Хирургия. Журнал имени Н.И. Пирогова
2026, №6, с. 6–13.
https://doi.org/10.17116/hirurgia20260616

Pirogov Russian Journal of Surgery
2026, No. 6, pp. 6–13.
https://doi.org/10.17116/hirurgia20260616

Российский консенсус по актуальным вопросам диагностики и лечения язвенных гастродуоденальных кровотечений

© Алексей Васильевич Шабунин[1], Петр Андреевич Ярцев[2], Зураб Антонович Багателия[1], Дмитрий Николаевич Греков[1], Павел Алексеевич Дроздов[1], Алексей Андреевич Карпов[1], Александр Владимирович Климашевич[1], Ирина Юрьевна Коржева[1], Сергей Сергеевич Лебедев[1], Евгений Петрович Родионов[1], Андрей Александрович Колотильщиков[1], Дмитрий Степанович Бочарников[1], Александр Владимирович Араблинский[1], Баграт Гегамович Алекян[7], Александр Николаевич Алимов[5], Фуад Фазилович Гезалов[2], Сергей Владимирович Капралов[10], Евгений Анатольевич Корымасов[9], Оксана Николаевна Левина[1], Анатолий Анатольевич Малышев[1], Дарья Сергеевна Озерова[1], Игорь Павлович Парфенов[4], Сергей Николаевич Потахин[10], Антонина Васильевна Смолькина[8], Юрий Сергеевич Тетерин[2], Евгений Дмитриевич Федоров[5], Игорь Евгеньевич Хатьков[3], Виктор Викторович Цвиркун[3], Сергей Георгиевич Шаповальянц[5], Кирилл Вячеславович Шишин[3], Александр Михайлович Шулутко[6], Александр Андреевич Щеголев[5], Максим Юрьевич Юдин[1]

[1]ГБУЗ «ММНКЦ им. С.П. Боткина ДЗМ», Москва, Россия;
[2]ГБУЗ «НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского ДЗМ», Москва, Россия;
[3]ГБУЗ «МКНЦ им. А.С. Логинова ДЗМ», Москва, Россия;
[4]ФГБОУ ДПО «РМАНПО» Минздрава России, Москва, Россия;
[5]ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва, Россия;
[6]ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России, Москва, Россия;
[7]ФГБУ «НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России, Москва, Россия;
[8]ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет», Ульяновск, Россия;
[9]ФГБОУ ВО «СамГМУ» Минздрава России, Самара, Россия;
[10]ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России, Саратов, Россия

Резюме

Российский консенсус (согласительный документ) по актуальным вопросам диагностики и лечения язвенных гастродуоденальных кровотечений подготовлен группой экспертов в различных областях хирургии, эндоскопии, интервенционной радиологии, лучевой диагностики и интенсивной терапии.

Цель консенсуса — выяснение и консолидация мнений российских специалистов по таким актуальным вопросам, как объем диагностического обследования при язвенном гастродуоденальном кровотечении; сроки диагностики язвенного кровотечения и порядок выполнения диагностических исследований, а также необходимость и возможность консервативных мероприятий при язвенном гастродуоденальном кровотечении; определение тактики хирургического вмешательства в зависимости от интенсивности кровотечения.

Ключевые слова: *язвенная болезнь, гастродуоденальное кровотечение, российский консенсус, дельфийская система.*

Информация об авторах:

Шабунин А.В. — https://orcid.org/0000-0003-1270-54143
Ярцев П.А. — https://orcid.org/0000-0003-1270-5414
Багателия З.А. — https://orcid.org/0000-0001-5699-3695
Греков Д.Н. — https://orcid.org/0000-0001-8391-1210
Дроздов П.А. — https://orcid.org/0000-0001-8016-1610
Карпов А.А. — https://orcid.org/0000-0002-5142-1302
Климашевич А.В. — https://orcid.org/0000-0002-2925-0260
Коржева И.Ю. — https://orcid.org/0000-0002-5984-5660
Лебедев С.С. — https://orcid.org/0000-0001-5366-1281
Родионов Е.П. — https://orcid.org/0000-0001-8016-1610
Колотильщиков А.А. — https://orcid.org/0000-0002-9294-4724
Бочарников Д.С. — https://orcid.org/0000-0002-9165-5218
Араблинский А.В. — https://orcid.org/0000-0002-2117-5016
Алекян Б.Г. — https://orcid.org/0000-0001-6509-566X
Алимов А.Н. — https://orcid.org/0000-0002-1919-6504
Гезалов Ф.Ф. —https://orcid.org/0009-0009-3575-8157
Капралов С.В. — https://orcid.org/0000-0001-5859-7928
Корымасов Е.А. — https://orcid.org/0000-0003-0227-6572
Левина О.Н. — https://orcid.org/0000-0002-5814-4504
Малышев А.А. — https://orcid.org/0000-0001-9191-6169
Озерова Д.С. — https://orcid.org/0000-0003-4996-5025
Парфенов И.П. — https://orcid.org/0000-0001-9354-5584
Потахин С.Н. — https://orcid.org/0000-0002-4159-3047
Смолькина А.В. — https://orcid.org/0000-0001-5140-7757
Тетерин Ю.С. — https://orcid.org/0000-0003-2222-3152
Федоров Е.Д. — https://orcid.org/0000-0002-6036-7061
Хатьков И.Е. — https://orcid.org/0000-0002-4088-8118
Цвиркун В.В. — https://orcid.org/0000-0001-5169-2199
Шаповальянц С.Г. — https://orcid.org/0000-0002-1571-8125
Шишин К.В.— https://orcid.org/0000-0003-0010-5294
Шулутко А.М.— https://orcid.org/0000-0002-8001-1601
Щеголев А.А. — https://orcid.org/0000-0002-1423-4284
Юдин М.Ю. — https://orcid.org/0000-0002-6600-7825

Автор, ответственный за переписку: Климашевич А.В. — e-mail: klimashevich78@mail.ru

Как цитировать:
Шабунин А.В., Ярцев П.А., Багателия З.А., Греков Д.Н., Дроздов П.А., Карпов А.А., Климашевич А.В., Коржева И.Ю., Лебедев С.С., Родионов Е.П., Колотильщиков А.А., Бочарников Д.С. , Араблинский А.В., Алекян Б.Г., Алимов А.Н., Гезалов Ф.Ф., Капралов С.В., Корымасов Е.А., Левина О.Н., Малышев А.А., Озерова Д.С., Парфенов И.П., Потахин С.Н., Смолькина А.В., Тетерин Ю.С., Федоров Е.Д., Хатьков И.Е., Цвиркун В.В., Шаповальянц С.Г., Шишин К.В., Шулутко А.М., Щеголев А.А., Юдин М.Ю. Российский консенсус по актуальным вопросам диагностики и лечения язвенных гастродуоденальных кровотечений. *Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова*. 2026;6:6–13. https://doi.org/10.17116/hirurgia20260616

Russian consensus on the diagnosis and treatment of gastroduodenal ulcerative bleeding

© A.V. Shabunin[1], P.A. Yartsev[2], Z.A. Bagatelia[1], D.N. Grekov[1], P.A. Drozdov[1], A.A. Karpov[1], A.V. Klimashevich[1], I.Yu. Korzheva[1], S.S. Lebedev[1], E.P. Rodionov[1], A.A. Kolotilshchikov[1], D.S. Bocharnikov[1], A.V. Arablinsky[1], B.G. Alekyan[7], A.N. Alimov[5], F.F. Gezalov[2], S.V. Kapralov[10], E.A. Korymasov[9], O.N. Levina[1], A.A. Malyshev[1], D.S. Ozerova[1], I.P. Parfenov[4], S.N. Potakhin[10], A.V. Smolkina[8], Yu.S. Teterin[2], E.D. Fedorov[5], I.E. Khatkov[3], V.V. Tsvirkun[3], S.G. Shapovalyants[5], K.V. Shishin[3], A.M. Shulutko[6], A.A. Shchegolev[5], M.Yu. Yudin[1]

[1]Botkin Hospital, Moscow, Russia;
[2]Sklifosovsky Research Institute for Emergency Care, Moscow, Russia;
[3]Loginov Moscow Clinical Research Center, Moscow, Russia;
[4]Russian Medical Academya of Continuous Professional education, Moscow, Russia;
[5]Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russia;
[6]Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow, Russia;
[7]Vishnevsky National Research Center of Surgery, Moscow, Russia;
[8]Ulyanovsk State University, Ulyanovsk, Russia;
[9]Samara State Medical University, Samara, Russia;
[10]Razumovsky Saratov State Medical University, Saratov, Russia

Abstract

The Russian consensus document on current issues in diagnosis and treatment of gastroduodenal ulcerative bleeding was prepared by a group of experts in surgery, endoscopy, interventional radiology and intensive care. The purpose of this consensus was to identify and consolidate opinions of Russian specialists on such current issues as diagnostic measures for gastroduodenal ulcerative bleeding, timing of diagnosis and order of diagnostic tests, as well as necessity and feasibility of conservative measures for gastroduodenal ulcerative bleeding, analysis of surgical strategy depending on severity of bleeding.

Keywords: *peptic ulcer, gastroduodenal bleeding, Russian consensus, Delphic system.*

Information about the authors:
Shabunin A.V. — https://orcid.org/0000-0003-1270-5414
Yartsev P.A. — https://orcid.org/0000-0003-1270-5414
Bagatelia Z.A. — https://orcid.org/0000-0001-5699-3695
Grekov D.N. — https://orcid.org/0000-0001-8391-1210
Drozdov P.A. — https://orcid.org/0000-0001-8016-1610
Karpov A.A. — https://orcid.org/0000-0002-5142-1302
Klimashevich A.V. — https://orcid.org/0000-0002-2925-0260
Korzheva I.Yu. — https://orcid.org/0000-0002-5984-5660
Lebedev S.S. — https://orcid.org/0000-0001-5366-1281
Rodionov E.P. — https://orcid.org/0000-0001-8016-1610
Kolotilshchikov A.A. — https://orcid.org/0000-0002-9294-4724
Bocharnikov D.S. — https://orcid.org/0000-0002-9165-5218
Arablinsky A.V. — https://orcid.org/0000-0002-2117-5016
Alekyan B.G. — https://orcid.org/0000-0001-6509-566X
Alimov A.N. — https://orcid.org/0000-0002-1919-6504
Gezalov F.F. —https://orcid.org/0009-0009-3575-8157
Kapralov S.V. — https://orcid.org/0000-0001-5859-7928
Korymasov E.A. — https://orcid.org/0000-0003-0227-6572
Levina O.N. — https://orcid.org/0000-0002-5814-4504
Malyshev A.A. — https://orcid.org/0000-0001-9191-6169
Ozerova D.S. — https://orcid.org/0000-0003-4996-5025
Parfenov I.P. — https://orcid.org/0000-0001-9354-5584
Potakhin S.N. — https://orcid.org/0000-0002-4159-3047
Smolkina A.V. — https://orcid.org/0000-0001-5140-7757
Teterin Yu.S. — https://orcid.org/0000-0003-2222-3152
Fedorov E.D. — https://orcid.org/0000-0002-6036-7061
Khatkov I.E. — https://orcid.org/0000-0002-4088-8118
Tsvirkun V.V. — https://orcid.org/0000-0001-5169-2199
Shapovalyants S.G. — https://orcid.org/0000-0002-1571-8125
Shishin K.V.— https://orcid.org/0000-0003-0010-5294
Shulutko A.M.— https://orcid.org/0000-0002-8001-1601
Shchegolev A.A. — https://orcid.org/0000-0002-1423-4284
Yudin M.Yu. — https://orcid.org/0000-0002-6600-7825
Corresponding author: Klimashevich A.V. — e-mail: klimashevich78@mail.ru

To cite this article:
Shabunin AV, Yartsev PA, Bagatelia ZA, Grekov DN, Drozdov PA, Karpov AA, Klimashevich AV, Korzheva IYu, Lebedev SS, Rodionov EP, Kolotilshchikov AA, Bocharnikov DS, Arablinsky AV, Alekyan BG, Alimov AN, Gezalov FF, Kapralov SV, Korymasov EA, Levina ON, Malyshev AA, Ozerova DS, Parfenov IP, Potakhin SN, Smolkina AV, Teterin YuS, Fedorov ED, Khatkov IE, Tsvirkun VV, Shapovalyants SG, Shishin KV, Shulutko AM, Shchegolev AA, Yudin MYu. Russian consensus on the diagnosis and treatment of gastroduodenal ulcerative bleeding. *Pirogov Russian Journal of Surgery.* 2026;6:6–13. (In Russ.). https://doi.org/10.17116/hirurgia2026066

Какие лабораторные и инструментальные исследования должны выполняться у пациента при подозрении на язвенное гастродуоденальное кровотечение?

Показаны стандартные исследования: экстренная эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС), общий анализ крови, коагулограмма, биохимический анализ крови, исследование группы крови и резус-фактора, инфекционные маркеры [5, 7, 15, 19, 30].

Уровень достоверности доказательности: 2
Уровень убедительности рекомендаций: B
Уровень достигнутого согласия: «A+» — 73,3%; «A» — 20%; «A–» — 0; «D–» — 0; «D» — 0; «D+» — 6,7%.

Согласно актуальным национальным и международным клиническим рекомендациям, у пациента с подозрением на язвенное гастродуоденальное кровотечение следует выполнить комплексное лабораторное исследование в следующем объеме: общий (клинический анализ крови), коагулограмма, биохимический анализ крови (с определением электролитов), определение группы крови и Rh-фактора, а также определение инфекционных маркеров (в случае принятия решения о госпитализации).

ЭГДС у пациента с подозрением на язвенное гастродуоденальное кровотечение должна быть выполнена в течение не более 2 ч от момента поступления в стационар (с диагностической и лечебной целью, а также для определения риска рецидива кровотечения и дальнейшей тактики лечения) [5].

Какие прогностические шкалы (определение риска рецидива кровотечения) должны применяться у пациента с язвенным гастродуоденальным кровотечением?

Шкала Forrest в комбинации с клинической шкалой Rockall. Шкала Forrest используется для оценки рецидива гастродуоденальных кровотечений, учитывая эндоскопическую картину. Однако изолированное использование не обладает доказанной эффективностью прогнозирования госпитальной смертности, в его оценку входит только оценка рецидива кровотечения. Именно поэтому дополнительная оценка по шкале Rockall позволяет комплексно оценить состояние и спрогнозировать риск рецидива кровотечения и вероятную летальность [14].

Уровень достоверности доказательности: 1
Уровень убедительности рекомендаций: A
Уровень достигнутого согласия: «A+» — 73,3%; «A» — 20%; «A–» — 0; «D–» — 0; «D» — 0; «D+» — 6,7%.

Какова роль классификации язвенных гастродуоденальных кровотечений по Forrest в определении стратегии лечения?

Классификация Forrest является главным критерием для принятия решения о необходимости эндоскопического гемостаза и прогнозирования риска рецидива кровотечения.

Уровень достоверности доказательности: 1
Уровень убедительности рекомендаций: A
Уровень достигнутого соглашения: «A+» — 80%; «A» — 6,5%; «A–» — 0; «D–» — 6,5%; «D» — 0; «D+» — 7%.

Классификация язвенных кровотечений по Forrest является одним из наиболее важных инструментов, используемых в клинической практике, для определения тактики лечения и оценки риска рецидива гастродуоденального кровотечения. Согласно современным международным и национальным клиническим рекомендациям, язвенные кровотечения Forrest Ia, Ib требуют обязательного эндоскопического гемостаза для остановки кровотечения, IIa и IIb требуют профилактического эндоскопического гемостаза, поскольку при данном типе отмечается высокий риск рецидива кровотечения [5, 8, 12, 16, 19]. Классификация Forrest полезна только как инструмент эндоскопического описания кровотечения.

Каковы показания к госпитализации пациента с язвенным гастродуоденальным кровотечением в отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ)?

Гемодинамическая нестабильность (САД менее 90 мм рт.ст., ЧСС более 100 уд/мин), тяжелая степень анемии (Hb менее 70 г/л), продолжающееся или рецидивирующее кровотечение, высокий риск рецидива кровотечения.

Уровень достоверности доказательности: 3;
Уровень убедительности рекомендаций: B;
Уровень достигнутого согласия: «A+» — 86,7%; «A» — 13,3%; «A–» — 0; «D–» — 0; «D» — 0; «D+» — 0.

Целесообразно выделить несколько критериев, определяющих необходимость проведения интенсивной терапии и/или интенсивного наблюдения: анамнестические, клинические, лабораторные и инструментальные. При наличии хотя бы одного из них пациент маршрутизируется в ОРИТ.

Решение вопроса о пути госпитализации пациента должно осуществляться междисциплинарной бригадой специалистов: хирург, эндоскопист, анестезиолог-реаниматолог [24, 26].

Как должна оцениваться коморбидность пациентов с язвенными гастродуоденальными кровотечениями?

Показано применение объективных шкал оценки коморбидности (например, шкалы Charlson).

Уровень достоверности доказательств: 1
Уровень убедительности рекомендаций: А;
Уровень достигнутого согласия: «А+» — 64,3%; «А» — 35,7%; «А–» — 0; «D–» — 0; «D» — 0; «D+» — 0.

У пациента с подозрением на язвенное гастродуоденальное кровотечение следует использовать объективные шкалы оценки коморбидности, поскольку риск смерти коморбидного пациента прямо коррелирует с количеством и тяжестью сопутствующих заболеваний. По данным отечественной и мировой литературы, для оценки коморбидности, стратификации риска и прогнозирования исхода заболевания применяется шкала Charlson, а также шкала Американской ассоциации анестезиологов (ASA) [5, 7].

Каковы показания к применению эндоскопического лечения у пациентов с язвенным гастродуоденальным кровотечением?

Эндоскопическое гемостаз следует выполнять всем пациентам с продолжающимся кровотечением Forrest Ia, Ib, а также профилактический эндоскопический гемостаз при наличии признаков состоявшегося кровотечения Forrest IIa или Forrest IIb.

Уровень достоверности доказательности: 1
Уровень убедительности рекомендаций: А
Уровень достигнутого согласия: «А+» — 93,3%; «А» — 6,7%; «А–» — 0; «D–» — 0; «D» — 0; «D+» — 0.

Показаниями к проведению эндоскопического лечения у пациентов с язвенным гастродуоденальным кровотечением служат продолжающееся струйное или диффузное кровотечение (FIa, FIb), наличие крупных (более 1 мм) тромбированных сосудов или фиксированного тромба-сгустка на поверхности кровоточащего субстрата (FIIA и FIIB) [5, 12, 17, 28, 30].

Каков оптимальный объем эндоскопического гемостаза у пациентов с язвенным гастродуоденальным кровотечением?

Комбинированный эндоскопический или профилактический эндоскопический гемостаз показан всем пациентам с кровотечением Forrest Ia, Ib, IIa, IIb с обязательным контрольным эндоскопическим исследованием.

Уровень достоверности доказательности: 1
Уровень убедительности рекомендаций: А
Уровень достигнутого согласия: «А+» — 93,3%; «А» — 6,7%; «А–» — 0; «D–» — 0; «D» — 0; «D+» — 0.

Оптимальным объемом эндоскопического гемостаза у пациентов как с продолжающимся язвенным гастродуоденальным кровотечением (FIa/FIb) для остановки кровотечения, так и с состоявшимся язвенным гастродуоденальным кровотечением (FIIa/FIIb) с целью профилактики его рецидива рекомендуется применять комбинированную методику: сочетание инъекционного метода с термическими (диатермокоагуляция или аргоно-плазменная коагуляция), а также с клипированием видимого сосуда или «ушиванием» язвенного дефекта эндоскопическими клипсами [5, 12, 17, 23, 28, 30]. Как способу первой линии в лечении желудочно-кишечного кровотечения предпочтение необходимо отдавать бесконтактному термическому воздействию на кровоточащий сосуд в комбинации с инфильтрационным методом [5, 8, 12, 19].

Каковы оптимальные временные рамки для выполнения повторной ЭГДС у пациентов после проведения рентгенэндоваскулярной эмболизации?

Повторное эндоскопическое исследование должно выполняться в течение 2 ч после проведения рентгенэндоваскулярной эмболизации.

Уровень достоверности доказательности: 2
Уровень убедительности рекомендаций: С
Уровень достигнутого согласия: «А+» — 60%; «А» — 20%; «А–» — 0; «D–» — 13,3%; «D» — 0; «D+» — 6,7%.

У пациентов, которым рентгенэндоваскулярная эмболизация выполнялась с целью остановки продолжающегося кровотечения, рекомендован эндоскопический контроль в течение 2 ч после эмболизации.

В текущих международных руководствах и исследованиях отсутствуют четкие протоколы о необходимости плановой повторной ЭГДС после успешной эмболизации [6]. *Крупные рандомизированные исследования, оценивающие влияние общепринятого эндоскопического контроля на рецидивы, смертность или потребность в открытой операции, не проводились. Основные данные получены из ретроспективных исследований и обзоров (уровень доказательности С).*

Консенсус подчеркивает важность дальнейших исследований для формирования протоколов.

Какова оптимальная тактика инфузионной терапии у пациентов с язвенными гастродуоденальными кровотечениями, в том числе при массивной кровопотере?

Комплексная инфузионная терапия с использованием кристаллоидов с целью стабилизации гемодинамики (целевые показатели АД ⩾90 мм рт.ст., ЧСС <100 уд/мин), поддержания уровня гемоглобина ⩾70 г/л. При массивной кровопотере дополнительно проводится ранняя гемотрансфузия и коррекция коагулопатии.

Уровень достоверности доказательности: 1
Уровень убедительности рекомендаций: A
Уровень достигнутого согласия: «A+» — 100%; «A» — 0; «A–» — 0; «D–» — 0; «D» — 0; «D+» — 0.

В рамках проведения инфузионной терапии уровень гемоглобина должен быть не ниже 70 г/л. При массивной кровопотере необходимо добавление протокола массивной трансфузии, включающий компоненты крови и инфузию кристаллоидов [4, 16].

До какого оптимального уровня гемоглобина следует проводить трансфузионную терапию?

Целевой уровень гемоглобина: 70 г/л для всех пациентов и 80 г/л для коморбидных пациентов с ишемической болезнью сердца или другими тяжелыми сопутствующими заболеваниями [9, 22].

Уровень достоверности доказательности: 1
Уровень убедительности рекомендаций: A
Уровень достигнутого соглашения: «A+» — 78,6%; «A» — 21,4%; «A–» — 0; «D–» — 0; «D» — 0; «D+» — 0.

Целевой уровень гемоглобина: 70 г/л для всех пациентов, 80 г/л для пациентов с сопутствующей кардиологической патологией и другой тяжелой патологией, а также для пациентов со стабильной гемодинамикой в раннем послеоперационном периоде, 90 г/л для пациентов с нейротравмой и ишемией головного мозга [22, 32].

Какова оптимальная тактика ведения пациентов с клиническими признаками кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта и анемией в отсутствие визуализируемого при эндоскопии источника кровотечения?

Показано выполнение компьютерной томоангиографии (КТА) для определения возможного источника кровотечения.

Уровень достоверности доказательности: 2
Уровень убедительности рекомендаций: B
Уровень достигнутого согласия: «A+» — 60%; «A» — 26,7%; «A–» — 0; «D–» — 6,3%; «D» — 0; «D+» — 7%.

В случае отрицательнооого результата эндоскопического исследования при клинических признаках кровотечения в качестве исследования второй линии применяют КТА с определением источника экстравазации. Чувствительность метода достигает 50%, однако при продолжающемся кровотечении он обладает наибольшей достоверностью [31].

При отрицательный результатах КТА рекомендована капсульная эндоскопия или ангиография.

Каковы показания к рентгенэндоваскулярной эмболизации у пациентов с язвенными гастродуоденальными кровотечениями?

Рецидивирующее кровотечение (более 1 рецидива) после выполнения эндоскопического гемостаза.

Уровень достоверности доказательности: 2
Уровень убедительности рекомендаций: B
Уровень достигнутого согласия: «A+» — 86,7%; «A» — 6,3%; «A–» — 0; «D–» — 0; «D» — 0; «D+» — 7%.

Для пациентов с рецидивирующим кровотечением рекомендуется рассмотреть возможность проведения эмболизации [20].

У большинства пациентов со стабильной гемодинамикой с признаками продолжающегося или повторного кровотечения вторая попытка эндоваскулярного вмешательства с целью достижения гемостаза в большинстве случаев оказывается эффективной, может реже сопровождаться осложнениями по сравнению с хирургическим вмешательством и является рекомендуемым методом лечения [12].

Каковы показания к хирургическому лечению у пациентов с язвенными гастродуоденальными кровотечениями и каковы наиболее рациональные сроки проведения вмешательства?

Хирургическое лечение при продолжающемся или рецидивирующем характере кровотечения показано после безуспешного эндоскопического и эндоваскулярного лечения. Экстренное хирургическое вмешательство предпочтительно в течение первых 12—24 ч после второго рецидива кровотечения.

Уровень достоверности доказательности: 1
Уровень убедительности рекомендаций: A

Уровень достигнутого согласия: «A+» — 73,3,7%; «A» — 20%; «A–» — 0; «D–» — 6,7%; «D» — 0; «D+» — 0.

Экстренная операция показана пациентам с нестабильной гемодинамикой и кровоточащей язвой, устойчивой к эндоскопии/ангиоэмболизации [6].

Хирургическое лечение показано после двух рецидивов кровотечения при неэффективности эндоваскулярного гемостаза. Сроки операции могут варьировать индивидуально, предпочтительно ее проведение в течение 12—24 ч после второго рецидива кровотечения.

Открытая хирургия рекомендуется в случае, если эндоскопическое лечение оказалось неэффективным и есть признаки продолжающегося кровотечения, а также имеется гемодинамическая нестабильность. Выбор соответствующей операции должен быть сделан, исходя из локализации, размеров язвенного дефекта, а также характеристик кровоточащего сосуда [30].

Хирургия значительно снижает вероятность рецидива кровотечения, однако хирургическое лечение также связано с тенденцией к увеличению смертности. Исследования, сравнивающие ангиоэмболизацию с хирургическим вмешательством, сообщили о тенденции к более высокой частоте повторного кровотечения после ангиоэмболизации и отражения тенденции к более высокой смертности после операции. В когорте исследований ангиоэмболизации сообщалось о значительно более низкой частоте развития осложнений по сравнении с хирургическим лечением [30].

Какой хирургический подход (открытый доступ или лапароскопический) является наиболее рациональным у пациентов с язвенными гастродуоденальными кровотечениями?

Хирургическое вмешательство из лапаротомного доступа является методом выбора при нестабильной гемодинамике, массивной кровопотере и наличии глубоких или больших язв, обеспечивающим более надежный гемостаз и более быструю остановку продолжающегося кровотечения.

Уровень достоверности доказательности: 2
Уровень убедительности рекомендаций: B
Уровень достигнутого согласия: «A+» — 73,3,7%; «A» — 20%; «A–» — 6,7%; «D–» — 0; «D» — 0; «D+» — 0.

Пациентам с язвенной болезнью, осложненной рецидивирующим кровотечением, показано хирургическое вмешательство из лапаротомного доступа. Выбор хирургического вмешательства должен быть сделан на основании расположения и размеров язвенного дефекта, характеристик кровоточащего сосуда. Хирургический подход включает ушивание или резекцию [30].

Лапароскопический доступ возможен у пациентов со стабильной гемодинамиуой с четко локализованными язвенными дефектами для лапароскопического выполнения. У нестабильных пациентов предпочтение отдается открытой хирургии.

Из 17 вопросов консенсуса в обсуждении трех не достигнуто единого понимания экспертами, и последние вынесены на общее голосование присутствующих в зале экспертов и участников заседания. Голосование проводилось в режиме реального времени. В соответствии с утвержденными принципами дельфийской системы проходным баллом утверждения считали сумму, при которой доля положительных решений составлял 62% и более.

По результатам голосования достигнуто соглашение в следующих вопросах.

Какие прогностические шкалы (определения риска рецидива кровотечения) должны применяться у пациентов с язвенным гастродуоденальным кровотечением?

Шкала Rockall и шкала Glasgow—Blatchford.
Уровень достоверности доказательности: 1
Уровень убедительности рекомендаций: A
Уровень достигнутого согласия: «A+» — 67,69%; «A» — 26,15%; «A–» — 3,08%; «D–» — 1,54%; «D» — 0; «D+» — 1,54%.

Шкала Rockall является шкалой, которая отражает риск рецидива кровотечения и вероятную летальность у пациентов с гастродуоденальными кровотечениями. Шкала Glasgow—Blatchford оценивает необходимость гемотрансфузии, пребывания в ОРИТ и летальность. Сочетание указанных шкал отражает доказанную эффективность и более точный прогноз у пациентов и остается оптимальным способом стратификации рисков [2, 14].

Каковы оптимальные временные рамки для выполнения повторной ЭГДС у пациентов с высоким риском рецидива?

Повторное эндоскопическое исследование должно выполняться в течение 6—12 ч после эндоскопического гемостаза.

Уровень достоверности доказательности: 1
Уровень убедительности рекомендаций: A;
Уровень достигнутого согласия: «A+» — 55,56%; «A» — 19,44%; «A–» — 4,17%; «D–» — 11,11%; «D» — 9,72%; «D+» — 0.

Нет убедительных данных, что более раннее повторное эндоскопическое исследование улуч-

шает результаты лечения пациентов с язвенной болезнью, осложненной кровотечением, а выполнение повторной эндоскопии в ближайшие 2 ч после эндоскопического гемостаза может ухудшить результаты лечения. При стратификации рисков с использованием шкалы Glasgow—Blatchford у пациентов с низким риском рецидива кровотечения возможно дальнейшее лечение в амбулаторных условиях [16, 19].

Должна ли проводится превентивная рентгенэндоваскулярная эмболизация у пациентов с язвенными гастродуоденальными кровотечениями в отсутствие признаков рецидива во время выполнения ангиографии?

Превентивная эмболизация показана пациентам с высоким риском рецидива кровотечения, а также коморбидным больным.

Уровень достоверности доказательности: 2
Уровень убедительности рекомендаций: C
Уровень достигнутого согласия: «A+» — 64,52%; «A» — 17,74%; «A–» — 6,45%; «D–» — 3,23%; «D» — 8,06%; «D+» — 0.

Превентивная рентгенэндоваскулярная эмболизация снижает вероятность повторного кровотечения и любого повторного вмешательства при язвенных гастродуоденальных кровотечениях [18, 25].

Заключение

В структуре болезней органов пищеварения у взрослого населения язвенная болезнь является широко распространенной и составляет от 7% до 12%, причем язвенная болезнь с локализацией в двенадцатиперстной кишке встречается в 4 раза чаще, чем язвенная болезнь с локализацией в желудке. Кровотечение является наиболее частым осложнением язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Количество осложнений в виде кровотечений регистрируют с ежегодной частотой от 19 до 57 на 100 тыс. населения (от 0,02% до 0,06%), при этом дуоденальные кровотечения развиваются в 3 раза чаще желудочных.

Настоящий консенсус представляет собой документ, отражающий наиболее полный и всесторонний анализ имеющихся российских и международных исследований с определением необходимых методов обследования, показаний к госпитализации в круглосуточный стационар, реанимационное отделение, выбора метода классификации и прогноза рецидива желудочно-кишечного кровотечения язвенной этиологии, выбора способа лечения и сроков контроля за рецидивом кровотечения. Внедрение результатов консенсуса будет способствовать стандартизации оказания помощи при желудочно-кишечных кровотечениях язвенной этиологии в зависимости от особенностей оснащения стационара.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.
The authors declare no conflicts of interest.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Бедин В.В., Коржева И.Ю., Цуркан В.А., Бочарников Д.С., Соколов К.А. Профилактическая рентгенэндоваскулярная артериальная эмболизация у пациентов с язвенными гастродуоденальными кровотечениями с высоким риском рецидива. *Московский хирургический журнал.* 2023;1(77):50-56.
Bedin VV, Korzheva IYu, Tsurkan VA, Bocharnikov DS, Sokolov KA. Prophylactic endovascular arterial embolization in patients with peptic gastroduodenal bleeding at high risk of recurrence. *Moscow Surgical Journal.* 2023;1(77):50-56. (In Russ.).
https://doi.org/10.17238/2072-3180-2023-1-50-56
2. Брехов Е.И., Репин И.Г., Калинников В.В., Репин Д.И., Тимошкин С.П. Роль интегральных шкал Rockall и Glasgow—Blatchford в прогнозировании рецидива кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта. *Доказательная гастроэнтерология.* 2019;8(3):20-26.
Brekhov EI, Repin IG, Kalinnikov VV, Repin DI, Timoshkin SP. The role of Rockall and Glasgow—Blatchford integral scales in predicting recurrence of upper gastrointestinal bleeding. *Evidence-Based Gastroenterology.* 2019;8(3):20-26. (In Russ.).
https://doi.org/10.17116/dokgastro2019803120
3. *Гиповолемический шок у взрослых: клинические рекомендации.* Общероссийская общественная организация «Федерация анестезиологов и реаниматологов». М. 2024.
Hypovolemic shock in adults: clinical guidelines. Russian Federation of Anesthesiologists and Reanimatologists. Moscow; 2024. (In Russ.).
4. Екимова А.О., Шагина В.Н., Холикова А.А., Бирюков Е.А. Инфузионно-трансфузионная терапия при желудочно-кишечном кровотечении. *Молодой ученый.* 2021;38(380):14-16. Ссылка активна на 22.07.2025.
Ekimova AO, Shagina VN, Kholikova AA, Biryukov EA. Infusion-transfusion therapy for gastrointestinal bleeding. *Young Scientist.* 2021;38(380):14-16. Accessed July 22, 2025. (In Russ.).
https://moluch.ru/archive/380/84036/
5. Об Инструкции по диагностике и лечению острых хирургических заболеваний органов брюшной полости в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы: Приказ ДЗМ от 21.02.2023 №150.
On the Instruction on the diagnosis and treatment of acute surgical diseases of the abdominal organs in medical organizations of the state healthcare system of Moscow: Order of the Moscow Healthcare Department dated 02/21/23 No. 150. (In Russ.).
6. Переходов С.Н., Милюков В.Е., Бартош Н.О., Красноперова М.С. Современная оценка эпидемиологии и осложнений язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. *Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Медицина.* 2024;28(2):230-245.
Perekhodov SN, Milyukov VE, Bartosh NO, Krasnoperova MS. Current assessment of the epidemiology and complications of gastric ulcer and duodenal ulcer. *Bulletin of the Peoples' Friendship University of Russia. Series: Medicine.* 2024;28(2):230-245.
https://doi.org/10.22363/2313-0245-2024-28-2-230-245
7. *Язвенная болезнь: клинические рекомендации.* Министерство здравоохранения РФ. М. 2024.

Peptic ulcer disease: clinical guidelines. Ministry of Health of the Russian Federation. Moscow, 2024. (In Russ.).

8. *Язвенные гастродуоденальные кровотечения: клинические рекомендации*. Российское общество хирургов. М. Воронеж; 2014. Ссылка активна на 22.07.2025.
Peptic gastroduodenal bleeding: clinical guidelines. Russian Society of Surgeons. Moscow-Voronezh, 2014. (In Russ.). Accessed July 22, 2025. https://www.mrckb.ru/files/yazvennye_gastroduodenalnye_krovotecheniya.PDF?ysclid=l4f7vfpdlv198060539
9. Allard S, Cort J, Howell C, Sherliker L, Miflin G, Toh CH. Transfusion 2024: A 5-year plan for clinical and laboratory transfusion in England. *Transfus Med.* 2021;31(6):400-408. https://doi.org/10.1111/tme.12827
10. Awadie H, Zoabi A, Gralnek IM. Obscure-overt gastrointestinal bleeding: a review. *Polish Arch Int Med.* 2022;132(4):16253. https://doi.org/10.20452/pamw.16253
11. Ballester R, O'Connell J, Costigan C, Sengupta S, Manoharan T, Martinez M, McNamara D. Glasgow-Blatchford and Rockall score utility in predicting findings on video capsule endoscopy in patients admitted with overt small bowel bleeding. *Endosc Int Open*. 2024;13(01):E32-E39. https://doi.org/10.1055/a-2452-1219
12. Barkun AN, Almadi M, Kuipers EJ, Laine L, Sung J, Tse F, Leontiadis GI, Abraham NS, Calvet X, Chan FKL, Douketis J, Enns R, Gralnek IM, Jairath V, Jensen D, Lau J, Lip GYH, Loffroy R, Maluf-Filho F, Meltzer AC, Reddy N, Saltzman JR, Marshall JK, Bardou M. Management of Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding: Guideline Recommendations From the International Consensus Group. *Ann Int Med.* 2019;171(11):805-822. https://doi.org/10.7326/M19-1795
13. Custovic N, Husic-Selimovic A, Srsen N, Prohic D. Comparison of Glasgow-Blatchford Score and Rockall Score in Patients with Upper Gastrointestinal Bleeding. *Med Arch*. 2020;74(4):270-274. https://doi.org/10.5455/medarh.2020.74.270-274
14. de Groot NL, van Oijen MG, Kessels K, Hemmink M, Weusten BL, Timmer R, Hazen WL, van Lelyveld N, Vermeijden RR, Curvers WL, et al. Reassessment of the predictive value of the Forrest classification for peptic ulcer rebleeding and mortality: can classification be simplified? *Endoscopy.* 2014;46(1):46-52. https://doi.org/10.1055/s-0033-1344884
15. Fujishiro M, Iguchi M, Ono S, Funasaka K, Sakata Y, Mikami T, Kataoka M, Shimaoka S, Michida T, Igarashi Y, Tanaka S. Guidelines for endoscopic management of nonvariceal upper gastrointestinal bleeding (second edition). *Digest Endosc*. 2025;37(5):447-469. https://doi.org/10.1111/den.15019
16. Gralnek IM, Stanley AJ, Morris AJ, Camus M, Lau J, Lanas A, Laursen SB, Radaelli F, Papanikolaou IS, Cúrdia Gonçalves T, Dinis-Ribeiro M, Awadie H, Braun G, de Groot N, Udd M, Sanchez-Yague A, Neeman Z, van Hooft JE. Endoscopic diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage (NVUGIH): European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline — Update 2021. *Endoscopy.* 2021;53(3):300-332. https://doi.org/10.1055/a-1369-5274
17. Jiang M, Chen P, Gao Q. Systematic Review and Net-Work Meta-Analysis of Upper Gastrointestinal Hemorrhage Interventions. *Celr Physiol Biochem*. 2016;39(6):2477-2491. https://doi.org/10.1159/000452515
18. Khan S, Khan MA, Jadoon AK, Khan A, Khan DA, Gohar M, Shafiq M, Elahi MW, Shahzil M, Esfandyari T. Comparison of Prophylactic Transcatheter Arterial Embolization and Standard Therapy in High-Risk Non-Variceal Upper Gastrointestinal Bleeding: A Meta-Analysis. *Gastroenterol Res*. 2025;18(3):139-148. https://doi.org/10.14740/gr2041
19. Laine L, Barkun AN, Saltzman JR, Martel M, Leontiadis GI. ACG Clinical Guideline: Upper Gastrointestinal and Ulcer Bleeding. *Am J Gastroenterol*. 2021;116(5):899-917. https://doi.org/10.14309/ajg.0000000000000124
20. Lau JY, Sung JJ, Lam YH, Chan AC, Ng EK, Lee DW, Chan FK, Suen RC, Chung SC. Endoscopic retreatment compared with surgery in patients with recurrent bleeding after initial endoscopic control of bleeding ulcers. *The New Engl J Med.* 1999;340(10):751-756. https://doi.org/10.1056/NEJM199903113401002
21. Loffroy R, Rao P, Ota S, De Lin M, Kwak BK, Geschwind JF. Embolization of acute nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage resistant to endoscopic treatment: results and predictors of recurrent bleeding. *Cardiovasc Intervent Radiol*. 2010;33(6):1088-1100. https://doi.org/10.1007/s00270-010-9829-7
22. Lotterman S, Sharma S. *Blood Transfusion*. StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2023.
23. Margulis AR, Heinbecker P, Bernard HR. Operative mesenteric arteriography in the search for the site of bleeding in unexplained gastrointestinal hemorrhage. *Surgery*. 1960;48):534-539.
24. Mille M, Engelhardt T, Stier A. Bleeding Duodenal Ulcer: Strategies in High-Risk Ulcers. *Visceral Med*. 2021;37(1):52-62. https://doi.org/10.1159/000513689
25. Mullady DK, Wang AY, Waschke KA. AGA Clinical Practice Update on Endoscopic Therapies for Non-Variceal Upper Gastrointestinal Bleeding: Expert Review. *Gastroenterology.* 2020;159(3):1120-1128. https://doi.org/10.1053/j.gastro.2020.05.095
26. Raţiu I, Lupuşoru R, Popescu A, Sporea I, Goldiş A, Dănilă M, Miuţescu B, Moga T, Barbulescu A, Şirli R. Acute gastrointestinal bleeding: A comparison between variceal and nonvariceal gastrointestinal bleeding. *Medicine.* 2022;101(45):e31543. https://doi.org/10.1097/MD.0000000000031543
27. Ryan K, Malacova E, Appleyard M, Brown AF, Song L, Grimpen F. Clinical utility of the Glasgow Blatchford Score in patients presenting to the emergency department with upper gastrointestinal bleeding: A retrospective cohort study. *Emerg Med Australasia*. 2021;33(5):817-825. https://doi.org/10.1111/1742-6723.13737
28. Sung JJ, Chiu PW, Chan FKL, Lau JY, Goh KL, Ho LH, Jung HY, Sollano JD, Gotoda T, Reddy N, et al. Asia-Pacific working group consensus on non-variceal upper gastrointestinal bleeding: an update 2018. *Gut.* 2018;67(10):1757-1768. https://doi.org/10.1136/gutjnl-2018-316276
29. Sverdén E, Mattsson F, Lindström D, Sondén A, Lu Y, Lagergren J. Transcatheter Arterial Embolization Compared With Surgery for Uncontrolled Peptic Ulcer Bleeding: A Population-based Cohort Study. *Ann Surg.* 2019;269(2):304-309. https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000002565
30. Tarasconi A, Coccolini F, Biffl WL, Tomasoni M, Ansaloni L, Picetti E, Molfino S, Shelat V, Cimbanassi S, Weber DG, et al. Perforated and bleeding peptic ulcer: WSES guidelines. *World J Emerg Surg.* 2020;15:3. https://doi.org/10.1186/s13017-019-0283-9
31. Wortman JR, Landman W, Fulwadhva UP, Viscomi SG, Sodickson AD. CT angiography for acute gastrointestinal bleeding: what the radiologist needs to know. *Br J Radiol.* 2017;90(1075):20170076. https://doi.org/10.1259/bjr.20170076
32. Yaddanapudi S, Yaddanapudi L. Indications for blood and blood product transfusion. *Indian J Anaesthesia*. 2014;58(5):538-542. https://doi.org/10.4103/0019-5049.144648
33. Yu Q, Funaki B, Navuluri R, Zangan S, Leef JA, van Ha TG. Empiric Transcatheter Embolization for Acute Arterial Upper Gastrointestinal Bleeding: A Meta-Analysis. *Am J Roentgenol.* 2021;216(4):880-893. https://doi.org/10.2214/AJR.20.23151

Поступила/Received 03.02.2026
Принята к печати/Accepted 01.04.2026

Приложение. Методология разработки консенсуса

Таблица 1. **Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов диагностики (диагностических вмешательств)**
Table 1. **Evidence levels for diagnostic methods**

УДД	Расшифровка
1	Систематические обзоры исследований с контролем референтным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением метаанализа
2	Отдельные исследования с контролем референтным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением метаанализа
3	Исследования без последовательного контроля референтным методом или исследования с референтным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода, или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая
5	Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов

Таблица 2. **Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов профилактики, лечения и реабилитации (профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств)**
Table 2. **Evidence levels for prevention, treatment and rehabilitation (preventive, therapeutic, and rehabilitation interventions)**

УДД	Расшифровка
1	Систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением метаанализа
2	Отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением метаанализа
3	Нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследование «случай — контроль»
5	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов

Таблица 3. **Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации (профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств)**
Table 3. **Classes of recommendations for prevention, diagnosis, treatment and rehabilitation (preventive, diagnostic, therapeutic, rehabilitation interventions)**

УУР	Расшифровка
A	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
B	Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
C	Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества, все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)