



**New Day in Medicine**  
**Новый День в Медицине**

**NDM**



# TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



**AVICENNA-MED.UZ**



ISSN 2181-712X.  
EiSSN 2181-2187

**12(50)2022**

**Сопредседатели редакционной  
коллекции:**

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,  
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

**Ред. коллегия:**

М.И. АБДУЛЛАЕВ  
А.А. АБДУМАЖИДОВ  
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ  
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ  
М.М. АКБАРОВ  
Х.А. АКИЛОВ  
М.М. АЛИЕВ  
С.Ж. АМИНОВ  
Ш.Э. АМОНОВ  
Ш.М. АХМЕДОВ  
Ю.М. АХМЕДОВ  
Т.А. АСКАРОВ  
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)  
Е.А. БЕРДИЕВ  
Б.Т. БУЗРУКОВ  
Р.К. ДАДАБАЕВА  
М.Н. ДАМИНОВА  
К.А. ДЕХКОНОВ  
Э.С. ДЖУМАБАЕВ  
А.Ш. ИНОЯТОВ  
С. ИНДАМИНОВ  
А.И. ИСКАНДАРОВ  
С.И. ИСМОИЛОВ  
Э.Э. КОБИЛОВ  
Д.М. МУСАЕВА  
Т.С. МУСАЕВ  
Ф.Г. НАЗИРОВ  
Н.А. НУРАЛИЕВА  
Б.Т. РАХИМОВ  
Ш.И. РУЗИЕВ  
С.А. РУЗИБОЕВ  
С.А. ГАФФОРОВ  
Ж.Б. САТТАРОВ  
Б.Б. САФОЕВ (отв. редактор)  
И.А. САТИВАЛДИЕВА  
Д.И. ТУКСАНОВА  
М.М. ТАДЖИЕВ  
А.Ж. ХАМРАЕВ  
А.М. ШАМСИЕВ  
А.К. ШАДМАНОВ  
Н.Ж. ЭРМАТОВ  
Б.Б. ЕРГАШЕВ  
Н.Ш. ЕРГАШЕВ  
И.Р. ЮЛДАШЕВ  
Д.Х. ЮЛДАШЕВА  
А.С. ЮСУПОВ  
М.Ш. ХАКИМОВ  
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)  
DONG JINCHENG (Китай)  
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)  
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)  
В.А. МИТИШ (Россия)  
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)  
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)  
А.А. ПОТАПОВ (Россия)  
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)  
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)  
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)  
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)  
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

[www.bsmi.uz](http://www.bsmi.uz)

<https://newdaymedicine.com>

E: [ndmuz@mail.ru](mailto:ndmuz@mail.ru)

Тел: +99890 8061882

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН  
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ  
NEW DAY IN MEDICINE**

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал*

*Научно-реферативный,*

*духовно-просветительский журнал*

**УЧРЕДИТЕЛИ:**

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ  
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский  
исследовательский центр хирургии имени  
А.В. Вишневского является генеральным  
научно-практическим  
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных  
изданий, рецензируемых Высшей  
Аттестационной Комиссией  
Республики Узбекистан  
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

**РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:**

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)  
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)  
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)  
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)  
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)  
У.К. КАЮМОВ (Ташкент)  
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)  
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)  
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)  
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)  
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

**12 (50)**

**2022**

*декабрь*



Received: 20.11.2022  
Accepted: 29.11.2022  
Published: 20.12.2022

УДК 616.33 - 005.1

## ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

*Бабаджанов А.Х., Хаялиев Р.Я., Джуманиязов Д.А.*

ГУ «Республиканский Специализированный Научно-практический Медицинский Центр Хирургии имени академика В.Вахидова».

### ✓ Резюме

*В статье приведены эпидемиологические данные, касающиеся неварикозных эрозивно-язвенных гастродуоденальных кровотечений, с упором на последнюю декаду. Проведен обзор важнейших рандомизированных исследований, проведенных по диагностике этого грозного хирургического осложнения. Авторы описали тенденцию по увеличению частоты язвенных кровотечений по всему миру, несмотря на стабилизацию и уменьшение общей заболеваемости. Выделены факторы риска, нерешенные проблемы, намечены пути улучшения результатов хирургического лечения этой сложной патологии.*

*Ключевые слова: язвенных кровотечения, эрозия, желудочно-кишечный тракт, Helicobacter pylori.*

## EROZIV-YARALI GASTRODUODENAL QON KETISHLARNING EPIDEMIOLOGIYASI

*Babadjanov A.X., Xayaliev R.Ya., Djumaniyazov D.A*

“Akademik V.Vohidov nomidagi Respublika ixtisoslashtirilgan xirurgiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi” DM

### ✓ Resume

*Maqolada oxirgi o'n yillikdagi me'da va 12-barmoqli ichakdan varikozli bo'lmagan yara va eroziyalaridan qon ketishi haqida epidemiologik ma'lumotlar berilgan. Bu daxshatli xirurgik asoratni tashxislash bo'yicha o'tkazilgan muhim tasodifiy izlanishlar ko'rib chiqildi. Mualliflar umumiy kasallanishning barqarorlashuvi va kamayishiga qaramay, dunyo bo'ylab yaradan qon ketish chastotasining ko'payishi tendentsiyasini ta'rifladilar. Xavf omillari, xal qilinmagan muammolar belgilandi, ushbu murakkab patologiyaning xirurgik yul bilan davolash natijalarini yaxshilash yo'llari belgilab berildi.*

*Kalit so'zlar: yaradan qon ketishi, эрозия, ошқозон-ичак тракти, Helicobacter pylori.*

## EPIDEMIOLOGY OF EROSIIVE-ULCER GASTRODUODENAL BLEEDINGS

*Babadjanov A.Kh., Khayaliev R.Ya., Djumaniyazov Dj.A.*

SI "Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Surgery named after academician V. Vakhidov

### ✓ Resume

*In this article has given an epidemiologic evidence, concerned to NVUGB, accented to last decade. It has held overview the main randomized researches, that held in the diagnostic of this formidable surgical complication. The authors described the tendency of rising the frequency of ulcer bleeding from over the world, despite of stabilization and decreasing of general morbidity. It has founded the factor of risks, unsolved problems, maintained the ways of improving the results of surgical treatment in this complicated pathology.*

*Key words: ulcerative bleeding, erosion, gastrointestinal tract, Helicobacter pylori.*

### Актуальность

Кровотечение из верхних отделов желудочно-кишечного тракта без варикозного расширения вен (NVUGIB) представляет собой серьезную клиническую проблему с частотой примерно 61-78 случаев на 100000 человек в США в 2009-2012 гг. [4]. Смертность от NVUGIB оценивается между 2% и 10% [6]. За последние десятилетия в эпидемиологии язвенной болезни произошли важные изменения. Пик заболеваемости приходится на лиц, родившихся в конце 19 века. Пик язвы двенадцатиперстной кишки следовал за пиком язвы желудка с отставанием от 10 до 20 лет [8]. Еще в 60 гг было высказано предположение о снижении заболеваемости язвенной болезнью на основании когортного анализа [38], показывающего, что смертность от пептических язв снижалась. Это наблюдение было подтверждено снижением частоты госпитализаций по поводу язвенной болезни в США, а также во многих европейских странах за последние десятилетия [37]. Открытие *Helicobacter pylori* в начале 1980-х годов как основной причины язвенной болезни оказало значительное влияние на лечение язвенной болезни. Было доказано, что эрадикационная терапия *H. Pylori* излечивает пациентов с предшествующей хронической рецидивирующей язвенной болезнью. Дальнейшие исследования эпидемиологии инфекции *H. Pylori* показали, что в последние десятилетия распространенность этой бактерии со временем снижалась, предположительно в результате улучшения условий жизни [21, 25]. Xia B., с соавторами (2005) показали, что распространенность пептической язвы, в основном язвы двенадцатиперстной кишки, была снижена в связи с тенденцией к снижению распространенности *H. Pylori*, подтверждая, что *H. Pylori* особенно вовлечен в развитие язвы двенадцатиперстной кишки [42]. Со снижением заболеваемости язвенной болезнью это могло повлиять и на частоту язвенных осложнений. Kuipers EJ, (2006) выявили, что частота наиболее серьезного осложнения, язвенного кровотечения, оставалась стабильной в период между 1993 и 2003 гг., несмотря на снижение частоты пептических язв [21]. Летальность и частота повторных кровотечений при язвенных кровотечениях также не изменились. Исследователи из Англии сообщили, что частота кровотечения из язвы желудка и двенадцатиперстной кишки увеличилась даже среди пожилых пациентов [40]. Было показано, что это повышение коррелирует с пероральными антикоагулянтами, нестероидными противовоспалительными препаратами (НПВП) и приемом пероральных кортикостероидов [15].

Groenen MJ, et al. (2009) считают, что заболеваемость язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки среди населения Нидерландов с течением времени неуклонно снижается [13]. Схемы тестирования и лечения *H. pylori*, возможно, способствовали этому снижению. При дальнейшем снижении распространенности *H. Pylori* заболеваемость язвой желудка, вероятно, превысит заболеваемость язвой двенадцатиперстной кишки в самом ближайшем будущем, возвращаясь к аналогичной ситуации, которая существовала в начале прошлого века.

Ahsberg K, (2011) и ряд других авторов также считают [3], что частота госпитализаций по поводу пептической язвы снизилась в большинстве западных стран с 1950-х годов [23] вероятно, из-за когортного феномена с уменьшением распространенности инфекции *Helicobacter pylori* и современного лечения язвы антагонистами гистамин-рецепторов и ингибиторами протонной помпы, а также эрадикационная терапия *H. Pylori* [25, 33]. Однако за последние два десятилетия в мире в несколько раз увеличилось назначение низких доз аспирина и других нестероидных противовоспалительных препаратов, а также селективных ингибиторов обратного захвата серотонина [36]. Эти препараты нарушают защитные механизмы слизистой оболочки желудка, влияют на гемостаз и могут способствовать кровотечению из пептической язвы [9, 17]. В общенациональном популяционном анализе тенденций заболеваемости и смертности от кровотечений из пептической язвы за последние десятилетия получены разные результаты. В Финляндии (1972-1992 гг.: Paimela H, 2002) и Англии (1989-1999 гг.: Higham J, 2002) увеличилась частота госпитализаций по поводу язвенного кровотечения, особенно среди пожилых людей. В Шотландии (1982-2002 гг.: Kang JY, 2006) была обнаружена общая тенденция к снижению, но среди пожилых людей частота госпитализаций увеличилась, особенно по поводу кровотечения из язвы двенадцатиперстной кишки (ДПК). В Нидерландах (1980-2003 гг.) наблюдались гендерные различия: язвенная

болезнь желудка (ЯБЖ) и кровотечение из ЯБЖ у женщин увеличивались, в то время как среди мужчин кровотечение из ЯБДПК уменьшалось, а кровотечение из ЯББДПК было стабильным [21]. В не общенациональных, а региональных популяционных исследованиях в Дании (1993-2002 гг.: Lassen A, 2006), Нидерландах (1993-2000 гг.: van Leerdam ME, 2003) и Германии (1990-2000 гг.: Ohmann C, 2005) частота язвенных кровотечений не изменилась. Сообщалось, что показатели смертности от кровоточащей язвы стабильны [24]. В Шотландии уровень летальности снижался после кровотечения из мочевого тракта и увеличивался после кровотечения из язвенной болезни [21]. Уровень смертности колеблется от 5% до 15% в различных исследованиях последних десятилетий [24, 31].

Zheng Y, et al. (2020) представили данные по частоте и исходам госпитализаций по поводу язвенной болезни в материковом Китае неизвестны [43]. Получены и подтверждены данные о госпитализации ЯБЛ из 4441 больницы, предоставивших отчеты для системы статистики здравоохранения и информационной отчетности в 2015 году. Анализ чувствительности был проведен для проверки надежности результатов с учетом различных показателей отчетности по провинциям. Текущие анализы были сосредоточены на локализации язв, осложнениях, методах лечения и показателях внутрибольничной смертности или несанкционированной выписки. Общее количество госпитализаций по поводу ЯБ составило 443 433 человека (средний возраст 55,14 года), что составляет 0,59% госпитализаций по всем причинам в 2015 г. в 4441 больнице. Язвы двенадцатиперстной кишки встречались чаще, чем язвы желудка (44,69% против 37,42%). Около 61% стационарных больных имели осложнения (46,45% кровотечения и 14,66% перфорации). Более 96% неосложненных или кровотечений стационарных пациентов лечились медикаментозно. Оперативное лечение выполнено в 64,22% случаев перфорации. Эндоскопический гемостаз и транскатетерная эмболизация были выполнены в 1,59% случаев кровотечения и в 0,59% случаев перфорации. Для всех случаев ЯБ средняя госпитальная смертность составила 0,35%. 6% стационарных пациентов покинули больницы без разрешения. Сделан вывод, что в настоящее время доминирует фармакологическое лечение, а эндоскопический гемостаз явно недостаточно используется при госпитализации ЯБ в материковом Китае.

Wang J, et al. (2017) изучили тенденцию изменения клинической эпидемиологии кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта (NVUGIB) за последние 15 лет в Китае [41]. В исследование были включены последовательные пациенты эндоскопического центра Первого дочернего госпиталя Университета им. Сунь-Ята в период с 1 января 1997 г. по 31 декабря 1998 г. и в период с 1 января 2012 г. по 2013 г. Их пол, возраст, этиология, классификация язв, эндоскопическое лечение и смертность от госпитализации сравнивались между двумя периодами. В периоды с 1997 по 1998 г. и с 2012 по 2013 г. выявляемость NVUGIB составила 9,99% и 4,49%; доля пациентов мужского пола составила 73,28% и 72,44%, а возраст начала составил (47,3±16,4) года и (51,4±18,2) года соответственно. С 1997 по 1998 г. первой этиологией NVUGIB было язвенное кровотечение, составившее 65,2%, вторым было раковое кровотечение 7,0%, а третьим было кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода и желудка 6,4%. С 2012 по 2013 г. язвенная болезнь по-прежнему была первой причиной ВЖКК, но соотношение явно снизилось до 52,7%. Основной причиной явилось снижение доли язвенных кровотечений из двенадцатиперстной кишки. Кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода и желудка стали второй причиной 15,1%, а рак – третьей причиной 9,2%. По сравнению с периодом с 1997 по 1998 г. частота выявления повторных кровотечений из язвенной болезни высокого риска по Форресту стадии I(a), I(б), II(a) и II(б) увеличилась в период с 2012 по 2013 г. С 1997 по 1998 г. эндоскопическое лечение проведено 54 больным, коэффициент достижения гемостаза составил 79,6% (43/54). С 2012 по 2013 г. 261 пациенту было проведено эндоскопическое лечение, при этом коэффициент достижения гемостаза составил 96,9%, что было достоверно выше. По сравнению с периодом с 1997 по 1998 г. больше пациентов с варикозным кровотечением или неварикозным кровотечением своевременно получили эндоскопическое лечение 39,0% против 70,3%; 3,6% против 15,6% соответственно, а также более высокое соотношение пациентов со стадией Форреста I(a) к II(б), также получавших эндоскопическое лечение в период с 2012 по 2013 г. 27,4% против 68,5%. Доля стационарных больных, подвергшихся повторной операции, явно снизилась в период с

2012 по 2013 г. 9,3% против 6,0%, в то время как достоверной разницы в смертности во время госпитализации между двумя периодами обнаружено не было. Авторы констатировали, что по сравнению с периодом с 1997 по 1998 г. увеличился средний возраст дебюта NVUGIB, снизился коэффициент язвенных кровотечений за счет снижения кровотечений из язвы двенадцатиперстной кишки, увеличилась частота выявления повторных кровотечений из язвенной болезни высокого риска, частота излечений эндоскопическое лечение NVUGIB увеличилось, применялись более обоснованные и немедленные методы гемостаза, но общая летальность за период с 2012 по 2013 г. явно не изменилась.

XXI век ознаменовался усилением влияния религиозных течений на повседневную жизнь верующих. Vdioui F, (2012) считает, что пост в Рамадан сопровождается повышением кислотности желудка в течение 24 часов, особенно в дневное время [7]. Кислотность желудка максимальна в конце разгрузочного дня. Таким образом, больной с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки подвержен высокому риску реактивации заболевания. Частота язвенных осложнений в месяц Рамадан статистически выше, чем в остальное время года. Частота кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта умножается на 2, а перфораций – на 4. Эрадикация *Helicobacter pylori*, по-видимому, не играет роли в возникновении этих осложнений, особенно перфорации. Пациент с язвой двенадцатиперстной кишки может без риска голодать при использовании ингибитора протонной помпы, если язва зажила и *H. pylori* ликвидирована. Автор сделал вывод, что пост в Рамадан является нецелесообразным при активной язве двенадцатиперстной кишки.

Предыдущие исследования показали, что условия питания в Рамадан, связаны с повышением кислотности желудка и активности пепсина в основном в дневную фазу [14, 28]. Однако кислота является фактором риска, который может вызвать кровотечение или повторное кровотечение. от язвенной болезни. Это означает, что изменения в секреции желудочного сока могут увеличить риск кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта во время Рамадана. Два исследования показали, что голодание в Рамадан увеличивает риск кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта [11, 29].

В исследовании Dönderici O. при сравнении пациентов, госпитализированных по поводу осложнений пептической язвы в месяц Рамадан и перед месяцем Рамадан, выявлено, что у пациентов женского пола во время Рамадана чаще развивались кровотечения и перфорации, чем у пациентов мужского пола [10]. А также в турецком исследовании, в котором сравнивали пациентов, прооперированных по поводу прободной язвы двенадцатиперстной кишки в Рамадан в течение 5-летнего периода, с оперированными в остальные периоды (другие месяцы периода исследования), мужчины преобладали, но меньше в Рамадан (90%), чем в месяцы, не относящиеся к Рамадану (98,6%). Таким образом, эти исследования показали, что среди пациентов, у которых во время Рамадана развилось кровотечение или прободение язвы, наблюдалась тенденция к увеличению числа женщин, хотя мужчины по-прежнему преобладали [10, 11].

Еще один фактор, сильно повлиявший на рост эрозивно-язвенных кровотечений в последние годы это пандемия COVID-19. Первоначальный всплеск пандемии коронавирусной болезни 2019 года (COVID-19) побудил национальные рекомендации отложить несрочные эндоскопические процедуры. Цель этого исследования состояла в том, чтобы предоставить реальные данные о влиянии COVID-19 на эндоскопические процедуры в системе здравоохранения и онкологическом центре, связанном с высшим академическим центром. Во время первоначального всплеска пандемии коронавирусной болезни 2019 (COVID-19) системы здравоохранения в США быстро приспособились к снижению передачи заболевания и резервированию возможностей для инфицированных [34]. Главный хирург США посоветовал отложить все несрочные медицинские процедуры и операции [2], а в совместном заявлении 4 гастроэнтерологических обществ США рекомендовали перенести плановые эндоскопические процедуры [18]. Хотя первоначально отсрочка плановых и несрочных процедур была необходима, продолжающиеся задержки или отмены могли привести к другим кризисам общественного здравоохранения из-за предотвратимых и хронических заболеваний [16]. Хотя точно измерить влияние COVID-19 на предотвратимые и хронические заболевания сложно, COVID-19 значительно повлиял на лечение заболеваний ЖКТ. Медицинская технологическая

платформа и данные моделирования показали первоначальное снижение количества колоноскопий и биопсий на 90% по сравнению с годом ранее, примерно 1,7 миллиона пропущенных колоноскопий и дополнительные 4500 смертей, которые могут быть вызваны только колоректальным раком в течение следующего десятилетия из-за задержки, связанной с COVID-19 [35]. Данные системного уровня о влиянии COVID-19 на эндоскопические задержки в США необходимы для определения реального влияния этих задержек. Понимание реального влияния COVID-19 на процедурные задержки важно, поскольку оно может информировать о местной политике, назначениях рабочей силы и распределении ресурсов (например, тестирование на COVID-19) [12].

Пандемия тяжелого острого респираторного синдрома, вызванного коронавирусом 2, SARS-CoV-2 (COVID-19), была одной из самых сложных болезней в 21 веке, и в ходе текущих исследований выявляются многочисленные осложнения. COVID-19 обычно ассоциировался с острыми тромботическими событиями, но с минимумом информации о стратификации риска кровотечения у пациентов, получающих антикоагулянты [39]. Роль антикоагулянтов при COVID-19 в настоящее время оценивается в многочисленных исследованиях, а также в клинических испытаниях, оценивающих прогноз пациентов, получающих такое лечение. Патогенез состояния гиперкоагуляции при COVID-19 до конца не ясен. Предполагаемые механизмы повреждения включают прямое повреждение эндотелия вирусом, иммобилизацию, усиление воспаления и повышение факторов свертывания крови.

Во многих исследованиях сообщалось о преимуществах и рисках антикоагулянтной терапии в снижении госпитальной летальности у пациентов с COVID-19. Nadkarni G.N. и др. обнаружили снижение риска внутрибольничной смертности на 50% и немного повышенный риск кровотечения у пациентов, получавших терапевтическую антикоагулянтную терапию в своей когорте [27]. Как терапевтические, так и профилактические дозы антикоагулянтной терапии были связаны с увеличением выживаемости в стационаре и снижением потребности в интубации и искусственной вентиляции легких. Напротив, Musoke N., et al. сообщили о повышенном риске кровотечения и более высокой смертности при терапевтической антикоагулянтной терапии у госпитализированных пациентов с COVID-19 [26]. Kessler C., и др. наблюдали двукратное увеличение частоты кровотечений у пациентов с COVID-19, получавших терапевтические дозы антикоагулянтов [20]. В этом исследовании рекомендовалось интенсивное использование тромбопрофилактики у госпитализированных пациентов с COVID-19 и деэскалация антикоагулянтной терапии через 10-14 дней для снижения риска геморрагических осложнений у пациентов с благоприятным клиническим течением.

Недавнее многоцентровое когортное исследование с участием 400 пациентов, проведенное Al-Samkari et al. сообщили об общей частоте тромботических осложнений 9,5% и частоте больших кровотечений 4,8% в их популяции пациентов [5]. Команда наблюдала более высокую частоту кровотечений у пациентов в критическом состоянии по сравнению с пациентами в некритическом состоянии, 7,6% и 3,1% соответственно. После пандемии SARS-CoV-2 (COVID-19) мир столкнулся с множеством проблем. Заражение этим вирусом обычно связано с тромботическими событиями, однако мало что известно о риске кровотечения и антикоагулянтной терапии. Abowali H, et al. (2022) провели ретроспективное когортное исследование с использованием историй болезни пациентов с COVID-19, поступивших во время пандемии COVID-19 с марта 2020 года по май 2020 года [1]. Используя карты пациентов, исследователи вручную собирали данные о характеристиках пациентов и кровотечениях. Пациентов включали в анализ, если у них был подтвержден ПЦР-тест на COVID-19, они были старше 18 лет и были госпитализированы. Всего в анализ был включен 651 пациент из 685 пациентов, находящихся в базе данных пациентов, инфицированных COVID-19, за этот период времени. Общая характеристика пациентов была следующей: 54,2% мужчин; женщины 45,8% в возрасте от 28 до 83 лет (средний возраст = 66 лет) 31 пациенту (4,9%) потребовалось более 1 единицы эритроцитарной массы (PRBC). В общей сложности у 16 (2,85%) пациентов было подтверждено желудочно-кишечное кровотечение, из которых 8 получили в общей сложности 29 единиц трансфузий PRBC. Шкала HAS-BLED (без учета алкоголя/наркотиков из-за неадекватной карты) рассчитывается для пациентов, у которых было документально

подтвержденное желудочно-кишечное кровотечение и которые получили более одной единицы PRBC. Было отмечено, что чем выше балл по шкале HAS-BLED, тем больше вероятность возникновения желудочно-кишечного кровотечения. Используя шкалу HAS-BLED без учета алкоголя/наркотиков, пациентов с COVID-19 можно стратифицировать в зависимости от риска желудочно-кишечного кровотечения и риска переливания крови в больнице. При назначении антикоагулянтной терапии следует проводить тщательный мониторинг. Решения относительно антикоагулянтной терапии должны основываться на индивидуальных особенностях пациента.

Rosevics L, Fossati BS, (2021) провели ретроспективное перекрестное наблюдательное исследование [32]. В исследовании оценивались неотложные эндоскопические процедуры, выполненные у взрослых пациентов с марта по август в 2019 и 2020 годах. Оценивались следующие переменные: возраст, пол, сопутствующие заболевания, продолжительность пребывания в стационаре, D-димер, потребность в отделении интенсивной терапии и искусственной вентиляции легких. Всего в 2020 г. было выполнено 130 неотложных эндоскопических вмешательств, в 2019 г. – 97. За исследуемый период по поводу COVID-19 был госпитализирован 631 пациент, из них 16 подверглись неотложным эндоскопическим вмешательствам, 10 (1,6%) из-за UGIB. Из проанализированных переменных потребность в отделении интенсивной терапии или искусственной вентиляции легких во время госпитализации была статистически значимой как фактор риска NVUGIB.

### Заключение

Таким образом, несмотря на бурное развитие науки и техники, повсеместное внедрение высокотехнологических методов обследования и лечения, включая нанотехнологии, проблема эрозивно-язвенных кровотечений ЖКТ в XXI веке не только не потеряла свою актуальность, но даже приобрела большее значение, что настоятельно диктует о необходимости дальнейших глубоких исследований по профилактике и лечению этого грозного, подчас фатального осложнения.

### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Abowali H., Pacifico A., Erdinc B., Elkholy K., Burkhanova U., Aroriode T., Watson A., Ahmed M.F., Jaglal M. Assessment of Bleeding Risk in Hospitalized COVID-19 Patients: A Tertiary Hospital Experience during the Pa.emic in a Predominant Minority Population- Bleeding Risk Factors in COVID-19 Patients. //J Clin Med. 2022 May 13;11(10):2754. doi: 10.3390/jcm11102754.
2. Adams J.M. Surgeon General: Delay Elective Medical, Dental Procedures to Help Us Fight Coronavirus. Today, McLean, VA, 2020.
3. Ahsberg K., Ye W., Lu Y., Zheng Z. Hospitalisation of and mortality from bleeding peptic ulcer in Sweden: a nationwide time-trend analysis. //Aliment Pharmacol Ther. 2011 Mar;33(5):578-84. doi: 10.1111/j.1365-2036.2010.04562.x.
4. Stanley A.J., Laine L. Management of acute upper gastrointestinal bleeding. //BMJ, 364 (2019), p. 1536
5. Al-Samkari H., Leaf R.S.K., Dzik W.H., Carlson J.C.T., Gupta S., et al. COVID-19 and coagulation: Bleeding and thrombotic manifestations of SARS-CoV-2 infection. Blood. 2020;136:489–500. doi:10.1182/blood.2020006520.
6. A.Y. Wang, D.A. Peura. The prevalence and incidence of Helicobacter pylori-associated peptic ulcer disease and upper gastrointestinal bleeding throughout the world. Gastrointest Endosc Clin N Am, 21 (2011), pp. 613-635
7. Bdioui F., Melki W., Ben Mansour W., Lohmari H., Hellara O., Ben Chaabane N., Saffar H. Maladie ulcéreuse duodénale et Ramadan. Presse Med. 2012 Sep;41(9 Pt 1):807-12. French. doi: 10.1016/j.lpm.2012.05.007.
8. Cucino C., Sonnenberg A. The long-term time trends of peptic ulcer and ulcerative colitis are interrelated. //Am J Gastroenterol. 2002;97:2657–62.
9. de Abajo F.J., Rodriguez L.A., Montero D. Association between selective serotonin reuptake inhibitors and upper gastrointestinal bleeding: population based case-control study. BMJ 1999; 319:1106–9.

10. Dönderici O., Temizhan A., Küçükbas T., Eskioglu E. Effect of Ramadan on peptic ulcer complications. //Scand J Gastroenterol. 1994;29:603–6.
11. Emami M., Rahimi H. Effects of Ramadan fasting on acute upper gastrointestinal bleeding due to peptic ulcer. //J Res Med Sci. 2006;11:170–5.
12. Gralnek IM, Hassan C, Dinis-Ribeiro M. COVID-19 and endoscopy: Implications for healthcare and digestive cancer screening. Nat Rev Gastroenterol Hepatol 2020;17(8):444-6.
13. Groenen M.J., Kuipers E.J., Hansen B.E., Ouwendijk R.J. Incidence of duodenal ulcers and gastric ulcers in a Western population: back to where it started. //Can J Gastroenterol. 2009 Sep;23(9):604-8. doi: 10.1155/2009/181059.
14. Hakkou F., Tazi A., Iraqui L., Vazier J. The observance of Ramadan and its repercussion on gastric secretion. //Gastroenterol Clin Biol. 1994;18:190-4.
15. Higham J., Kang J.Y., Majeed A. Recent trends in admissions and mortality due to peptic ulcer in England: Increasing frequency of haemorrhage among older subjects. Gut. 2002;50:460–4.
16. Issaka R.B. The Fight against COVID-19 Threatens to Cause Collateral Health Damage. Scientific American: Springer, New York, NY, 2020.
17. James M.W., Hawkey C.J. Assessment of non-steroidal anti-inflammatory drug (NSAID) damage in the human gastrointestinal tract. //Br J Clin Pharmacol 2003;56:146–55.
18. Joint G.I. Society Message on COVID-19 [Press Release]. American College of Gastroenterology, Bethesda, MD, 2020.
19. Kang J.Y., Elders A., Majeed A., Maxwell J.D., Bardhan K.D. Recent trends in hospital admissions and mortality rates for peptic ulcer in Scotland 1982-2002. //Aliment Pharmacol Ther 2006;24:65–79.
20. Kessler C., Stricker H., Spinedi L., Rossi D., Chiesa A.F., et al. Bleeding prevalence in COVID-19 patients receiving intensive antithrombotic prophylaxis. J. Thromb. Thrombolysis. 2020;50:833-836. doi:10.1007/s11239-020-02244-y.
21. Kuipers E.J., Meijer G.A. Declining incidence of peptic ulcer but not of its complications: A nation-wide study in The Netherlands. Aliment Pharmacol Ther. 2006;23:1587–93.
22. Lassen A., Hallas J., Schaffalitzky de Muckadell O.B. Complicated and uncomplicated peptic ulcers in a Danish county 1993-2002: a population-based cohort study. Am J Gastroenterol 2006;101:945–53.
23. Lewis J.D., Bilker W.B., Brensinger C., Farrar J.T., Strom B.L. Hospitalization and mortality rates from peptic ulcer disease and GI bleeding in the 1990s: relationship to sales of Nonsteroidal Anti-Inflammatory Drugs and acid suppression medications. Am J Gastroenterol 2002;97:2540–9.
24. Lim C.H., Vani D., Shah S.G., Everett S.M., Rembacken B.J. The outcome of suspected upper gastrointestinal bleeding with 24-hour access to upper gastrointestinal endoscopy: a prospective cohort study. Endoscopy 2006; 38:581–5.
25. Loffeld R.J., van der Putten A.B. Changes in prevalence of Helicobacter pylori infection in two groups of patients undergoing endoscopy and living in the same region in the Netherlands. Scand J Gastroenterol. 2003; 38:938–41.
26. Musoke N., BryanLo K., Albano J., Peterson E., Bhargav R., Gul F., DeJoy R., III, Tipparaju P., et al. Anticoagulation and Bleeding Risk in Patients with COVID-19. Thromb. Res. 2020; 196:227-230. doi:10.1016/j.thromres.2020.08.035.
27. Nadkarni G.N., Lala A., Chen M.D., et al. Anticoagulation, Bleeding, Mortality, and Pathology in Hospitalized Patients With COVID-19. J. Am. Coll. Cardiol. 2020; 76:1815-1826. doi:10.1016/j.jacc.2020.08.041.
28. Nomani M., Khan A., Shahda M., Nomani A., Sattar S. Predicting serum gastrin levels among men during Ramadan fasting. East Mediterr Health J. 2005;11:119–25. Ohmann C, Imhof M, Ruppert C., et al. Time-trends in the epidemiology of peptic ulcer bleeding. Scand J Gastroenterol 2005;40:914–20.
29. Ozkan S., Durukan P., Akdur O., Vardar A., Torun E., Ikizceli I. Does Ramadan fasting increase acute upper gastrointestinal haemorrhage? J Int Med Res. 2009;37:1988–93.

30. Paimela H., Paimela L. et al. Current features of peptic ulcer disease in Finland: incidence of surgery, hospital admissions and mortality for the disease during the past twenty-five years. *Scand J Gastroenterol* 2002; 37:399–403.
31. Rockall T.A., Logan R.F., Devlin H.B., Northfield T.C. Incidence and mortality from acute upper gastrointestinal haemorrhage in the United Kingdom. Steering committee and members of the National Audit of Acute Upper Gastrointestinal Haemorrhage. *BMJ* 1995; **311**:222–6.
32. Rosevics L., Fossati B.S., et al. COVID-19 and digestive endoscopy: emergency endoscopic procedures and risk factors for upper gastrointestinal bleeding. *Arq Gastroenterol*. 2021 Jul-Sep;58(3):337. doi: 10.1590/S0004-2803.202100000-57.
33. Roosendaal R., Kuipers E.J., Buitenwerf E.J. et al. Helicobacter pylori and the birth cohort effect: evidence of a continuous decrease of infection rates in childhood. *Am J Gastroenterol* 1997; 92:1480–2.
34. Rubin R. COVID-19's crushing effects on medical practices, some of which might not survive. *JAMA* 2020;324(4):321-3.
35. Sharpless N.E. COVID-19 and cancer. *Science* 2020;368(6497):1290.
36. Silwer L., Lundborg C.S. Patterns of drug use during a 15year period: data from a Swedish county, 1988-2002. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2005; 14:813-20.
37. Sonnenberg A. Time trends of ulcer mortality in Europe. *Gastroenterology*. 2007;132:2320-7.
38. Susser M, Stein Z. Civilisation and peptic ulcer. *Lancet*. 1962;1:115–9.
39. Teuwen L.-A., Geldhof V., Pasut A., Carmeliet P. COVID-19: The vasculature unleashed. *Nat. Rev. Immunol*. 2020; 20:389-391. doi:10.1038/s41577-020-0343-0.
40. van Leerdam M.E., Vreeburg E.M. et al. Acute upper GI bleeding: Did anything change? Time trend analysis of incidence and outcome of acute upper GI bleeding between 1993/1994 and 2000. // *Am J Gastroenterol*. 2003; 98:1494–9.
41. Wang J., Cui Y., Wang J., Chen B., He Y., Chen M. [Clinical epidemiological characteristics and change trend of upper gastrointestinal bleeding over the past 15 years]. *Zhonghua Wei Chang*. 2017 Apr 25;20(4):425-431. Chinese.
42. Xia B., Xia H.H., Ma C.W. et al. Trends in the prevalence of peptic ulcer disease and Helicobacter pylori infection in family physician-referred uninvestigated dyspeptic patients in Hong Kong. *Aliment Pharmacol Ther*. 2005; 22:243–9.
43. Zheng Y., Xue M., Cai Y., Liao S., Yang H., Wang Z., Wang X., Zhang X., Qian J., Wang L. Hospitalizations for peptic ulcer disease in China: Current features and outcomes. // *J Gastroenterol Hepatol*. 2020 Dec; 35(12):2122-2130. doi: 10.1111/jgh.15119.

**Поступила 20.11.2022**