочной хирургии. М.: Медгиз, 1955. 264 с.

Yudin SS. Essays on Gastric Surgery. Moscow: Medgiz, 1955, 264 p. (In Russ.).

20. Российское общество хирургов. Язвенные гастродуоденальные кровотечения. Клинические рекомендации [Интернет]. Воронеж; 2014 [цитировано 01 ноября 2025]. Доступно по ссылке: https://www.mrckb.ru/files/yazvennye_gastroduodenalnye_krovotecheniya.PDF.

Russian Society of Surgeons. Ulcerative gastroduodenal bleeding: clinical guidelines [Internet]. Voronezh; 2014 [cited 2025 Nov 01]. Available from https://www.mrckb.ru/files/yazvennye_gastroduodenalnye_krovotecheniya.PDF. (In Russ.).

Авторы

Творогов Дмитрий Анатольевич  – канд. мед. наук, доцент, Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова Министерства здравоохранения Российской Федерации; Медицинский информационно-аналитический центр, Санкт-Петербург, Россия, tvorogovd@bk.ru, <https://orcid.org/0000-0002-1747-2157>

Мовчан Константин Николаевич – д-р мед. наук, профессор, начальник сектора по организации экспертизы качества медицинской помощи, Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова Министерства здравоохранения Российской Федерации; Медицинский информационно-аналитический центр, Санкт-Петербург, Россия, movchank@spbmiac.ru, <https://orcid.org/0000-0001-5969-9918>

Горшенин Тимофей Леонидович – д-р мед. наук, доцент, профессор, Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург, Россия, tgorshenin@mail.ru, <https://orcid.org/0009-0000-0079-484>

Глушков Николай Иванович – д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой, Заслуженный врач РФ, Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург, Россия, nikolay.glushkov@szgmu.ru, <https://orcid.org/0000-0001-8146-4728>

Гугалев Григорий Сергеевич – эксперт, Медицинский информационно-аналитический центр, Санкт-Петербург, Россия, gugalev@mail.ru, <https://orcid.org/0009-0000-8372-272>

Бакалкина Екатерина Михайловна – канд. мед. наук, ассистент кафедры, Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург, Россия, MovchanK@miac.zdrav.spb.ru

Смольников Андрей Викторович – канд. мед. наук, эксперт, Медицинский информационно-аналитический центр, Санкт-Петербург, Россия, MovchanK@miac.zdrav.spb.ru


Ярцев Максим Михайлович – канд. мед. наук, эксперт, Медицинский информационно-аналитический центр, Санкт-Петербург, Россия, maх.ul2008@rambler.ru, <https://orcid.org/0000-0003-1570-8856>

Зайцев Давид Александрович – канд. мед. наук, доцент, эксперт, Медицинский информационно-аналитический центр, Санкт-Петербург, Россия, MovchanK@miac.zdrav.spb.ru

Мамичева Ольга Юрьевна – канд. мед. наук, эксперт, Медицинский информационно-аналитический центр, Санкт-Петербург, Россия, MovchanK@miac.zdrav.spb.ru

Раджабов Бехруз Элбоевич – канд. мед. наук, ассистент кафедры, Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург, Россия, MovchanK@miac.zdrav.spb.ru

Authors

Tvorogov Dmitry A.  – Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov of the Ministry of Health of the Russian Federation; Medical Information and Analytical Center, St. Petersburg, Russia, tvorogovd@bk.ru, <https://orcid.org/0000-0002-1747-2157>

Movchan Konstantin N. – Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Sector for the Organization of Medical Care Quality Expertise, North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov of the Ministry of Health of the Russian Federation; Medical Information and Analytical Center, St. Petersburg, Russia, movchank@spbmiac.ru, <https://orcid.org/0000-0001-5969-9918>

Gorshenin Timofey L. – Doctor of Medical Sciences, Professor, North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov of the Ministry of Health of the Russian Federation; St. Petersburg, Russia, tgorshenin@mail.ru, <https://orcid.org/0009-0000-0079-484>

Glushkov Nikolay I. – Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department, Honored Doctor of the Russian Federation, North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov of the Ministry of Health of the Russian Federation, St. Petersburg, Russia, nikolay.glushkov@szgmu.ru, <https://orcid.org/0000-0001-8146-4728>

Gugalev Grigory S. – Expert, Medical Information and Analytical Center, St. Petersburg, Russia, gugalev@mail.ru, <https://orcid.org/0009-0000-8372-272>

Bakalkina Ekaterina M. – Candidate of Medical Sciences, Assistant at the Department, North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov of the Ministry of Health of the Russian Federation, St. Petersburg, Russia, MovchanK@miac.zdrav.spb.ru

Smolnikov Andrey V. – Candidate of Medical Sciences, Expert, Medical Information and Analytical Center, St. Petersburg, Russia, MovchanK@miac.zdrav.spb.ru

Yartsev Maxim M. – Candidate of Medical Sciences, Expert, Medical Information and Analytical Center, St. Petersburg, Russia, max.ul2008@rambler.ru, <https://orcid.org/0000-0003-1570-8856>

Zaytsev David A. – Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Expert, Medical Information and Analytical Center, St. Petersburg, Russia, MovchanK@miac.zdrav.spb.ru

Mamicheva Olga Yu. – Candidate of Medical Sciences, Expert, Medical Information and Analytical Center, St. Petersburg, Russia, MovchanK@miac.zdrav.spb.ru

Radjabov Behruz E. – Candidate of Medical Sciences, Assistant Professor at the Department, North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov of the Ministry of Health of the Russian Federation, St. Petersburg, Russia, MovchanK@miac.zdrav.spb.ru

Поступила 01.11.2025

Принята 09.11.2025

Опубликована 23.12.2025

Received 01.11.2025

Accepted 09.11.2025

Publication 23.12.2025