DOI 10.11603/2414-4533.2024.3.14921
УДК 616.334-005.1:615.276

©В. О. ШАПРИНСЬКИЙ[1]
surgery1@vnmu.edu.ua; ORCID: https://orcid.org/0000-0002-3890-6217;

©О. А. КАМІНСЬКИЙ[1]
alkam_uoz@ukr.net; ORCID: https://orcid.org/0000-0002-7753-6933

©В. Ф. БІЛОЩИЦЬКИЙ[2]
bilischytskyi@gmail.com; ORCID: https://orcid.org/0009-0004-9035-7261

©М. В. ГМОШИНСЬКИЙ[1]
m.v.gmoshinskiy@dnmu.edu.ua; ORCID: https://orcid.org/0009-0001-2829-4106

©В. Д. РОМАНЧУК[1]
romanchukviktor2@gmail.com; ORCID: https://orcid.org/0000-0002-7450-4995

©О. І. ЧЕРНИЧЕНКО[1]
chernychenko@gmail.com; ORCID: https://orcid.org/0000-0001-7915-2987

©М. А. ВЕРБА[1]
mykhailoverba.vnmu@gmail.com; ORCID: https://orcid.org/0009-0005-7789-4027

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова, Вінниця, Україна[1]

Клінічний високоспеціалізований хірургічний Центр з малоінвазивними технологіями Вінницької обласної клінічної лікарні імені М. І. Пирогова, Вінниця, Україна[2]

Оцінка вибору методу гемостазу при гострих гастродуоденальних виразкових кровотечах, що спричинені прийомом медикаментозних препаратів

Мета роботи: визначення ефективності неоперативних та оперативних методів гемостазу в лікуванні хворих із гострими гастродуоденальними виразковими кровотечами, викликаними прийомом медикаментозних препаратів.

Матеріали та методи. Проведено аналіз лікування 215 пацієнтів з гострими гастродуоденальними виразковими кровотечами, що спричинені прийомом медикаментозних препаратів. Чоловіків було 116 (53,9 %) та 99 (46,1 %) жінок. Середній вік хворих становив (51,4±0,54) років. Для зупинки кровотечі використовували консервативні методи гемостазу; ін'єкційні медикаментозні ендоскопічні методи гемостазу, аргоноплазмову коагуляцію та механічні методи – ендоскопічне кліпування судин у виразці. Кровотечі, які не вдалось зупинити консервативними та ендоскопічними методами, а також рецидивні кровотечі, підлягали хірургічній корекції.

Результати. У хворих з гострими гастродуоденальними виразковими кровотечами, що спричинені прийомом медикаментозних препаратів, основним напрямком лікування було призначення гемостатичної та кровозамісної терапії. Для 202 (93,95 %) хворих методом зупинки кровотечі було обрано ендоскопічний гемостаз: обколювання судинозвужувальними та склерозуючими розчинами кровоточивої судини виконано у 73 (36,14 %) хворих, у 67 (33,17 %) хворих використано кліпування, аргоноплазмова коагуляція – у 35 (17,33 %) та використання поєднаних методів – у 27 (13,37 %) хворих. Гастродуоденальні виразкові кровотечі, які не вдалося зупинити медикаментозними та ендоскопічними методами гемостазу, а також рецидивні кровотечі підлягали хірургічній корекції. У 38 (17,67 %) хворих було виконано наступні операції: висічення виразки – у 17 (44,74 %) хворих, екстериторизація виразки з подальшою дуоденопластикою та пілородуоденопластикою – у 8 (21,1 %) хворих, секторальна резекція шлунка – у 6 (15,79 %) хворих, резекція шлунка за Більрот-І – у 4 (10,53 %) хворих та прошивання виразки – у 3 (7,89 %) хворих. Летальність після хірургічного лікування склала 5,58 % (9 пацієнтів померли після первинних операцій, а 3 – після операції з приводу рецидиву кровотечі).

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

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій. Незважаючи на впровадження у клінічну практику нових хірургічних, ендоскопічних та медикаментозних методів лікування, надання медичної допомоги хворим з кровотечами із гастродуоденальних виразок залишається актуальною та складною проблемою невідкладної хірургії. Гострі гастродуоденальні виразкові кровотечі є причиною летальних наслідків у 10–14 % хворих, а летальність при оперативних втручаннях на висоті кровотечі складає від 20 до 40 % [1].

За останні роки змінилася епідеміологія та структура шлунково-кишкових кровотеч на фоні демографічної ситуації (старіння населення); зростання кількості хворих на коморбідні захворювання, які є факторами ризику розвитку пеп-

тичних виразок шлунка та дванадцятипалої кишки (цукровий діабет 2-го типу); появи нових медикаментозних препаратів та безконтрольного їх вживання. Велика частка гострих гастродуоденальних виразкових кровотеч обумовлена прийомом цілого ряду ульцерогенних фармакологічних препаратів, які спричиняють утворення гострих виразок або загострення хронічного процесу [2, 3].

У 45–68 % хворих похилого віку з коморбідним цукровим діабетом 2-го типу (ЦД) гострі гастродуоденальні виразкові кровотечі пов'язані з прийомом пероральних цукрознижувальних лікарських препаратів. Слід зазначити, що ЦД підвищує на 43 % частоту гастродуоденальних виразкових кровотеч та на 44 % смертність хворих протягом першого місяця [4].

Аналіз причин несприятливих наслідків показує, що одним з напрямків у поліпшенні результатів лікування є вдосконалення методів неоперативного (ендоскопічного + медикаментозного) та оперативного гемостазу. Проте питання методів та обсягу оперативного втручання при лікуванні гострих гастродуоденальних виразкових кровотеч серед хірургів залишається дискутабельним [5].

Застосування методу остаточної зупинки кровотечі – хірургічного втручання – часто запізнюється у часі з різних причин, у тому числі в зв'язку із відмовою пацієнтів від операції. Оперативне втручання, особливо на висоті кровотечі, має високий операційно-анестезіологічний ризик, що супроводжується великою кількістю післяопераційних ускладнень та летальністю до 20 % [6].

Ефективність ендоскопічної зупинки кровотечі, за даними літератури, коливається в межах 53,8–97,6 %, з рецидивами від 5 до 30,2 %. Летальність при рецидиві кровотечі залишається високою, її рівень у середньому становить 30–40 %. Це дозволяє, незважаючи на постійне вдосконалення ендоскопічних методик, використовувати методи оперативних втручань [7].

Важливим напрямком покращення результатів лікування гострих гастродуоденальних виразкових кровотеч є вдосконалення методів консервативного гемостазу. Цьому сприяють використання сучасних антисекреторних та гемостатичних препаратів з можливістю їх парентерального введення [8].

Усе вищевикладене змушує об'єднувати та знаходити підходи до лікування хворих на гострі гастродуоденальні виразки, що ускладнилися кровотечею.

Мета дослідження: визначення ефективності неоперативних та оперативних методів гемостазу в лікуванні хворих із гострими гастродуоденальними виразковими кровотечами, викликаними прийомом медикаментозних препаратів.

Матеріали та методи. За шестирічний період (2018–2023 рр.) у клінічному високоспеціалізованому хірургічному Центрі з малоінвазивними технологіями ВОКЛ імені М. І. Пирогова було проліковано 215 пацієнтів віком від 24 до 87 років з гострими гастродуоденальними виразковими кровотечами. Чоловіків було 116 (53,9 %), жінок 99 (46,1 %), у всіх діагностовано гостру або хронічну виразку, що виникла на фоні прийому медикаментозних препаратів, ускладнену профузною кровотечею. Кількість хворих у хронологічному порядку: 2018 рік – 28 хворих, 2019 рік – 33, 2020 рік – 35, 2021 рік – 41, 2022 рік – 49 та 2023 рік – 29 хворих.

Середній вік хворих становив (51,4±0,54) років. Середня тривалість кровотечі становила (46,3±1,49) годин, діаметр та об'єм виразки шлунка – (1,3±0,05) мм і (510,4±47,13) мм^3 відповідно, а виразки дванадцятипалої кишки – (0,8±0,01) мм та (164,5±7,34) мм^3 відповідно. Значення індексу тяжкості перебігу виразок (WI) – (5,9±0,07) в.о., індексу тяжкості кровотечі (BI) – (2,1±0,3) бали. Усім пацієнтам була виконана фіброезофагогастродуоденоскопія (ФЕГДС).

Для зупинки кровотечі ми використовували консервативні методи гемостазу: ін'єкційні медикаментозні ендоскопічні методи гемостазу, аргоноплазмову коагуляцію, та механічні методи – ендоскопічне кліпування судин у виразці. Кровотечі, які не вдалось зупинити консервативними та ендоскопічними методами, а також рецидивні кровотечі, підлягали хірургічній корекції.

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

Результати. В структурі захворювань, з приводу яких приймали медикаментозні препарати, виявлено, що ішемічна хвороба серця була у 94 (43,72 %) хворих, больовий синдром – у 62 (28,84 %), цукровий діабет 2-го типу – у 34 (15,81 %), захворювання хребта та суглобів – у 13 (6,05 %), захворювання вен нижніх кінцівок – у 12 (5,58 %).

Тривалість прийому медикаментозних препаратів становила від 2–3 діб до 6 років. Фармакологічні препарати, що приймали хворі: Аспекард 0,1 по 1 таб. 2 рази на добу per os; Акарбоза 0,1 по 1 таб. 3 рази на добу per os; Аспетер 0,325 по 2 таб. 2 рази на добу per os; Аспірин-кардіо 0,3 по 1 таб. 1 раз на добу per os; Вольтарен 0,075 2 рази на добу в/м; Варфарин 0,0025 по 1 таб. 2 рази на добу per os; Диклофенак 0,05 2 рази на добу в/м; Диклоберл 0,075 2 рази на добу в/м; Доларен 0,55 по 2 таб. 3 рази на добу per os; Кардіомагніл 0,075 по 1 таб. 1 раз на добу per os; Наклофен 0,075 по

1 таб. 2 рази на добу per os; Преднізолон 0,003 по 1 таб. 1 раз на добу per os; Синкумар 0,002 1 таб. 1 раз на добу per os; Цитрамон по 1 таб. 2–3 рази на добу per os. Одночасний прийом декількох препаратів із різних груп виявлено у 53 (24,65 %) хворих.

За даними ФЕГДС було встановлено джерело кровотечі та ступінь гемостазу відповідно до загальновизнаної класифікації Forrest у 211 (98,1 %) пацієнтів. Установити джерело кровотечі під час першого ФЕГДС вдалося у 187 (86,98 %) хворих. Основними причинами невдалих спроб при першій ендоскопії були велика кількість крові або харчових мас у шлунку. Цим хворим проводили промивання шлунка, а потім виконували повторне дослідження. Загалом джерело кровотечі за допомогою ФЕГДС було візуалізовано у 98,1 % пацієнтів. У 4 (1,9 %) пацієнтів через виражений пілоростеноз джерело кровотечі під час ендоскопічного дослідження виявити не вдалося.

На момент госпіталізації хворих кровотеча за ступенем Forrest Ia мала місце у 9 (4,19 %) хворих, Forrest Iв – у 38 (17,67 %), Forrest IIa – у 61 (28,37 %), Forrest IIв – у 53 (24,65 %), Forrest IIc – у 25 (11,63 %), Forrest III – у 29 (13,49 %). Локалізація виразки: у 108 (50,23 %) пацієнтів – дванадцятипала кишка, у 78 (36,28 %) – шлунок та у 29 (13,49 %) – множинні ураження шлунка та дванадцятипалої кишки. Усі хворі були в стадії нестабільного гемостазу.

У хворих з гострими гастродуоденальними виразковими кровотечами, що спричинені прийомом медикаментозних препаратів, основним напрямком лікування було призначення гемостатичної та кровозамісної терапії. Консервативно проліковано 183 (85,12 %) пацієнтів. 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 амп. 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 ефективним профілактичним заходом проти гастродуоденальних виразкових кровотеч у пацієнтів, які приймають нестероїдні протизапальні препарати. Доцільність застосування антисекреторних препаратів обґрунтовується підвищеною секреторною активністю шлунка і провідним патогенетичним значенням кислотно-пептичного фактора 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 протягом 3–5 діб; у подальшому призначали пероральний прийом у дозі 40 мг 2 рази на добу протягом 10–14 днів.

Для 202 (93,95 %) хворих методом зупинки кровотечі було обрано застосування ендоскопічного гемостазу: обколювання судинозвужувальними та склерозуючими розчинами кровоточивої судини виконано у 73 (36,14 %) хворих, у 67 (33,17 %) хворих використано кліпування, аргоноплазмова коагуляція – у 35 (17,33 %) та використання поєднаних методів – у 27 (13,37 %) хворих. На фоні ендоскопічних методів гемостазу пацієнтам було призначено курси консервативної терапії.

Протягом першого місяця після проведення медикаментозного та ендоскопічного гемостазу у 29 (13,49 %) випадках констатовано рецидив гастродуоденальної кровотечі. На частоту рецидиву кровотечі впливає наявність коморбідного ЦД, при якому їх частота виникнення склала 15,8 % спостережень, що у 2,7 раза частіше, ніж у хворих без цукрового діабету.

Гастродуоденальні виразкові кровотечі, які не вдалося зупинити медикаментозними та ендоскопічними методами гемостазу, а також рецидивні кровотечі підлягали хірургічній корекції. 38 (17,67 %) хворим було виконано такі операції: висічення виразки – у 17 (44,74 %) хворих, екстеріоризація виразки – у 8 (21,1 %) пацієнтів з подальшою дуоденопластикою та пілородуоденопластикою, секторальна резекція шлунка – у 6 (15,79 %), резекція шлунка за Більрот-I – у 4 (10,53 %) хворих та прошивання виразки – у 3 (7,89 %) хворих.

Летальність після хірургічного лікування склала 5,58 % (9 (4,19 %) пацієнтів померли після первинних операцій, а 3 (1,4 %) пацієнти – після операції з приводу рецидиву кровотечі), після консервативного лікування – 0,93 % (2 пацієнти) і після ендоскопічного гемостазу – 0,47 % (1 пацієнт)). При цьому варто зазначити, що група хворих, яким проведено консервативну терапію, була менш анамнестично обтяженою, ніж група оперованих пацієнтів. Вибір хворих для оперативного лікування був вимушеним (високий ризик рецидиву; рецидив кровотечі; кровотеча, що триває; поєднані ускладнення виразкової хвороби) у зв'язку з системними порушеннями гемодинаміки, і операція часто проводилася без попередньої підготовки. Тому порівняння летальності у цих групах є дещо умовним.

Обговорення. Серед госпіталізованих у 2018–2023 роках хворих частота гострих гастродуоденальних виразкових кровотеч, спричинених прийомом медикаментозних препаратів, склала 4,73 %, що відповідає літературним даним. Одним

із ключових моментів у тактиці ведення таких пацієнтів залишається призначення консервативного лікування. Згідно з опублікованими дослідженнями на великій вибірці пацієнтів, консервативна терапія дала можливість зупинити гастродуоденальну виразкову кровотечу від 5 до 30 % випадків. Причиною такого значного інтервалу, ймовірно, є часовий проміжок між госпіталізацією та проведенням лікування, а також масивність кровотечі на момент дослідження [9, 10].

Оптимальні результати досліджень при застосуванні ендоскопічних методів гемостазу отримали багато науковців. Проте рецидив кровотечі коливається в межах 5–30 %. Laine L. et al. при застосуванні комплексного ендоскопічного гемостазу в 8,3 % випадків відзначали рецидив кровотечі. Незважаючи на застосування комплексних ендоскопічних та консервативних методів гемостазу, потреба в хірургічному лікуванні виникає у 3–5 % пацієнтів [11].

Висновки. 1. Незалежно від тяжкості стану, всім пацієнтам, у яких виникла гастродуоденальна кровотеча на фоні прийому ульцерогенних медикаментозних препаратів, показане проведення консервативного лікування. Медикаментозна терапія гастродуоденальних виразкових кровотеч повинна включати інтенсивну корекцію крововтрати, застосування гемостатичних фармакологічних препаратів, а також інгібіторів протонної помпи. 2. Комбіноване використання методів ендоскопічного гемостазу з подальшою адекватною фармакотерапією в більшості випадків дозволяє домогтися остаточної зупинки кровотечі. 3. Індивідуальний вибір методу оперативного гемостазу у невідкладній ситуації має базуватися на розширенні кола органозберігальних операцій та скороченні частки резекційних методів. 4. Фактором ризику незадовільних результатів лікування та високої частоти рецидиву гастродуоденальної виразкової кровотечі є коморбідний цукровий діабет.

Конфлікт інтересів. Автори декларують відсутність конфлікту інтересів.

Фінансування. Власні кошти авторів.

Внесок авторів. Шапринський В. О. – ідея, концепція та дизайн дослідження; Камінський О. А. – збір матеріалу дослідження, аналіз отриманих результатів; Білощицький В. Ф. – збір матеріалу дослідження, аналіз отриманих результатів; Гмошинський М. В. – огляд літератури, написання тексту; Романчук В. Д. – збір матеріалу дослідження; Черниченко О. І. – збір матеріалу дослідження, аналіз отриманих результатів; Верба М. А. – підготовка тексту статті.

Конфлікт інтересів. Автори декларують відсутність конфлікту інтересів.

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

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Fujishiro M. Re-bleeding after endoscopic hemostasis for peptic ulcer bleeding: is enough said or are other factors important? / M. Fujishiro, Y. Ikeda // Dig Dis Sci. – 2016. – Vol. 61, No. 6. – P. 1424–1425.
2. Acute upper gastrointestinal bleeding: a population-based, five-year follow-up study / J. P. Hreinsson, A. Jonsson, A. S. Bjornsson // Scand J Gastroenterol. – 2021. – Vol. 56, No. 1. – P. 1–5.
3. Kubota Y. Factors for unsuccessful endoscopic hemostasis in patients with severe peptic ulcer bleeding / Y. Kubota, H. Yamauchi, H. Nakatani // Scand J Gastroenterol. – 2021. – Vol. 56, No. 12. – P. 1396–1405.
4. Aoki T. Recurrence and mortality among patients hospitalized for acute lower gastrointestinal bleeding / T. Aoki, N. Nagata, R. Niikura // Clin Gastroenterol Hepatol. – 2015. Vol. 13. – P. 488–494.
5. Особливості лікувальної тактики при рецидивних шлунково-кишкових кровотечах з використанням ендоскопічного гемостазу / Д. М. Іващенко, М. О. Дудченко, М. І. Кравців [та ін.] // Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник Української медичної стоматологічної академії. – 2022. – Вип. 3-4. – С. 61–65.
6. AlLehibi A.H. Clinical Presentations and Risk Factors of Gastrointestinal Bleeding in the Emergency Department: A Multicenter Retrospective Study / A.H. AlLehibi et. al. // Cureus. – 2024. – Vol. 16, No. 5. – P. e59912.
7. Similar efficacy of proton-pump inhibitors vs H2-receptor antagonists in reducing risk of upper gastrointestinal bleeding or ulcers in high-risk users of low-dose aspirin / F. K. Chan, M. Kyaw, T. Tanigawa [et. al.] // Gastroenterology. – 2017. – Vol. 152. – P. 105-110.
8. Ng J. C. Helicobacter pylori infection and the risk of upper gastrointestinal bleeding in low dose aspirin users: systematic review and meta-analysis / J. C. Ng, N. D. Yeomans // Med J Aust. – 2018. – Vol. 209. – P. 306-311.
9. The Helicobacter Eradication Aspirin Trial (HEAT): a large simple randomised controlled trial using novel methodology in primary care / J. S. Dumbleton, A. J. Avery, C. Coupland [et. al.] // EBioMedicine. – 2015. – Vol. 2. – P. 1200–1204.
10. Aspirin to target arterial events in chronic kidney disease (ATTACK): study protocol for a multicentre, prospective, randomised, open-label, blinded endpoint, parallel group trial of low-dose aspirin vs. standard care for the primary prevention of cardiovascular disease in people with chronic kidney disease / H. Gallagher, J.S. Dumbleton, T. Maishman [et. al.] // Trials. – 2022. – Vol. 23. – P. 331–335.
11. ACG Clinical Guideline: Upper Gastrointestinal and Ulcer Bleeding. / L. Laine, A. Barkun, J. Saltzman, M. Martel, G. Leontiadis // Am J Gastroenterol. – 2021. – Vol. 116, No. 5. – P. 899-917.

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.
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.
3. Kubota Y, Yamauchi H, Nakatani K, et al. Factors for unsuccessful endoscopic hemostasis in patients with severe peptic ulcer bleeding. *Scand J Gastroenterol.* 2021 Dec;56(12):1396-1405.
4. Aoki T, Nagata N, Niikura R, et al. Recurrence and mortality among patients hospitalized for acute lower gastrointestinal bleeding. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2015; 13:488-94.
5. Ivashchenko DM, Dudchenko MO, Kravtsiv MI, Shevchuk MP, Prykhidko RA, Zaiets SM, Zezekalo YeO. Osoblyvosti likuvalnoi taktyky pry retsydyvnykh shlunkovo-kyshkovykh krovotechakh z vykorystanniam endoskopichnoho hemostazu [Peculiarities of treatment tactics for recurrent gastrointestinal bleeding with the use of endoscopic hemostasis]. *Aktualni problemy suchasnoi medytsyny: Visnyk Ukrainskoi medychnoi stomatolohichnoi akademii.* 2022;(3-4):61-65.
6. AlLehibi AH, Alsubaie FF, Alzahrani RH, Ekhuraidah HA, Koshan MA, Alotaibi NF, Alotaibi FM, Alghamdi HS, Aljumah AA. Clinical Presentations and Risk Factors of Gastrointestinal Bleeding in the Emergency Department: A Multicenter Retrospective Study. *Cureus.* 2024 May 8;16(5):e59912.
7. Chan FK, Kyaw M, Tanigawa T, et al. Similar efficacy of proton-pump inhibitors vs H2-receptor antagonists in reducing risk of upper gastrointestinal bleeding or ulcers in high-risk users of low-dose aspirin. *Gastroenterology.* 2017; 152:105-110.
8. Ng JC, Yeomans ND. Helicobacter pylori infection and the risk of upper gastrointestinal bleeding in low dose aspirin users: systematic review and meta-analysis. *Med J Aust.* 2018; 209:306-311.
9. Dumbleton JS, Avery AJ, Coupland C, et al. The Helicobacter Eradication Aspirin Trial (HEAT): a large simple randomised controlled trial using novel methodology in primary care. *EBioMedicine.* 2015; 2:1200-1204.
10. Gallagher H, Dumbleton J, Maishman T, et al. Aspirin to target arterial events in chronic kidney disease (ATTACK): study protocol for a multicentre, prospective, randomised, open-label, blinded endpoint, parallel group trial of low-dose aspirin vs. standard care for the primary prevention of cardiovascular disease in people with chronic kidney disease. *Trials.* 2022; 23:331
11. Laine L, Barkun A, Saltzman J, Martel M, Leontiadis G, ACG Clinical Guideline: Upper Gastrointestinal and Ulcer Bleeding. *Am J Gastroenterol*. 2021 May 1;116(5):899-917.

Отримано 22.05.2024

Електронна адреса для листування: mykhailoverba.vnmu@gmail.com

V. O. SHAPRYNSKYI[1], O. A. KAMINSKYI[1], V. F. BILOSHCHYTSKYI[2], M. V. GMOSHINSKYI[1], V. D. ROMANCHUK[1], O.I. CHERNYCHENKO[1], M. A. VERBA[1].

National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsya, Ukraine[1]

Clinical Highly Specialized Surgical Center with Minimally Invasive Technologies of the Vinnytsia Regional Clinical Hospital, Vinnytsya, Ukraine[2]

EVALUATION OF THE CHOICE OF THE METHOD OF HEMOSTASIS IN ACUTE GASTRODUODENAL ULCER BLEEDING CAUSED BY MEDICATION

The aim of the work: to determine the effectiveness of non-operative and operative methods of hemostasis in the treatment of patients with acute gastroduodenal ulcer bleeding caused by taking medications.

Materials and Methods. An analysis of the treatment of 215 patients with acute gastroduodenal ulcer bleeding caused by taking medical preparations was carried out. There were 116 (53.9 %) men and 99 (46.1 %) women. The average age of the patients was 51.4±0.54 years. Conservative methods of hemostasis were used to stop bleeding; injection medicated endoscopic methods of hemostasis, argon plasma coagulation and mechanical methods – endoscopic clipping of vessels in an ulcer. Bleeding that could not be stopped by conservative and endoscopic methods, as well as recurrent bleeding, was subject to surgical correction.

Results and Discussion. In patients with acute gastroduodenal ulcer bleeding caused by taking medical preparations, the main direction of treatment was the appointment of hemostatic and blood replacement therapy. For 202 (93.95 %) patients, the method of stopping bleeding was the use of endoscopic hemostasis: circumcision of the bleeding vessel with vasoconstrictor and sclerosing solutions was performed in 73 (36.14 %) patients, clipping was used in 67 (33.17 %) patients, argon plasma coagulation – in 35 (17.33 %) and the use of combined methods – in 27 (13.37 %) patients. Gastroduodenal ulcer bleedings that could not be stopped by medication and endoscopic methods of hemostasis, as well as recurrent bleedings, were subject to surgical correction. 38 (17.67 %) patients underwent the following operations: ulcer excision – in 17 (44.74 %) patients, ulcer exteriorization – in 8 (21.1 %) patients followed by duodenoplasty and pyloroduodenoplasty, sectoral resection of the stomach – in 6 (15.79 %), gastric resection according to Billroth-I – in 4 (10.53 %) patients, and ulcer stitching – in 3 (7.89 %) patients. Mortality after surgical treatment was 5.58 % (9 patients died after primary operations, and 3 after surgery for recurrent bleeding).

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