



Московский
государственный
медико-
стоматологический
университет
им. А.И. Евдокимова,
кафедра хирургических
болезней и клинической
ангиологии

Гастродуоденальные кровотечения у лиц пожилого и старческого возраста

М.Д. Дибиров

Адрес для переписки: Магомед Дибирович Дибиров, m.dibirov@yandex.ru

Острые или хронические кровопотери из желудочно-кишечного тракта, язвенная болезнь желудка и язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (ДПК) рассматриваются как наиболее частые причины железодефицитной анемии (ЖДА). При ЖДА, обусловленной воспалительными заболеваниями кишечника, широко применяются препараты железа, в частности железа карбоксимальтозат (Феринжект®). Он обладает низкой токсичностью, отсутствием окислительных свойств и может быть включен в комплексное лечение больных пожилого и старческого возраста с кровотечениями из верхних отделов пищеварительного канала. Препараты железа оказывают существенное влияние на течение послеоперационного периода, способствуя снижению летальности и уменьшению числа осложнений у больных с постгеморрагической анемией.

Ключевые слова: гастродуоденальные кровотечения, желудочно-кишечные кровотечения, железодефицитная анемия, эндоскопический гемостаз, гемопоэз, препараты железа, железа карбоксимальтозат

Успехи, достигнутые в консервативной терапии язвенной болезни желудка и язвенной болезни ДПК, внедрение в клиническую практику H₂-блокаторов гистаминовых рецепторов и ингибиторов протонной помпы (ИПП), а также эндоскопических методов гемостаза привели к значительному сокращению объемных хирургических операций при гастродуоденальных кровотечениях. Однако у 10–20% больных с гастродуоденальными кровотечениями в тяжелых случаях все же приходится прибегать к операции. К таким случаям относятся пенетрирующие и гигантские язвы; наличие тяжелых сопутствующих заболеваний у лиц старческого возраста; развитие сосудистых (трофических) язв; гепатогенные язвы и невозможность выполнения эндоскопического гемостаза (эндоскопические критерии устойчивости гемостаза FIA и FIB по классифи-



кации J. Forrest), рецидивные кровотечения.

С каждым годом, согласно статистическим данным, в Москве отмечается рост количества кровотечений [1], большинство из этих случаев (53%) приводит к госпитализации. Из-за позднего поступления пациентов с кровотечениями в стационар (спустя 24 часа и более с момента начала кровотечения) и тяжести кровотечения около 4–6% больных умирают от полиорганной дисфункции [2].

Диагностика и алгоритмы лечения кровотечений

В последние годы в подавляющем большинстве стационаров на первом этапе лечения применяется эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) с эндоскопическим гемостазом и последующими осмотрами через 12–24 часа для определения устойчивости гемостаза [3]. При кровотечении среди задач, стоящих перед хирургом, можно выделить следующие:

- определение источника кровотечения;
- оценка степени и темпа кровопотери;
- остановка кровотечения;
- прогноз рецидива;
- выработка адекватной тактики ведения больного;
- проведение адекватной коррекции кровопотери;
- восстановление органных и системных нарушений, обусловленных кровопотерей.

По результатам многотысячных наблюдений установлено, что язвенная болезнь осложняется кровотечением не менее чем у 15–20% больных. Соотношение дуоденальных и желудочных кровотечений из язв составляет 4:1. При тяжелой кровопотере летальность достигает 30%, а у выживших больных длительное время существуют постгеморрагические реакции [4].

Для уточнения источника кровотечения широко применяется ЭГДС, а для определения тактики лечения используется классификация кровотечений по эндоскопической картине, предложенная

J. Forrest (1976), согласно которой различают:

- F1 – активное, продолжающееся кровотечение;
- F1A – пульсирующее кровотечение;
- F1B – кровотечение потоком;
- F1I – признаки состоявшегося (недавнего) кровотечения;
- F1A – видимый сосуд на дне язвы без кровотечения;
- F1B – фиксированный тромб – сгусток;
- F1C – язва с бурым налетом;
- F1I – язва с чистым дном.

К постоянно совершенствующимся диагностическим и лечебным эндоскопическим технологиям (пособиям) при желудочно-кишечных кровотечениях (ЖКК) разработано множество подходов. Один из лечебно-диагностических алгоритмов, применяемых на кафедре хирургической болезни и клинической ангиологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова, включает следующие этапы:

- госпитализация в отделение реанимации и интенсивной терапии, минуя профильные отделения;
- немедленное выполнение ЭГДС на фоне срочно начатой внутривенной инфузионной терапии (например, 6%-ным или 10%-ным раствором крахмала и другими средствами проведения противошоковых мероприятий) для всех больных независимо от возраста, сопутствующих заболеваний, тяжести состояния и времени поступления;
- уточнение локализации и размеров источника кровотечения, интенсивности кровопотери с оценкой по классификации Forrest;
- выполнение эндоскопического гемостаза: инъекции 70%-ного этанола, 4–6 мл 0,5–1%-ного раствора Этоксисклерола интра- и паравазально в дно и вокруг язвы, монополярная диатермокоагуляция, аргоноплазменная коагуляция, клипирование или лигирование сосуда;
- введение ИПП (омепразол, пантопризол, эзомепразол): вначале болюсное введение по 80 мг,

затем в течение суток непрерывно 80–160 мг. В отсутствие ИПП применяют H₂-блокаторы гистаминовых рецепторов – фамотидин 80–160 мг/с;

- инфузия нативной плазмы, гемостатиков (этамзилат Na, аминокaproновая кислота), переливание тромбоцитарной массы и протромбоплекса;
- заместительная терапия, коррекция объема циркулирующей крови и анемии (в том числе используются заменители крови, например перфторан);
- проведение динамического контроля устойчивости после первичного гемостаза и после повторного гемостаза через 8–12 часов;
- выполнение обязательного эндоскопического контроля, при рецидиве – повторного эндоскопического гемостаза;
- установление факта необходимости оперативного лечения и показаний к оперативному лечению (при наличии факторов высокого риска рецидива и неостановленного кровотечения при F1A и F1B).

Наиболее сложным является решение последнего пункта лечебно-диагностического алгоритма. Активно-выжидательная тактика, у которой в 1960–2000 гг. было много сторонников, перестала удовлетворять хирургов, поскольку летальность при ее применении оставалась довольно высокой (в 1999 г. в Москве частота смертей составила 18,3%). Главным недостатком такой тактики было то, что упускался благоприятный период для выполнения оперативного лечения. Фактор потери времени и продолжение консервативной терапии при рецидивах кровотечений у лиц пожилого и старческого возраста приводили к необратимым органам и полиорганам дисфункциям и летальному исходу. Из всех умерших после операции 60% больных умерли через 2–3 суток, остальные 40% умирали через 10–14 суток от последствий постгеморрагической анемии и гнойно-септических осложнений (пневмония, перитонит, недостаточность культуры ДПК

гастроэнтерология



При рецидиве кровотечения сразу ставится вопрос об оперативном лечении и выбор делается в пользу минимально травматичных операций – иссечения язвы или прошивания кровотокающего сосуда через все слои, перевязки артерии или экономной резекции желудка.

или желудочно-кишечного анастомоза).

Индивидуально-дифференцированная тактика лечения кровотечений

В последние годы при ЖКК у лиц пожилого и старческого возраста наибольшее распространение получила индивидуально-дифференцированная тактика лечения [3, 5, 6]. В основе этой тактики лежат следующие факторы:

- объективное прогнозирование рецидива кровотечения с учетом анализа всех местных факторов риска по данным эндоскопии;
- учет общего состояния пациента по лабораторно-биохимическим данным, сопутствующей патологии, определения операционно-анестезиологического риска;
- наличие запаса искусственного гемоглобина, плазмы и кровезаменителей как немаловажный фактор при выборе тактики ведения;
- использование времени после эндоскопического гемостаза для максимально эффективной предоперационной подготовки у всех пациентов старше 60 лет;
- тактический выбор в пользу оперативного лечения при наличии двух и более факторов риска: FIA и FIB, размеры язвы более 1 см в ДПК и более 2 см в желудке, локализация по малой кривизне желудка или задней стенке ДПК, глубокая пенетрирующая язва, тромбированный сосуд в дне язвы размером более 1 мм в диаметре, гемоглобин (Hb) < 80–90 г/л, гематокрит (Ht) < 25%, нарушение гемокоагуляции, наличие у больного двух и более

тяжелых сопутствующих заболеваний.

Тяжесть кровопотери определяют по классификации Н.И. Горбашко (1974) [7], согласно которой различают:

- легкую кровопотерю (до 10% объема циркулирующей крови (ОЦК));
- кровопотерю средней тяжести (10–20% ОЦК);
- тяжелую кровопотерю (20–30% ОЦК);
- крайне тяжелую кровопотерю (30–50% ОЦК).

Определить время наступления рецидива кровотечения после регионального эндоскопического гемостаза крайне затруднительно [8]. Особенно это касается лиц старческого возраста и пациентов с высоким риском оперативного вмешательства, которым вначале проводится региональный гемостаз. При рецидиве кровотечения сразу ставится вопрос об оперативном лечении и выбор делается в пользу минимально травматичных операций – иссечения язвы или прошивания кровотокающего сосуда через все слои, перевязки артерии или экономной резекции желудка.

Наибольшие трудности при выборе метода и определении сроков лечения возникают при FIA и FIB, когда риск рецидива кровотечения очень высок [9].

Аналізу подвергли результаты лечения 120 больных старше 60 лет с гастродуоденальными кровотечениями. Больных в возрасте 61–70 лет было 29 человек, 71–80 лет – 53 человека, старше 80 лет – 38 человек. Сопутствующие заболевания у больных пожилого и старческого возраста с ЖКК были выявлены у 88% больных. У пациентов чаще всего встречались от одного до трех и более сопутствующих заболеваний. Только у 14 человек (11,7%) сопутствующие заболевания не выявлены.

Легкая степень кровопотери отмечена у 43 пациентов (36%), средней тяжести – у 54 (45%), тяжелой и крайне тяжелая степень кровопотери – у 23 пациентов (19%). Кровотечения из острых эрозий

и язв в послеоперационном периоде на органах пищеварения и магистральных артериях были выявлены у 26 пациентов (22%). У 24 больных (20%) кровотечение вызвано разрывом кардиоэзофагального перехода (синдром Маллори – Вейсса).

Интенсивность кровотечения FIA была выявлена у 15 больных, FIB – у 46, FIIA – у 27, FIIB – у 32 больных.

В исследовании участвовал 61 пациент с продолжающимся кровотечением, у 20 из них имела язва желудка, у 22 – язва ДПК, у 16 – синдром Маллори – Вейсса, у 2 – язва гастроэнтероанастомоза, у 1 пациента – острая язва желудка.

Интенсивность кровотечения FI имела место у 26 пациентов с язвой желудка, у 23 – с язвой ДПК, у 8 – с синдромом Маллори – Вейсса, у 2 пациентов – с язвой анастомоза (n = 59).

Всем больным с кровотечением проведен региональный гемостаз 0,5–1%-ным раствором Этоксисклерола (склерозант вводили на глубину 2–3 мм).

У больных с продолжающимся гастродуоденальным кровотечением (FIA и FIB) техника введения раствора Этоксисклерола, концентрация препарата и его количество в определенной степени зависели от характера и источника кровотечения, его размеров, диаметра кровотокающего сосуда. Оптимальной при кровотечении FIA и FIB является 1%-ная концентрация раствора Этоксисклерола в количестве 4–6 мл.

При средних и больших язвах желудка и ДПК, при пептических язвах гастроэнтероанастомоза с артериальным кровотечением, которое чаще всего наблюдается из области дна язвы, 0,5–1%-ный раствор Этоксисклерола инъецировали вплотную к сосуду из 2–4 точек, для того чтобы препарат по возможности оказывал наиболее быстрое механическое и химическое действие, вызывая тромбирование аррозированного сосуда. В целом при этом расходовалось до 4–6 мл раствора Этоксисклерола. При небольших плос-



ких язвах использовали 0,5%-ный раствор склерозанта, инъецируя его непосредственно в дно язвенного дефекта и под основание изъязвления через край окружающей язвы слизистой оболочки, затрачивая около 3–4 мл раствора Этоксисклерола. При синдроме Маллори – Вейсса с продолжающимся кровотечением 0,5%-ный раствор Этоксисклерола инъецировали в оба края разрыва в зоне кровотечения и в подслизистый слой.

У больных с интенсивностью кровотечения FIIВ (источник кровотечения прикрыт сгустком крови, или дно покрыто гематином) в область источника кровотечения (дно и края) после отмывания сгустка вводили 0,5–1%-ный раствор Этоксисклерола.

В случае продолжающегося гастродуоденального кровотечения инъекционная методика позволила добиться первичной остановки кровотечения у 54 из 61 пациента, то есть в 88% случаев, что является очень высоким показателем успешности достижения гемостаза. Всем больным после регионального гемостаза через 12, 24 и 72 часа с момента первичного гемостаза, как правило, производилась динамическая контрольная (запрограммированная) гастродуоденоскопия с целью осмотра места кровотечения, надежности гемостаза и возможного повторного локального гемостаза. При рецидиве кровотечения больным предлагалась экстренная операция. Остановить кровотечение не удалось у 7 (12%) пациентов с FIA из 61, 6 из них оперировано (1 больной 82 лет с гигантской язвой желудка умер, отказавшись от операции): 3 пациентам выполнена экономная резекция желудка, 2 – прошивание язвы, 1 пациенту – иссечение кровоточащей язвы. Из оперированных больных умер 1 человек после резекции желудка. Причиной смерти явился развившийся на 3-и сутки инфаркт миокарда.

У остальных 54 больных после достижения гемостаза в отделении реанимации проводилась интенсивная гемостатическая

и заместительная терапия, а также коррекция сопутствующих нарушений с учетом возможной операции в случае рецидива кровотечения.

Рецидив отмечен у 6 (11%) из 54 больных, у которых был достигнут первичный гемостаз: у 3 было артериальное кровотечение, у 3 – венозное кровотечение. Оперированы 4 из 6 больных с рецидивом кровотечения средней степени тяжести, 2 пациентам из-за отказа от операции выполнен повторный региональный гемостаз 1%-ным раствором Этоксисклерола.

Из 4 оперированных больных резекция выполнена 2 пациентам, прошивание язвы – 2 пациентам (все больные выжили). Из 2 больных, которым из-за отказа от операции выполнена повторная эндоскопическая остановка кровотечения, умер 1 пациент от рецидива кровотечения. Таким образом, из 61 пациента пожилого и старческого возраста с кровотечением FI умерло 3 (4,9%), оперировано 10 (16%) больных. После операции умер 1 (10%) пациент, 2 больных умерли без операции.

При эндоскопии у 59 больных с кровотечением по FII были отмечены признаки состоявшегося кровотечения: у 7 пациентов были видны сосуды с тромбом в просвете, у 52 пациентов – язва, прикрытая сгустком без подтекания крови. Всем этим больным проводилось профилактическое обкалывание дна язвы 1–2%-ным раствором Этоксисклерола. Сгусток, прикрывающий язву, во всех случаях смывался струей жидкости, ни в одном наблюдении при этом кровотечение не возобновилось.

Через сутки при угрозе рецидива повторный гемостаз выполнен у 34 больных и через 72 часа – у 18 больных. Окончательный гемостаз после регионального обкалывания достигнут у 53 больных (90%), рецидив кровотечения отмечен у 6 больных (10%). Операция выполнена у 3 пациентов: у 2 – резекция желудка, у 1 – иссечение язвы. Умер 1 больной после иссечения язвы от полиорганной недостаточности. Трех больным из-за тяжести состояния и отка-

за от операции выполнены повторные инъекции склерозанта. У 1 больного достигнут гемостаз, 2 пациента умерли от рецидива кровотечения на фоне тяжелых сопутствующих заболеваний. Таким образом, при интенсивности кровотечения FII рецидив кровотечения после эндоскопической профилактической инъекции склерозанта отмечен у 10% больных. Оперировано 4 (7%), умерло 3 больных (5%) из-за рецидива кровотечения.

Неэффективный первичный гемостаз выявлен у 7 больных, а рецидив после инъекции Этоксисклерола – у 12 из 120 больных старше 60 лет. Таким образом, окончательный гемостаз в группе пожилых достигнут у 84,2% больных. Из 7 больных с неэффективным первичным гемостазом хронические язвы локализовались у 4 в области угла желудка по малой кривизне и у 3 – в пилородуоденальной области по задней стенке. У 3 больных размер язв желудка был более 3 см в диаметре, у 1 – 1,5 см. При язвах в пилородуоденальной области размер язв у всех больных был в пределах 1–1,5 см в диаметре, глубина – 0,6–0,7 см.

Эндоскопический гемостаз был эффективен у 22 из 24 больных с синдромом Маллори – Вейсса. Показания к операции выявлены у 2 больных. Из них оперирован 1 пациент с глубокой трещиной в области грыжи пищеводного отверстия (выполнено иссечение трещины и фундопликация), 2-й пациент умер в состоянии алкогольного делирия при неэффективном эндоскопическом

Из числа лекарственных средств, которые оказывают стимулирующее действие на гемопоэз, у больных с постгеморрагической анемией наиболее эффективны препараты железа, например железа карбоксимальтозат (Феринжект®).



гемостазе и установленном зонде Блэкмора.

Эндоскопический гемостаз с применением 0,5%-ного раствора Этоксисклерола был эффективен во всех случаях у 28 больных с острыми язвами и эрозиями.

Полученные результаты ретроспективного анализа лечения пациентов с гастродуоденальными кровотечениями подтвердили эффективность выбранной тактики. Опыт показывает, что своевременное, в достаточном объеме переливание кровезаменителей, нативной плазмы, оптимизация фракции выброса сердца, венозного возврата и хорошая оксигенация организма до операционного вмешательства и в течение 24–48 часов после операции приводят к снижению летальности, уменьшению вероятности развития осложнений (гиповолемии, кровопотери).

Терапия препаратами железа

Среди параметров, которые оказывают существенное влияние на течение послеоперационного периода, снижение летальности и уменьшение числа осложнений, важное значение имеет восстановление естественного гемопоеза. У больных с постгеморрагической анемией наиболее эффективны в плане стимулирующего действия на гемопоез препараты железа. Для внутривенного введения применяют железа карбоксимальтозат (Феринжент®), железа (III) гидроксид сахарозный комплекс (Венофер), железа глюконат (Феррлецит) и железа (III) гидроксид декстран (КосмоФер). Эти препараты широко используются в России. Они представляют собой сферические железо-углеводные коллоиды. Углеводная оболочка придает комплексу стабильность, замедляет высвобождение железа и поддерживает образующиеся формы в коллоидной суспензии. Эффективность и безопасность внутривенных препаратов железа зависят от их молекулярной массы, стабильности и состава. Комплексы с низкой молекулярной массой, такие как глюконат железа, менее стабильны

и быстрее высвобождают в плазму железо, которое в свободном виде может катализировать образование реактивных форм кислорода, вызывающих перекисное окисление липидов и повреждение тканей. Значительная часть дозы подобных препаратов выводится через почки в первые 4 часа после приема препарата и не используется для эритропоэза. Препараты декстрана железа обладают высокой молекулярной массой и высокой стабильностью, но при их использовании повышается риск возникновения аллергических реакций. Железа карбоксимальтозат сочетает в себе положительные свойства высокомолекулярных комплексов железа, но не вызывает реакции гиперчувствительности, наблюдающиеся при применении препаратов, содержащих декстран, и, в отличие от соединений сахара железа (СЖ) и глюконата железа, может вводиться в более высокой дозе. Применение железа карбоксимальтозата позволяет вводить за одну инфузию до 1000 мг железа (внутривенно капельно в течение 15 минут), в то время как максимальная доза железа в виде сахара составляет 500 мг и вводится в течение 3,5 часов, а длительность инфузии препаратов декстрана железа достигает 6 часов. Причем в двух последних случаях перед началом инфузии необходимо ввести тестовую дозу препарата. Помимо удобства применения, важными свойствами железа карбоксимальтозата являются низкая токсичность и отсутствие окислительных свойств, которые определяются медленным и физиологичным высвобождением железа из стабильного комплекса с углеводом, по структуре сходного с ферритином. Феринжент® вводят внутривенно в виде болюса (максимальная доза 4 мл, или 200 мг железа, не более трех раз в неделю) или капельно (максимальная доза 20 мл, или 1000 мг железа, не чаще одного раза в неделю). Перед началом лечения следует рассчитать оптимальную кумулятивную дозу препарата, которую не следует превышать.

Среди причин ЖДА (30–50% всех случаев) прежде всего рассматривают острые или хронические кровопотери из желудочно-кишечного тракта. Другая наиболее частая причина ЖДА – язвенная болезнь желудка и язвенная болезнь ДПК.

Среди парентеральных препаратов железа широкое распространение, и в первую очередь в комплексной терапии воспалительных заболеваний кишечника, получили препараты СЖ и железа карбоксимальтозата (Феринжент®), которые, в отличие от препаратов декстрана железа, ассоциируются с минимальным риском развития анафилактических и других аллергических реакций. Так, в 2011 г. были опубликованы результаты рандомизированного контролируемого исследования применения железа карбоксимальтозата пациентами с ЖДА, обусловленной воспалительными заболеваниями кишечника (FERGIcor – a Randomized Controlled Trial on Ferric Carboxymaltose for Iron Deficiency Anemia in Inflammatory Bowel Disease) [10]. В исследовании сравнивали эффективность и безопасность нового режима фиксированной дозы железа карбоксимальтозата (Феринжент) и индивидуально рассчитываемых доз СЖ для пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника и ЖДА. В исследование были включены 485 пациентов с ЖДА (уровень ферритина < 100 мкг/л; гемоглобина – 7–12 г/дл (женщины) или 7–13 г/дл (мужчины); легкая/умеренная или скрытая ЖДА) из 88 больниц и клиник 14 стран. Пациенты получали Феринжент® (максимально 3 инфузии по 1000) или 500 мг железа, или СЖ в дозах, рассчитанных по формуле Ганзони (до 11 инфузий по 200 мг железа). Первичной конечной точкой являлось изменение уровня гемоглобина на 2 г/дл и более; вторичными конечными точками были анемия и уровень железа к 12-й неделе исследования. Проанализированы результаты 240 пациентов, получавших Феринжент®, и 235 пациентов, по-



лучавших СЖ. Среди больных группы Феринжекта по сравнению с пациентами, получавшими СЖ, был более выражен ответ на терапию по уровню гемоглобина: 150 (65,8%) по сравнению со 118 (53,6%), процентное различие 12,2 ($p=0,004$), или нормализации уровня гемоглобина: 166 (72,8%) по сравнению со 136 (61,8%), процентное различие – 11,0 ($p=0,015$). Оба препарата к 12-й неделе исследования улучшали качество жизни пациентов.

Препарат Феринжект® был использован нами у 45 пациентов, у которых по истечении 7–10 суток после остановки кровотечения уровень гемоглобина был ни-

же 70–80 г/л. Препарат вводился внутривенно капельно в максимальной дозе до 1500 мг (не более 1000 мг в неделю), разведенный в 250 мл физраствора.

После внутривенного введения Феринжект® быстро переносится в костный мозг, печень и селезенку, где захватывается ретикуло-эндотелиальной системой и стимулирует гемопоэз и синтез гемоглобина. Через 10–14 суток количество гемоглобина в крови повышалось на 20–30 единиц, то есть на 20–40% от исходного.

Заключение

При простоте режима дозирования Феринжект® отличается

высокой эффективностью и безопасностью, что способствует повышению приверженности пациентов лечению. Нежелательных и побочных эффектов при лечении постгеморрагической анемии у лиц пожилого и старческого возраста не отмечено.

Комплексное лечение, включающее эндоскопический гемостаз, консервативную терапию, хирургическое пособие и адекватную коррекцию сопутствующих нарушений и гемопоэза, позволяет улучшить результаты лечения больных пожилого и старческого возраста с кровотечениями из верхних отделов пищеварительного канала. ●

Литература

1. Ермолов А.С. Отчет о состоянии хирургической помощи в г. Москве за 2011 г. Московское общество хирургов // <http://ихв.рф>.
2. Булгаков Г.А., Дивилин В.Я., Страдымов А.А. и др. Хирургическое лечение язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у лиц пожилого и старческого возраста // Хирургия. 2002. № 11. С. 24–26.
3. Гостищев В.К., Евсеев М.А. Гастродуоденальные кровотечения язвенной этиологии: патогенез, диагностика, лечение. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. 379 с.
4. Вербицкий В.Г. Желудочно-кишечные кровотечения язвенной этиологии (патогенез, диагностика, лечение): Автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. СПб., 1999.
5. Затевахин И.И., Гринберг А.А., Щеголев А.А. Хирургическая тактика при язвенных дуоденальных кровотечениях. М.: Медицина, 1996. 149 с.
6. Шевченко Ю.Л., Корзникова А.А., Стойко Ю.М., Бадуров Б.Ш. Дифференцированное лечение язвенных дуоденальных кровотечений // Хирургия. 2006. № 11. С. 18–23.
7. Горбашко А.И. Острые желудочно-кишечные кровотечения. Л.: Медицина, 1974. 240 с.
8. Григорьев С.Г., Корытцев В.К. Хирургическая тактика при язвенных дуоденальных кровотечениях // Хирургия. 1999. № 6. С. 10–14.
9. Панцырев Ю.М., Михалев А.И., Федоров Е.Д., Кузеев Е.А. Лечение язвенных гастродуоденальных кровотечений // Хирургия. 2000. № 3. С. 21–25.
10. Evstatiev R., Marteau P., Iqbal T. et al. FERGE Study Group. FERGIcor, a randomized controlled trial on ferric carboxymaltose for iron deficiency anemia in inflammatory bowel disease // Gastroenterology. 2011. Vol. 141. № 3. P. 846–853.

Gastroduodenal bleedings in elderly population

M.D. Dibirov

Evdokimov Moscow State Medical and Stomatological Unniversity, Department of Surgery and Clinical Angiology

Contact person: Magomed Dibirovich Dibirov, m.dibirov@yandex.ru

Acute and chronic gastrointestinal bleedings and gastric/duodenal ulcers are deemed to be the main cause of iron deficiency anemia. Patients with iron deficiency anemia due to inflammatory bowel disease are frequently prescribed with iron formulations, particularly ferric carboxymaltose (Ferinject®). Ferric carboxymaltose is characterized by lower toxicity, lack of oxidative properties, and may be recommended for combination treatment of elderly patients with upper gastrointestinal bleedings. Iron preparations positively influence post-operative recovery and are associated with better survival and lower complication rate in patients with blood loss anemia.

Key words: *gastroduodenal bleedings, gastrointestinal bleedings, iron deficiency anemia, endoscopic hemostasis, hemopoiesis, iron preparations, ferric carboxymaltose*