

ХАРАКТЕРИСТИКА СТРУКТУРЫ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ ИЗ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

В. В. Дарвин¹, А. Я. Ильканич¹, А. В. Сатинов²,
М. Г. Рыжиков², А. В. Оганян², А. Н. Брюхов², П. Н. Колмаков³

¹ Сургутский государственный университет, Сургут, Россия

² Нижневартовская окружная клиническая больница, Нижневартовск, Россия

³ Сургутская окружная клиническая больница, Сургут, Россия

Цель – изучение структуры больных с острыми кровотечениями из верхних отделов пищеварительного тракта. **Материал и методы.** Проанализированы причины острых кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта у 1 299 пациентов, пролеченных стационарно в течение 2018–2020 гг. в Нижневартовской окружной больнице Ханты-Мансийского автономного округа – Югры. **Результаты.** Данная патология составила 18,5 % от общего числа острых хирургических патологий у пациентов, поступивших в экстренном порядке в хирургический стационар. Средний возраст больных – $53 \pm 14,3$ года; 72,3 % госпитализированных – мужчины. Установлено, что доля кровотечений язвенного генеза достигает 48,7 %, реже причинами кровотечений являются: эрозивные поражения слизистой желудочно-кишечного тракта – 27,6 %, синдром Маллори – Вейсса – 8,3 %, варикозно-расширенные вены пищевода и желудка – 7,6 %, неоплазии – 6,7 %, ангиодисплазии – 1,1 %. У 33,7 % пациентов при первичной эзофагогастродуоденоскопии выявлено продолжающееся кровотечение. Предварительное промывание желудка и седация позволили повысить информативность первичной эзофагогастродуоденоскопии до 93,7 %.

Ключевые слова: кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта, язвенные кровотечения, синдром Маллори – Вейсса, варикозное расширение вен пищевода и желудка, неоплазия, эрозивные поражения слизистой.

Шифр специальности: 14.01.17 Хирургия.

Автор для переписки: Ильканич Андрей Яношевич, e-mail: ailkanich@yandex.ru

FEATURES OF PATIENTS' PROFILE WITH ACUTE BLEEDING FROM THE UPPER GASTROINTESTINAL TRACT

V. V. Darvin¹, A. Ya. Ilkanich¹, A. V. Satinov²,
M. G. Ryzhikov², A. V. Oganian², A. N. Bryukhov², P. N. Kolmakov³

¹ Surgut State University, Surgut, Russia

² Nizhnevartovsk Regional Clinical Hospital, Nizhnevartovsk, Russia

³ Surgut Regional Clinical Hospital, Surgut, Russia

The study aims to investigate the patients' profile with acute bleeding from the upper gastrointestinal tract. **Material and methods.** The causes of upper gastrointestinal bleeding in 1,299 patients treated in Nizhnevartovsk Regional Clinical Hospital, Khanty-Mansi Autonomous Okrug – Ugra, Russia, during 2018–2020 are analyzed. **Results.** This pathology accounted for 18.5% of the total number of patients with acute surgical pathology who were admitted urgently to a surgical unit. The average age of the patients was 53 ± 14.3 years, and 72.3% of those hospitalized are men. It was found that the proportion of peptic ulcer bleeding reaches 48.7%, less often the causes of bleeding are erosive lesions of the gastrointestinal mucosa (27.6%), Mallory–Weiss syndrome (8.3%), esophageal and gastric varices (7.6%), neoplasia (6.7%), angiodysplasia (1.1%). In 33.7% of patients with primary esophagogastroduodenoscopy, prolonged bleeding was revealed. Preliminary gastric lavage and sedation made it possible to increase the information content of primary esophagogastroduodenoscopy to 93.7%.

Keywords: upper gastrointestinal bleeding, peptic ulcer bleeding, Mallory–Weiss syndrome, esophageal and gastric varices, neoplasia, erosive lesions of the gastrointestinal mucosa.

Code: 14.01.17 Surgery.

Corresponding Author: Andrey Ya. Ilkanich, e-mail: ailkanich@yandex.ru

ВВЕДЕНИЕ

Кровотечение из верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) определяется как внутрипросветное кровотечение, источник которого располагается проксимальнее связки Трейтца. Оно может быть проявлением или осложнением ряда заболеваний пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки (ДПК) и органов гепатобилиарной системы [1].

Острые кровотечения из верхних отделов ЖКТ представляют собой значительную медицинскую и экономическую проблему, составляя от 37 до 172 случаев неотложных госпитализаций в год на 100 000 тысяч взрослого населения, с уровнем 30-дневной смертности от 3 до 33,5 % [2–7].

Острые пищеводно-гастродуоденальные кровотечения принято делить на варикозные и неварикозные. Кровотечение из варикозных вен пищевода и желудка – частое осложнение цирротического поражения печени с риском развития от 5 до 15 % в год, существенно повышающее уровень смертности в данной группе. Госпитальная смертность пациента с первичным эпизодом кровотечения из варикозных вен пищевода или желудка составляет 30 %, а годовая смертность – 60 %. Риск летального исхода максимален в течение первой недели после кровотечения и медленно снижается в течение следующих шести недель. После первичного эпизода кровотечения существует 70 %-й риск рецидива [8–10].

Структурно кровотечения, не связанные с портальной гипертензией, состоят из геморрагий язвенного генеза (с локализацией в желудке, ДПК или анастомозе), неязвенной этиологии и неоплазий [11–12].

Кровотечения язвенной этиологии составляют 26–59 % от всех острых кровотечений верхних отделов ЖКТ, из них, по данным отечественных источников, 10–30 % – из острых гастродуоденальных язв [13–20].

Наиболее частыми причинами кровотечений неязвенной этиологии являются:

- эрозивные поражения слизистой пищевода (4–12 %), желудка или двенадцатиперстной кишки (7–28 %);
- синдром Маллори – Вейсса (7–12 %), язва Дьюлафуа или другие сосудистые повреждения – гемобилия, ангиодисплазия, эктазия вен антрального отдела желудка (GAVE-синдром), сосудисто-кишечные фистулы (2–8 %);
- злокачественные неоплазии верхних отделов ЖКТ (4–6 %).

У 2–11 % пациентов не удается определить причину геморрагии [4, 21–22].

Возраст пациентов с наиболее высоким риском кровотечений из верхних отделов ЖКТ – от 41 года до 65 лет. В развивающихся странах высокому риску подвержено работоспособное население, в развитых – лица пожилого возраста (старше 60 лет) [23–26].

На структуру кровотечений из верхних отделов ЖКТ влияют климатические, экономические, социальные и медицинские факторы, поэтому целесообразность изучения структуры этой патологии (этиология, эпидемиология острых желудочно-кишечных кровотечений) обусловлена ее влиянием на планирование материальных ресурсов и проведение профилактических мероприятий для улучшения результатов лечения этой категории больных, в связи с чем анализ региональной структуры кровотечений из верхних отделов ЖКТ является актуальной темой научного исследования.

Цель – изучение структуры больных с острыми кровотечениями из верхних отделов пищеваритель-

ного тракта, пролеченных стационарно в Нижневартовской окружной больнице Ханты-Мансийского автономного округа – Югры.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Проведено ретроспективное сплошное когортное исследование – анализ 1 299 случаев острых кровотечений из верхних отделов пищеварительного тракта. Критерии включения: остро развившиеся пищеводно-гастродуоденальные кровотечения у лиц обоего пола старше 17 лет, пролеченных в стационаре Нижневартовской окружной клинической больницы в 2018–2020 гг.

В отечественной практике отсутствуют рекомендации по лечению кровотечений из верхних отделов ЖКТ, поэтому объем оказания медицинской помощи поступившим в стационар пациентам соответствовал Национальным клиническим рекомендациям Российского общества хирургов по лечению больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями [27]. При поступлении в стационар каждый пациент давал информированное добровольное согласие (ИДС) на медицинское вмешательство, а перед обследованием – ИДС на эндоскопическое исследование и оперативное лечение. При невозможности оформления согласия из-за тяжелого состояния пациента решение о проведении вмешательств принимал консилиум трех врачей.

Эндоскопическое исследование проводили с использованием видеогастроскопов PENTAX EG29-i10 с терапевтическими инструментальными каналами 3,2 мм на видеопроцессорах EPK-i7010 и Pentax EPK-i5000, что позволяло выполнять фото- и видеофиксацию исследования.

При постоянной инсуффляции эндоскопист достигал кардиального отдела желудка, преодолевал привратник и проводил аппарат до восходящего отдела ДПК. Луковицу ДПК осматривали дважды – на входе и на выходе. Особое внимание уделяли тщательной визуализации задней стенки, так как патологические процессы в данной области из-за особенностей анатомического строения при поверхностном осмотре часто незаметны. При извлечении гастроскопа производили ретрофлексию аппарата (маневр J) и осматривали угол желудка, кардиальный отдел и дно желудка. Исследование продолжалось до установления источника геморрагии или четкой уверенности эндоскописта в отсутствии признаков кровотечения.

При комплаенсе со стороны пациента проведение ЭГДС не требует седации. Показанием для дополнительной седации являлось психомоторное возбуждение на фоне приема алкоголя, особенности личностных характеристик, а также негативный опыт эндоскопических исследований в прошлом у 67 (5,2 %) пациентов. Полученный опыт указывает, что седация пациента благотворно влияет на качество диагностики и скорость проведения исследования.

При описании ЭГДС использовалась минимальная стандартная терминология гастроинтестинальной эндоскопии версии 3.0, принятая Всемирной организацией эндоскопии пищеварительной системы (Organisation Mondiale d'Endoscopie Digestive – OMED) [28].

Поскольку видеогастроскопия (ВГС) у данной группы пациентов носила экстренный характер, основное внимание при описании протокола эндоскопического исследования было направлено на описание источника кровотечения и состояние гемостаза. Все находки, не связанные с кровотечением, были рекомендо-

ны к тщательному эндоскопическому исследованию в плановом порядке.

Статистический анализ исследования проведен с использованием программы Microsoft Excel 2013. Структура видов кровотечений представлена в процентах.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Из общего числа госпитализированных с острой хирургической патологией (7 016), поступивших в стационар в экстренном порядке, случаи кровотечений из верхних отделов пищеварительного тракта установлены у 1 299 (18,5 %) пациентов. Большая часть больных с этой патологией – лица трудоспособного возраста, из них 939 (72,3 %) – мужчины. Средний возраст пациентов составил 53 ± 14,3 года со следующим распределением: молодой возраст (18–44 лет) – 429 (33 %) больных, средний (44–60 лет) – 462 (35,6 %); пожилой (60–75 лет) – 315 (24,2 %); старческий (75–90 лет) – 96 (7,2 %).

1 089 (83,8 %) пациентов с признаками кровотечения из верхних отделов ЖКТ доставлены скорой помощью, 210 (16,2 %) – обратились самостоятельно. Время от момента заболевания до поступления в стационар: до суток – 382 (29,4 %) пациента, от 1 до 3 суток – 612 (47,1 %), более 3 суток – 305 (23,5 %) больных.

1 052 (81 %) пациентам перед проведением первичной ЭГДС выполнено промывание желудка через

зонд с целью удаления пищевых масс и сгустков крови из просвета ЖКТ. У 986 (93,7 %) госпитализированных был выявлен источник кровотечения при первичном обследовании. У 66 (6,3 %) не удалось достоверно визуализировать причину геморрагии в связи с ограничением визуализации, связанным с наличием в просвете ЖКТ пищевых масс. Данным пациентам проводилось повторное эндоскопическое исследование в течение 6–12 часов после первичной ЭГДС. У всех пациентов данной группы отсутствовали клинические признаки, характерные для средней или тяжелой степени кровотечения; эндоскопически были выявлены эрозивные гастриты тела желудка.

247 (19 %) пациентов отказались от промывания желудка, у 27 (10,9 %) из отказавшихся от процедуры не удалось достоверно установить источник кровотечения при первичном эндоскопическом осмотре, поэтому пациентам проведено промывание желудка через зонд и повторное эндоскопическое исследование с выявлением источника геморрагии.

Проведенный анализ лечения пациентов с острыми кровотечениями из верхних отделов пищеварительного тракта позволил установить кровотечения язвенного происхождения – у 48,7 %; кровотечения, связанные с портальной гипертензией, – у 7,6 %; кровотечения, вызванные прочими причинами, – у 43,7 % пациентов (табл. 1).

Таблица 1

Структура кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта

Причина кровотечения	Число пациентов (абс.)	Число пациентов (%)
Язвенные поражения	633	48,7
Портальная гипертензия	99	7,6
Прочие причины	567	43,7

В группе язвенных кровотечений хронические язвы составили 75,4 %, симптоматические – 24,6 %. Наиболее часто отмечалось кровотечение из язвенных дефектов, локализующихся в желудке – 50,1 %, ДПК – 42,8 %, пищеводе (язвенные дефекты, локализу-

ющиеся выше Z-линии) – 3,3 % и в области гастроэнтеноанастомозов – 2,9 % (табл. 2). У 0,9 % больных отмечено сочетанное кровотечение из язв желудка и ДПК. Множественные язвы диагностированы у 20,8 % пациентов (табл. 2).

Таблица 2

Локализация язвенных дефектов

Локализация язвенных дефектов	%	Кол-во пациентов
Желудок	50,1	317
Двенадцатиперстная кишка	42,8	271
Пищевод (выше Z-линии)	3,3	21
Зона гастроэнтеноанастомозов	2,9	18

При желудочной локализации язвенные дефекты визуализировались: в антральном отделе – у 41,1 % больных; по малой кривизне – у 36,1 %; в кардиальном отделе – у 18,1 %; по большой кривизне – у 4,7 % пациентов (табл. 3). В луковице ДПК язвы располагались:

по передней стенке – у 51 % больных; задней стенке – у 25,6 %; верхней стенке – у 13,6 %; нижней стенке – у 9,8 % пациентов (табл. 4). Продолжающееся кровотечение диагностировалось у 32,7 %, состоявшееся – у 67,3 % госпитализированных.

Таблица 3

Локализация язвенных дефектов в желудке

Локализация	Кол-во пациентов	%
Антральный отдел	132	41,1
По малой кривизне	116	36,1
Кардиальный отдел	58	18,1
По большой кривизне	15	4,7

Таблица 4

Локализация язвенных дефектов в двенадцатиперстной кишке

Локализация	Кол-во пациентов	%
Передняя стенка	139	51
Задняя стенка	70	25,6
Верхняя стенка	37	13,6
Нижняя стенка	27	9,8

У 0,9 % больных отмечалось сочетанное кровотечение из язв желудка и ДПК. Множественные язвы диагностированы у 20,8 % пациентов; кровотечения, связанные с эрозивным поражением слизистой оболочки пищевода, желудка и ДПК, – у 27,6 % больных.

Было отмечено, что эрозивные поражения пищевода, желудка и ДПК хорошо поддаются консервативному лечению, имеют благоприятное течение и не имеют склонности к рецидивированию. Продолжающееся кровотечение было диагностировано у 35,3 %, состоявшееся – у 64,7 % больных.

Эндоскопически выявленные случаи синдрома Маллори – Вейсса (8,3 %) описывали по локализации, расположению по стенкам пищевода, размерам дефектов и их количеству, состоянию гемостаза:

- локализация: пищеводно-желудочный переход – у 65 %, пищевод – у 26,8 %, кардиальный отдел желудка – у 8,2 % пациентов (табл. 5);
- расположение дефекта: правая стенка (в области малой кривизны желудка) – у 48,1 %, задняя стенка – у 28,7 %, левая – у 13 %, передняя – у 10,2 % пациентов (табл. 6).

Таблица 5

Локализация дефекта при синдроме Маллори – Вейсса

Локализация дефекта	Кол-во пациентов	%
Пищеводно-желудочный переход	70	65
Пищевод	27	26,8
Кардиальный отдел желудка	9	8,2

Таблица 6

Расположение дефекта по стенкам пищевода при синдроме Маллори – Вейсса

Расположение дефекта	Кол-во пациентов	%
Правая стенка (в области малой кривизны желудка)	52	48,1
Задняя стенка	31	28,7
Левая стенка	14	13
Передняя стенка	11	10,2

Продолжающееся кровотечение диагностировано у 41 (38 %) пациента, у 67 (62 %) больных визуализировались признаки состоявшегося гемостаза: фиксированный сгусток крови, дефект слизистой, покрытый солянокислым гематином или фибрином.

У 7,6 % пациентов кровотечения отнесены к группе кровотечений из варикозно-расширенных вен (ВРВ) пищевода и желудка (табл. 7). При кровотечениях из ВРВ оценивали степень варикозного расширения вен пищевода и желудка по классификации N. Soehendra и K. Binmoeller и локализацию варикозных вен желудка – по классификации Sarin. У пациентов с состоявшимся кровотечением оценивали наличие телеангиоэктазий и гематоцистных пятен как предикторов рецидивной геморрагии. У 47 (47,5 %) пациентов при первичной диагностике было выявle-

но продолжающееся кровотечение, у 52 (52,5 %) – состоявшееся.

У 6,7 % пациентов кровотечения связаны с неопластическими процессами (табл. 7). При кровотечениях из неоплазий пищевода, желудка и ДПК наблюдали: состоявшееся кровотечение – у 71 (82 %); диффузное из образования – у 12 (13,4 %); струйное при распаде опухоли – у 4 (4,6 %) пациентов.

Ангиодисплазии были представлены интрамуральными артериовенозными мальформациями (болезнь Дъелафуа), требовали повторных эндоскопических исследований для выявления на пике кровотечения, но имели доброкачественный характер течения и хорошо поддавались эндоскопическому лечению.

Общая структура острых кровотечений верхних отделов ЖКТ в зависимости от этиологии представлена в табл. 7.

Таблица 7

Общая структура острых кровотечений верхних отделов
желудочно-кишечного тракта

Этиология	Количество
Кровотечения язвенного генеза	633 (48,7 %)
Эрозивный гастрит/дуоденит	210 (16,1 %)
Эрозивный эзофагит	150 (11,5 %)
Синдром Маллори – Вейсса	108 (8,30 %)
Варикозно-расширенные вены	99 (7,60 %)
Неоплазии	87 (6,70 %)
Ангиодисплазии	12 (1,10 %)

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта составили 18,5 % от общего числа острых хирургических патологий у пациентов, поступающих в стационар в экстренном порядке. Высокий показатель кровотечений язвенного генеза в общей структуре острой хирургической патологии целесообразно учитывать для планирования материальных ресурсов медицинских учреждений, повышения эффективности результатов лечения этой категории больных, а также профилактики язвенной болезни в целях предотвращения этого распространенного и опасного осложнения заболевания и исключения его рецидивов.

2. У больных с острыми кровотечениями из верхних отделов желудочно-кишечного тракта доля кро-

вотечений язвенного генеза достигает 48,7 %, реже причинами кровотечений являются: эрозивный гастрит/дуоденит (16,1 %), эрозивный эзофагит (11,5 %), синдром Маллори – Вейсса (8,30 %), варикозно-расширенные вены пищевода при портальной гипертензии (7,60 %), неоплазии (6,70 %), ангиодисплазии (1,10 %).

3. Наиболее эффективным методом первичной диагностики является ЭГДС, которая в сочетании с предварительным промыванием желудка и седацией позволяет выявить источник кровотечения при первичном осмотре в 93,7 % случаев.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Nelms D. W., Pelaez C. A. The Acute Upper Gastrointestinal Bleed // *Surg Clin North Am.* 2018. Vol. 98, No. 5. P. 1047–1057. DOI 10.1016/j.suc.2018.05.004.2018.
2. Moledina S. M., Komba E. Risk Factors for Mortality among Patients Admitted with Upper Gastrointestinal Bleeding at a Tertiary Hospital: A Prospective Cohort Study // *BMC Gastroenterology.* 2017. Vol. 17, No. 1. P. 165.
3. Patel V., Nicastro J. Upper Gastrointestinal Bleeding // *Clinics in Colon and Rectal Surgery.* 2019. Vol. 33, No. 1. P. 42–44.
4. Stanley A. J., Laine L. Management of Acute Upper Gastrointestinal Bleeding // *BMJ.* 2019. Vol. 364, P. 1536.
5. Rosenstock S. J., Møller M. H., Larsson H. et al. Improving Quality of Care in Peptic Ulcer Bleeding: Nationwide Cohort Study of 13,498 Consecutive Patients in the Danish Clinical Register of Emergency Surgery // *American Journal of Gastroenterology.* 2013. Vol. 108, No. 9. P. 1449–1457.
6. Hearnshaw S. A., Logan R. F., Lowe D. et al. Acute Upper Gastrointestinal Bleeding in the UK: Patient Characteristics, Diagnoses and Outcomes in the 2007 UK Audit // *Gut.* 2011. Vol. 60, No. 10. P. 1327–1335.
7. Miilunpohja S., Jyrkkä J., Kärkkäinen J. M. et al. Long-term Mortality and Causes of Death in Endoscopically Verified Upper Gastrointestinal Bleeding: Comparison of Bleeding Patients and Population Controls // *Scandinavian Journal of Gastroenterology.* 2017. Vol. 52, No. 11. P. 1211–1218.
8. El-Tawil A. M. Trends on Gastrointestinal Bleeding and Mortality: Where are We Standing? // *WJG.* 2012. Vol. 18, No. 11. P. 1154.
9. Tayyem O., Bilal M., Samuel R., Merwat S. K. Evaluation and Management of Variceal Bleeding // *Disease-a-Month.* 2018. Vol. 64, No. 7. P. 312–320.
10. Haq I., Tripathi D. Recent Advances in the Management of Variceal Bleeding // *Gastroenterology Report.* 2017. Vol. 5, No. 2. P. 113–126.
11. Гостищев В. К., Евсеев М. А. Гастродуоденальные кровотечения язвенной этиологии. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. 397 с.
12. Targownik L. E., Nabalamba A. Trends in Management and Outcomes of Acute Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding: 1993–2003 // *Clinical Gastroenterology and Hepatology.* 2006. Vol. 4, No. 12. P. 1459–1466.
13. Тимен Л. Я., Трубицина И. Е., Чикунова Б. З. и др. Геморрагический шок. Особенности эндоскопического гемостаза при язвенных гастродуоденальных кровотечениях: патоморфологическое, экспериментальное и клиническое исследование // *Medical consultation.* 2003. Т. 39, № 2. С. 3–19.
14. Гостищев В. К., Евсеев М. А. Эндоскопический гемостаз и прогнозирование рецидивной геморрагии при острых гастродуоденальных язвенных кровотечениях // *Гастродуоденальные кровотечения язвенной этиологии : руководство.* 2008. С. 129–175.
15. Панцырев Ю. М., Михалев А. И., Федоров Е. Д. Хирургическое лечение прободных и кровоточащих гастродуоденальных язв // *Хирургия.* 2003. № 3. С. 43–49.
16. Сацукевич В. Н., Сацукевич Д. В. Острые желудочно-кишечные кровотечения из хронических гастродуоденальных язв // *Кремлевская медицина.* 2000. Т. 2. С. 49–53.
17. Короткевич А. Г., Антонов Ю. А., Лобыкин Ф. И. и др. Сравнительная оценка эндоскопического гемостаза при состоявшемся язвенном кровотечении // *Эндоскопическая хирургия.* 2004. № 4. С. 41–44.

REFERENCES

1. Nelms D. W., Pelaez C. A. The Acute Upper Gastrointestinal Bleed // *Surg Clin North Am.* 2018. Vol. 98, No. 5. P. 1047–1057. DOI 10.1016/j.suc.2018.05.004.2018.
2. Moledina S. M., Komba E. Risk Factors for Mortality among Patients Admitted with Upper Gastrointestinal Bleeding at a Tertiary Hospital: A Prospective Cohort Study // *BMC Gastroenterology.* 2017. Vol. 17, No. 1. P. 165.
3. Patel V., Nicastro J. Upper Gastrointestinal Bleeding // *Clinics in Colon and Rectal Surgery.* 2019. Vol. 33, No. 1. P. 42–44.
4. Stanley A. J., Laine L. Management of Acute Upper Gastrointestinal Bleeding // *BMJ.* 2019. Vol. 364, P. 1536.
5. Rosenstock S. J., Møller M. H., Larsson H. et al. Improving Quality of Care in Peptic Ulcer Bleeding: Nationwide Cohort Study of 13,498 Consecutive Patients in the Danish Clinical Register of Emergency Surgery // *American Journal of Gastroenterology.* 2013. Vol. 108, No. 9. P. 1449–1457.
6. Hearnshaw S. A., Logan R. F., Lowe D. et al. Acute Upper Gastrointestinal Bleeding in the UK: Patient Characteristics, Diagnoses and Outcomes in the 2007 UK Audit // *Gut.* 2011. Vol. 60, No. 10. P. 1327–1335.
7. Miilunpohja S., Jyrkkä J., Kärkkäinen J. M. et al. Long-term Mortality and Causes of Death in Endoscopically Verified Upper Gastrointestinal Bleeding: Comparison of Bleeding Patients and Population Controls // *Scandinavian Journal of Gastroenterology.* 2017. Vol. 52, No. 11. P. 1211–1218.
8. El-Tawil A. M. Trends on Gastrointestinal Bleeding and Mortality: Where are We Standing? // *WJG.* 2012. Vol. 18, No. 11. P. 1154.
9. Tayyem O., Bilal M., Samuel R., Merwat S. K. Evaluation and Management of Variceal Bleeding // *Disease-a-Month.* 2018. Vol. 64, No. 7. P. 312–320.
10. Haq I., Tripathi D. Recent Advances in the Management of Variceal Bleeding // *Gastroenterology Report.* 2017. Vol. 5, No. 2. P. 113–126.
11. Gostishchev V. K., Evseev M. A. *Gastroduodenalnye krvotечения iazvennoi etiologii.* Moscow: GEOTAR-Media, 2008. 397 p. (In Russian).
12. Targownik L. E., Nabalamba A. Trends in Management and Outcomes of Acute Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding: 1993–2003 // *Clinical Gastroenterology and Hepatology.* 2006. Vol. 4, No. 12. P. 1459–1466.
13. Timen L. Ya., Trubitsina I. E., Chikunova B. Z. et al. *Gemorragicheskii shok. Osobennosti endoskopicheskogo gemostaza pri iazvennykh gastroduodenalnykh krvotечениях: patomorfologicheskoe, eksperimentalnoe i klinicheskoe issledovanie* // *Medical consultation.* 2003. Vol. 39, No. 2. P. 3–19. (In Russian).
14. Gostishchev V. K., Evseev M. A. *Endoskopicheskii gemostaz i prognozirovaniye retsidivnoi gemorragii pri ostrykh gastroduodenalnykh iazvennykh krvotечениях* // *Gastroduodenalnye krvotечения iazvennoi etiologii: rukovodstvo.* 2008. P. 129–175. (In Russian).
15. Pantsyrev Yu. M., Mikhalev A. I., Fedorov E. D. *Khirurgicheskoe lechenie probodnykh i krvotochashchikh gastroduodenalnykh iazv* // *Khirurgiia.* 2003. No. 3. P. 43–49. (In Russian).
16. Satsukevich V. N., Satsukevich D. V. *Ostrye zheludochno-kishchnye krvotечения iz khronicheskikh gastroduodenalnykh iazv* // *Kremlevskaia meditsina.* 2000. Vol. 2. P. 49–53. (In Russian).
17. Korotkevich A. G., Antonov Yu. A., Lobykin F. I. et al. *Sravnitelnaia otsenka endoskopicheskogo gemostaza pri sostoiavshemsia iazvennom krvotечении* //

18. Ogasawara N., Mizuno M., Masui R. et al. Predictive Factors for Intractability to Endoscopic Hemostasis in the Treatment of Bleeding Gastroduodenal Peptic Ulcers in Japanese Patients // *Clinical Endoscopy*. 2014. Vol. 47, No. 2. P. 162.
19. Sung J. Current Management of Peptic Ulcer Bleeding // *Nature Clinical Practice Gastroenterology & Hepatology*. 2006. Vol. 3, No. 1. P. 24–32.
20. Вербицкий В. Г. Желудочно-кишечные кровотечения язвенной этиологии (патогенез, диагностика, лечение) : дис. ... д-ра мед. наук. СПб., 1999. 309 с.
21. Barkun A. N., Almadi M., Kuipers E. J. et al. Management of Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding: Guideline Recommendations from the International Consensus Group // *Annals of Internal Medicine*. 2019. Vol. 171, No. 11. P. 805–822.
22. Samuel R., Bilal M., Tayyem O., Guturu P. Evaluation and Management of Non-Variceal Upper Gastrointestinal Bleeding // *Disease-a-Month*. 2018. Vol. 64, No. 7. P. 333–343.
23. Mohammad S., Chandio B., Shaikh A., Soomro A. A., Rizwan A. Endoscopic Findings in Patients Presenting with Upper Gastrointestinal Bleeding // *Cureus*. 2019. Vol. 11, No. 3.
24. Daniş N., Tekin F., Akarca U. S. et al. Changing patterns of Upper Gastrointestinal Bleeding Over 23 Years in Turkey // *The Turkish Journal of Gastroenterology*. 2019. Vol. 30, No. 10. P. 877.
25. Zaltman C., Souza H. S., Castro M. E. et al. Upper Gastrointestinal Bleeding in a Brazilian Hospital: A Retrospective Study of Endoscopic Records // *Arquivos de Gastroenterologia*. 2002. T. 39, №. 2. P. 74–80.
26. Steinfeld B., Scott J., Vilander G. et al. The Role of Lean Process Improvement in Implementation of Evidence-Based Practices in Behavioral Health Care // *The Journal of Behavioral Health Services & Research*. 2015. Vol. 42, No. 4. P. 504–518.
27. Язвенные гастроудоденальные кровотечения: клинич. рекомендации. URL: https://www.mrckb.ru/files/yazvennye_gastroduodenalnye_krovotecheniya.PDF (дата обращения: 25.04.2021).
28. Субботин А. М., Кузин М. Н., Ефимова Е. И., Мухин А. С. Стандартизация эндоскопической терминологии. Оформление протокола диагностической эзофагогастродуоденоскопии и колоноскопии (на основе МСТ 3.0 гастроинтестинальной эндоскопии). Нижний Новгород, 2016. 112 с.
- Endoskopicheskaia khirurgiia. 2004. No. 4. P. 41–44. (In Russian).
18. Ogasawara N., Mizuno M., Masui R. et al. Predictive Factors for Intractability to Endoscopic Hemostasis in the Treatment of Bleeding Gastroduodenal Peptic Ulcers in Japanese Patients // *Clinical Endoscopy*. 2014. Vol. 47, No. 2. P. 162.
19. Sung J. Current Management of Peptic Ulcer Bleeding // *Nature Clinical Practice Gastroenterology & Hepatology*. 2006. Vol. 3, No. 1. P. 24–32.
20. Verbitskii V. G. Zheludochno-kishechnye krvotecheniia iazvennoi etiologii (patogenezi, diagnostika, lechenie) : Doctoral Dissertation (Medicine). Saint Petersburg, 1999. 309 p. (In Russian).
21. Barkun A. N., Almadi M., Kuipers E. J. et al. Management of Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding: Guideline Recommendations from the International Consensus Group // *Annals of Internal Medicine*. 2019. Vol. 171, No. 11. P. 805–822.
22. Samuel R., Bilal M., Tayyem O., Guturu P. Evaluation and Management of Non-Variceal Upper Gastrointestinal Bleeding // *Disease-a-Month*. 2018. Vol. 64, No. 7. P. 333–343.
23. Mohammad S., Chandio B., Shaikh A., Soomro A. A., Rizwan A. Endoscopic Findings in Patients Presenting with Upper Gastrointestinal Bleeding // *Cureus*. 2019. Vol. 11, No. 3.
24. Daniş N., Tekin F., Akarca U. S. et al. Changing patterns of Upper Gastrointestinal Bleeding Over 23 Years in Turkey // *The Turkish Journal of Gastroenterology*. 2019. Vol. 30, No. 10. P. 877.
25. Zaltman C., Souza H. S., Castro M. E. et al. Upper Gastrointestinal Bleeding in a Brazilian Hospital: A Retrospective Study of Endoscopic Records // *Arquivos de Gastroenterologia*. 2002. T. 39, №. 2. P. 74–80.
26. Steinfeld B., Scott J., Vilander G. et al. The Role of Lean Process Improvement in Implementation of Evidence-Based Practices in Behavioral Health Care // *The Journal of Behavioral Health Services & Research*. 2015. Vol. 42, No. 4. P. 504–518.
27. Yazvennye gastroduodenalnye krvotecheniia : klinich. rekomendatsii. URL: https://www.mrckb.ru/files/yazvennye_gastroduodenalnye_krovotecheniya.PDF (accessed: 25.04.2021). (In Russian).
28. Subbotin A. M., Kuzin M. N., Efimova E. I., Mukhin A. S. Standartizatsiia endoskopicheskoi terminologii. Oformlenie protokola diagnosticheskoi ezofagogastroduodenoskopii i kolonoskopii (na osnove MST 3.0 gastrointestinalnoi endoskopii). Nizhnii Novgorod, 2016. 112 p. (In Russian).

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Дарвин Владимир Васильевич – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой хирургических болезней, Медицинский институт, Сургутский государственный университет, Сургут, Россия.

E-mail: dvv@mf.surgu.ru

Ильканич Андрей Яношевич – доктор медицинских наук, доцент, профессор кафедры хирургических болезней, Медицинский институт, Сургутский государственный университет, Сургут, Россия.

E-mail: ailkanich@yandex.ru

Сатинов Алексей Владимирович – главный врач, врач-хирург, Нижневартовская окружная клиническая больница, Нижневартовск, Россия.

Рыжиков Михаил Григорьевич – заведующий эндоскопическим отделением, врач-эндоскопист, Нижневартовская окружная клиническая больница, Нижневартовск, Россия.

E-mail: orcchief@yandex.ru

Оганян Армен Валерьевич – врач-эндоскопист, Нижневартовская окружная клиническая больница, Нижневартовск, Россия; аспирант кафедры хирургических болезней, Медицинский институт, Сургутский государственный университет, Сургут, Россия.

E-mail: niak1994@mail.ru

Брюхов Андрей Николаевич – кандидат медицинских наук, заместитель главного врача по экспертизе временной нетрудоспособности, врач – анестезиолог-реаниматолог, Нижневартовская окружная клиническая больница, Нижневартовск, Россия.

E-mail: bannv1@yandex.ru

Колмаков Павел Николаевич – кандидат медицинских наук, доцент, врач-эндоскопист, Сургутская окружная клиническая больница, Сургут, Россия.

ABOUT THE AUTHORS

Vladimir V. Darvin – Doctor of Sciences (Medicine), Professor, Head, Surgical Diseases Department, Medical Institute, Surgut State University, Surgut, Russia.

E-mail: dvv@mf.surgu.ru

Andrey Ya. Ilkanich – Doctor of Sciences (Medicine), Docent, Professor of the Surgical Diseases Department, Medical Institute, Surgut State University, Surgut, Russia.

E-mail: ailkanich@yandex.ru

Aleksey V. Satinov – Chief Medical Officer, Surgeon, Nizhnevartovsk Regional Clinical Hospital, Nizhnevartovsk, Russia.

Mikhail G. Ryzhikov – Endoscopist, Head, Endoscopy Department, Nizhnevartovsk Regional Clinical Hospital, Nizhnevartovsk, Russia.

E-mail: orcchief@yandex.ru

Armen V. Oganian – Endoscopist, Nizhnevartovsk Regional Clinical Hospital, Nizhnevartovsk, Russia; Postgraduate, Surgical Diseases Department, Medical Institute, Surgut State University, Surgut, Russia.

E-mail: niak1994@mail.ru

Andrei N. Bryukhov – Candidate of Sciences (Medicine), Deputy Chief Medical Officer for Temporary Incapacity to Work Expertize, Anaesthesiologist-reanimatologist, Nizhnevartovsk Regional Clinical Hospital, Nizhnevartovsk, Russia.

E-mail: bannv1@yandex.ru

Pavel N. Kolmakov – Candidate of Sciences (Medicine), Docent, Endoscopist, Surgut Regional Clinical Hospital, Surgut, Russia.