

УДК 612.367

https://doi.org/10.33619/2414-2948/110/13

**МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ  
ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ,  
ОСЛОЖНЕННОЙ КРОВОТЕЧЕНИЕМ**

©*Джаксымбаев Н. Б.*, Кыргызский государственный медицинский институт  
переподготовки и повышения квалификации им. С. Б. Даниярова,  
г. Бишкек, Кыргызская Республика

©*Кочоров О. Т.*, д-р мед. наук, Кыргызско-Российский славянский университет,  
г. Бишкек, Кыргызская Республика

©*Ниязов Б. С.*, д-р мед. наук, Кыргызский государственный медицинский институт  
переподготовки и повышения квалификации им. С. Б. Даниярова,  
г. Бишкек, Кыргызская Республика, niyazov1949@mail.ru

©*Абдылдаева В. А.*, канд. мед. наук, Кыргызский государственный медицинский институт  
переподготовки и повышения квалификации им. С. Б. Даниярова,  
г. Бишкек, Кыргызская Республика

©*Динлосан О. Р.*, ORCID: 0000-0003-4604-8731, SPIN-код: 7397-2085,  
Кыргызский государственный медицинский институт переподготовки и повышения  
квалификации им. С.Б. Даниярова, г. Бишкек, Кыргызская Республика, khalif.kgma@gmail.com

©*Ниязова С. Б.*, канд. мед. наук, Кыргызский государственный медицинский институт  
переподготовки и повышения квалификации им. С.Б. Даниярова,  
г. Бишкек, Кыргызская Республика

**MULTIDISCIPLINARY APPROACH IN THE TREATMENT  
OF GASTRIC AND DUODENAL ULCER COMPLICATED BY BLEEDING**

©*Dzhaksymbaev N.*, Kyrgyz State Medical Institute of post-graduate training and continuous  
education named S. B. Daniyarov, Bishkek, Republic of Kyrgyzstan

©*Kochorov O.*, Dr. habil., Kyrgyz-Russian Slavic University, Bishkek, Kyrgyz Republic,

©*Niyazov B.*, Dr. habil., Kyrgyz State Medical Institute of post-graduate training and continuous  
education named S. B. Daniyarov, Bishkek, Republic of Kyrgyzstan, niyazov1949@mail.ru

©*Abdyldaeva V.*, PhD., Kyrgyz State Medical Institute of post-graduate training and continuous  
education named S. B. Daniyarov, Bishkek, Republic of Kyrgyzstan

©*Dinlossan O.*, ORCID: 0000-0003-4604-8731, SPIN-code: 7397-2085, Kyrgyz State Medical  
Institute of post-graduate training and continuous education named S. B. Daniyarov,  
Bishkek c., Republic of Kyrgyzstan, khalif.kgma@gmail.com

©*Niyazova S.*, Ph.D., Kyrgyz State Medical Institute of post-graduate training and continuous  
education named S. B. Daniyarov, Bishkek, Republic of Kyrgyzstan

*Аннотация.* Мультидисциплинарная команда – это команда специалистов из разных областей медицины, объединенных решением одной задачи на заранее согласованных принципах. Возможным примером данного подхода в лечении язвенной болезни желудка и 12 перстной кишки, осложненной кровотечением - служит совместное взаимодействие врачей – общих хирургов, врачей эндоскопистов, гастроэнтерологов, терапевтов, диетологов, психологов. Так как именно эти специалисты часто сталкиваются с данными опасными заболеваниями, поэтому совместный подход в их лечении является полностью оправданным. При рассмотрении многих медицинских проблем необходимо сотрудничество и совместная

работа сразу нескольких, как узких специалистов, так и врачей общей практики, которые работают в одной команде и пытаются достичь единой цели. В современной мировой медицинской практике такой подход используется все больше и больше, ведь он позволяет объединить знания разных врачей, во благо пациента и сделать лечение более приближенным к данному пациенту. Сегодня мультидисциплинарный подход команды врачей разных специальностей, все чаще занимаются лечением пациентов в ведущих клиниках мира. Считается, что за таким подходом будущее, ведь он позволяет легко и быстро определить последовательность и приоритетность методов лечения. Также рекомендации пациенту даются согласовано и исключаются ситуации, когда одно - противоречит другому. Соблюдается коллегиальность.

*Abstract.* A multidisciplinary team is a team of specialists from different fields of medicine, united by the solution of one problem on previously agreed principles. A possible example of this approach in the treatment of gastric ulcer and duodenal ulcer complicated by bleeding is the joint interaction of doctors - general surgeons, endoscopists, gastroenterologists, general practitioners, therapists, nutritionists, psychologists. Since these specialists often encounter these dangerous diseases, a joint approach to their treatment is fully justified. When considering many medical problems, cooperation and joint work of several at once is necessary, both narrow specialists and general practitioners who work in the same team and try to achieve a common goal. In modern world medical practice, this approach is used more and more, because it allows you to combine the knowledge of different doctors, for the benefit of the patient and make the treatment closer to this patient. Today, a multidisciplinary approach of a team of doctors of different specialties is increasingly engaged in the treatment of patients in the world's leading clinics. It is believed that this approach has a future, because it allows to easily and quickly determine the sequence and priority of treatment methods. Also, recommendations to the patient are given in agreement and situations where one contradicts the other are excluded. Collegiality is observed.

*Ключевые слова:* гастродуоденальные кровотечения, диагностика, лечение.

*Keywords:* gastroduodenal bleeding, diagnostics, treatment.

На сегодняшний день диагностика, лечение, прогнозирование/профилактика гастродуоденальных кровотечений требует междисциплинарного подхода с вовлечением хирурга, эндоскописта, трансфузиолога, терапевта, психолога даже специалиста по искусственному интеллекту (ИИ) и машинному обучению [3, 6, 12, 24].

Однако по вопросам мультидисциплинарности при гастродуоденальных кровотечениях в современной литературе наблюдается дефицит современных исследований за последние пять лет по требованиям Web of Science и Scopus и/или дискутабельный (неоднозначный) характер, результатов и выводов [4, 13, 31, 38].

Выбор метода лечения желудочно-кишечных кровотечений (ЖКК) в настоящее время является одной из наиболее актуальных задач в ургентной абдоминальной хирургии [1, 8, 19]. Больные с желудочно – кишечными кровотечениями составляют 3 – 6% всех хирургических стационарных больных [9, 48-50]. Общая и послеоперационная летальность достигает 15% и выше [12, 16, 29, 31].

В структуре гастродуоденальных кровотечений на долю кровотечений язвенной этиологии приходится от 50% до 70% [5, 17, 21, 28]. По разным причинам не менее 2/3 пациентов с кровоточащими язвами желудка и ДПК лечатся неоперативными методами;

хирургическая активность в остром периоде заболевания имеет тенденцию к непрерывному снижению [22, 23, 25, 31].

Использование методик эндогемостаза позволяет в некоторых случаях избегать крайне опасных экстренных хирургических вмешательств и чаще оперировать больных в плановом порядке. Высокий эффект эндоскопического гемостаза в ряде случаев может оказаться методом окончательной остановки кровотечения, что особенно важно у больных с тяжёлой сопутствующей патологией, высокой степенью операционного риска, больных пожилого и старческого возраста [36, 47, 50, 51].

Эндоскопический гемостаз позволяет в 1,5 раза повысить эффективность консервативных способов лечения гастродуоденальных кровотечений. При некоторых патологических процессах, таких как синдром Меллори-Вейса, эффективность эндоскопического гемостаза может достигать 100% [26, 27, 39, 44].

В настоящее время чаще всего используют четыре основных способа эндоскопического гемостаза и профилактики кровотечения: медикаментозные, физические, механические и комбинированные [28, 34, 37, 40].

Цель исследования: Мультидисциплинарный подход в лечении больных при ЯГДК.

#### *Материал и методы исследования*

Представлен опыт лечения 242 больных, поступивших в период с 2022-2023 гг. в хирургическое отделение ГКП на ПХВ «Кордайская центральная районная больница» Республики Казакстан с диагнозом «желудочно-кишечное кровотечение (ЖКК)». Всем пациентам при поступлении в стационар выполнено стандартное обследование, включившее осмотр хирурга приемного отделения, общий анализ крови (показатели «красной крови») и экстренную видеоэзофагогастродуоденоскопию (ВЭГДС) после промывания желудка.

На догоспитальном этапе у больных оценивали тяжесть кровопотери. Если у пациента имела тяжелая степень кровопотери, дальнейшее обследование проводилось в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии.

Средний возраст пациентов составил  $54,72 \pm 9,34$  года, что еще больше подчеркивает социальную значимость изучаемой проблемы (Таблица 1).

По половому различию — мужского населения в изучаемой группе: 148(60,7%) мужчин и 94(39,3%) женщин.

В основном пациенты были госпитализированы в сроки до суток с момента начала заболевания и примерно 1/3 больных поступили позже 24 часов от начала заболевания. При лечении язвенной болезни желудка и 12 ПК, осложненной кровотечением мы придерживались мультидисциплинарного подхода. Мультидисциплинарный подход это – совместное взаимодействие хирургов, эндоскопистов, гастроэнтерологов, терапевтов, ВОПов, диетологов, психологов. За основу обследования и лечения больных были взяты клинические протокола от 27 ноября 2022 года. Категория — Хирургия. Гастродуоденальные кровотечения. DAMUMED

Таблица 1

#### РАСПРЕДЕЛЕНИЕ БОЛЬНЫХ ПО ВОЗРАСТУ, ПОЛУ

Возраст	Мужчины (n – 148)		Женщины (n – 94)	
	абс	%	абс	%
20-39	28	18.9	18	19.2
40-59	81	54.7	52	55.3
60-80	39	26.4	24	25.5

*Результаты исследования и обсуждения*

При проведении экстренной ВЭГДС было выявлено: Кровотечение из гастродуоденальных язв 208(85,9%), Синдром Мелори-Вейса 19 (7,9%), кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода (цирроз печени, портальная гипертензия — 15 (6,7%). При синдроме Мелори-Вейса и из варикозно расширенн. вен пищевода в момент осмотра кровотечение остановилось и при дальнейшем наблюдении рецидива не было. Характеристика ЯГДК по виду и локализации представлена в Таблице 2.

Таблица 2

**ХАРАКТЕРИСТИКА ЯГДК ПО ВИДУ И ЛОКАЛИЗАЦИИ**

<i>Острая язва желудка</i>		<i>Острая язва 12 п.к.</i>		<i>Хроническая язва 12 п.к.</i>		<i>Хроническая язва желудка</i>	
<i>Кол-во</i>	<i>%</i>	<i>Кол-во</i>	<i>%</i>	<i>Кол-во</i>	<i>%</i>	<i>Кол-во</i>	<i>%</i>
78	37,5	60	28,8	51	24,5	19	9,2

При анализе ЯГДК обнаружено: 1. Кровотечение при остр. язве желудка — 78(37,5%). 2. Кровотечение при острой дуоденальной язве — 60(28,8%). 3. Кровотечения обусловленные хроническими дуоденальными язвами — 51(24,5%) преобладают над кровотечениями из хронических язв желудка 19(9,2%).

Из 208 пациентов с ЯГДК — эндоскопический гемостаз проведен — 127(64,5%), 81 (36,5%) ЭГПС не проведен так как не было показаний. Сопутствующие заболевания были выявлены у больных ЯГДК у 192 (92,3%), у 16 (7,7%) пациентов сопутствующих заболеваний отсутствовало (Таблица 3).

Таблица 3

**СОПУТСТВУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У БОЛЬНЫХ С ЯГДК**

<i>Заболевания</i>	<i>Количество</i>	<i>%</i>
КБС	86	41,4
Гипертоническая болезнь	71	34,1
Постинфарктный кардиосклероз	24	11,5
Сахарный диабет	11	5,3
ХОБЛ	10	4,8
Хроническая пневмония	6	2,9

Для оценки источника кровотечения мы использовали классификацию язвенных гастродуоденальных кровотечений по Forrest [33, 41-44].

При проведении эндоскопического исследования были выявлены следующие типы гастродуоденальных кровотечений: Forrest 1А — 1(0.1%); Forrest 1В — 10(7.7%); Forrest 2А — 77(61.6%); Forrest 2В — 36(28.3%); Forrest 2С — 3(2.3%).

Были использованы следующие методы эндоскопического гемостаза: инъекционный метод (этиловый спирт 70о) в 65 случаях; комбинированный метод (инъекционный метод — этиловый спирт 70о, аутоплазма и электрокоагуляция — в 62 случаях).

Из 208 поступивших ЯГДК проведено эндогемостаз 129 (62,1%) больным с положительным эффектом. У 89 (37,9%) пациентов при ФГДС продолжающегося кровотечения не было. Всем 208 больным с ЯГДК проведена эрадикационная терапия, т.к. анализ на *Helicobacter pylori* был положительным. При дальнейшем наблюдении рецидива кровотечений не было. Выписаны домой на амбулаторное лечение по месту жительства.

Язвенная болезнь (ЯБ) — хроническое рецидивирующее мультифакторное заболевание, проявляющееся образованием язвенных дефектов в желудке и/или двенадцатиперстной кишке (ДПК) с возможным прогрессированием и развитием осложнений [10, 20, 33].

В этой связи получают огромный фронт работы ВОПы, хирурги, участковые терапевты, психологи, диетологи, гастроэнтерологи, эндоскописты в виде амбулаторного лечения, обследования, профилактики и диспансерного наблюдения, лечения хронических фоновых заболеваний, нередко приводящих к рецидивам язвенной болезни. Поэтому мультидисциплинарный подход в лечении больных ЯГДК повысит эффективность лечения.

Рекомендуемая схема амбулаторного наблюдения больных язвенной болезнью желудка и ДПК осложненная кровотечением после выписки из стационара: частота наблюдения: 4 раза в год; консультация врача-гастроэнтеролога — 4 раза в год консультация клинического психолога, диетолога — 1 раз в год.

Инструментальные методы наблюдения:

1. ФГДС с биопсией — у больных ЯБЖ и 2 раза в год.
2. ФГДС у больных ЯБЖ и ДПК — 1 раз в год
3. Рентгеноскопия желудка и ДПК — 1 раз в год
4. УЗИ органов брюшной полости — 1 раз в год,
5. ЭКГ — 1 раз в год.
6. Лабораторная диагностика: ОАК — 2 раза в год, ОАМ — 1 раз в год, биохимический анализ крови (общий белок, АЛТ, АСТ, липаза, сахар, СРБ, ПТИ, билирубин) — 1 раз в год [2, 14, 15].

#### *Заключение*

В результате того, что частота ЯГДК в последние годы не уменьшается, проблема малоинвазивного лечения (Э.Г) подобных больных представляет актуальную задачу современного здравоохранения. Эндогемостаз является сложной хирургической манипуляцией требующей мультидисциплинарного подхода (эндоскописта, хирурга, анестезиолога, психолога, диетолога), а также соответствующей технической оснащённости. При отсутствии, какого-либо фактора выполнение эндоскопического гемостаза не представляется возможным. Так отсутствие анестезиологической поддержки не позволит врачу-эндоскописту четко прицельно выполнить необходимый объем вмешательства. Помимо этого, анестезиологическая бригада необходима для мониторинга показателей центральной гемодинамики, проведения коррекции её нарушений. Роль хирурга неопределима при отсутствии эффекта от эндогемостаза. Так как у больных имеются сопутствующие заболевания, то нужна консультация терапевта. Учитывая, что пациентам необходима моральная поддержка, задача психолога оказать соответствующую психологическую поддержку. Больные с ЯГДК нуждаются в специализированной диете, консультация диетолога необходима.

Выбор мультидисциплинарного подхода позволяет: повысить эффективность лечения за счет принятия командных решений разными специалистами; снизить риски возникновения осложнений и рецидивов язвенных поражений; найти нестандартный подход в лечении того или иного пациента; сформировать оптимальную индивидуальную схему лечения; сократить сроки лечения и реабилитации; объединить современную хирургическую тактику, эндоскопический гемостаз, эрадикационную терапию, диспансерное наблюдение, диетотерапию.

*Список литературы:*

1. Афанасенко В. П., Белоконев В. И., Замятин В. В. Язвенные гастродуоденальные – тактика и тенденции в хирургическом лечении // Современные проблемы экстренного и планового лечения больных язвенной болезнью желудка и двенадцати перстной кишки: Материалы конференции. Саратов. 2003. С. 96.
2. Валеев М. В., Тимербулатов Ш. В. Факторы риска рецидива язвенного кровотечения // Казанский медицинский журнал. 2020. Т. 101, № 3. С. 435–440.
3. Ермолов А. С., Тетерин Ю. С., Пинчук Т. П. Комбинированный эндоскопический гемостаз при язвенных гастродуоденальных кровотечениях // Хирургия. 2014. №2. С. 4-7.
4. Здзитовецкий Д. Э., Борисов Р. Н., Коваленко О. В. Результаты лечения больных с кровотечением из верхних отделов желудочно-кишечного тракта по данным КГБУЗ КМКБСМП им. Н.С. Карповича за 3 года // Актуальные вопросы современной хирургии: сборник научно-практических работ. Красноярск, 2018. С. 121–125.
5. Ивануса С. Я., Кочетков А. В., Зубарев П. Н. 10-ти летний опыт лечения язвенных кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта на основании протоколов оказания неотложной помощи в Санкт-Петербурге // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. Приложение 1. 2014. С. 39-40.
6. Кариниди Г. К., Зорин В. В., Конксиди И. В. Оптимизация хирургической тактики лечения язвенных гастродуоденальных кровотечений // Кубанский научный медицинский вестник. 2017. №2 (163). С. 83-85.
7. Кащенко В. А., Солоницын Е. Г., Распереза Д. В., Бескровный Е. Г., Шацилло И. О., Глузман М. И., Лебедева Н. Н. Неуточнённые желудочно-кишечные кровотечения: современные возможности диагностики // Здоровье – основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения. 2015. №2. С. 763-765.
8. Кубышкин В. А., Петров Д. Ю., Смирнов А. В. Методы эндоскопического гемостаза в лечении язвенных гастродуоденальных кровотечений // Хирургия. 2013. №9. С. 67–72.
9. Луцевич Э. В., Астапенко В. Г., Белов И. Н. Руководство по гастроинтестинальной эндоскопии. Минск: Вышшая школа, 1990.
10. Маев И. В., Самсонов А. А., Андреев Д. Н. Желудочно-кишечные кровотечения: клиника, диагностика и лечение // Фарматека. 2014. №2. С. 47–53.
11. Эктов В. Н., Минаков О. Е., Музальков В. А. Оценка динамики основных показателей лечебной помощи и отдаленных результатов консервативного лечения язвенных гастродуоденальных кровотечений // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. 2018. Т. 11. №3. С. 167–172.
12. Панцырев Ю. М., Михалев А. П., Федоров Е. Д., Кузеев Е. А. Лечение язвенных гастродуоденальных кровотечений // Хирургия. 2000. №3. С. 21–7.
13. Быков А. В., Орешкин А. Ю., Захарова Е. О., Николаев А. Ю. Программный эндоскопический гемостаз как метод окончательной остановки язвенных гастродуоденальных кровотечений // Вестник ВолгГМУ. 2014. Выпуск 2 (50). С. 136-139.
14. Пытель Е. В. Эндоскопический инъекционный метод остановки острых гастродуоденальных кровотечений этанолом: Дисс. ... канд. мед. наук. М., 1996.
15. Совцов С. А. Роль внутрибольничных протоколов в диагностике и лечении язвенного гастродуоденального кровотечения // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2018. №8. С. 56–60.
16. Ступин В. А., Силуянов С. В., Смирнова Г. О., Собиров М. А. Современные подходы к лечению кровотечений из острых язв желудка и двенадцатиперстной кишки // Хирургия. 2010. №8. С. 51-98.

17. Федоров В. Э., Шмелев С. Н. Пути повышения эффективности лечения больных с гастродуоденальными кровотечениями // Вестник СПбГУ. 2014. Т. 11. №2. С. 229-235.
18. Чернов В. Н., Скорляков В. В., Маслов А. И. Диагностика и лечение больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. Приложение 1. 2014. С. 82-84.
19. Чуманевич О. А., Бордаков В. Н., Гапанович В. Н. Эндоскопический гемостаз при гастродуоденальных кровотечениях // Медицинские новости. 2006. Т. 1. №8.
20. Шапкин Ю. Г., Фролов И. А., Гришаев В. А., Капралов С. В. Экспериментальное и клиническое применение лазерной доплеровской флоуметрии при язвенном желудочно-кишечном кровотечении // Медицинский альманах. 2012. №2. С. 147–50.
21. Щеголев А. А., Аль-Сабунчи О. А. Современный тактический подход в лечении язвенных гастродуоденальных кровотечений // Вестник РУДН. Серия медицина. 2010. №4. С. 37-42.
22. Тарасов Е. Е., Багин В. А., Нишневич Е. В. Эпидемиология и факторы риска неблагоприятного исхода при неварикозных кровотечениях из верхних отделов желудочно-кишечного тракта // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2019. №5. С. 31–37.
23. Asaki S. Efficacy of endoscopic pure ethanol injection method for gastrointestinal ulcer bleeding // World journal of surgery. 2000. V. 24. №3. P. 294-298. <https://doi.org/10.1007/s002689910047>
24. Bestari M. B., Joewono I. R., Girawan D., Argatio J. T., Abdurachman S. A. Hemospray® during emergency endoscopy: Indonesia's first experience from 37 patients // Case Reports in Gastroenterology. 2020. V. 14. №1. P. 70-79. <https://doi.org/10.1159/000505775>
25. Chuang N. T., Agarwal A., Kim R. Successful hemostasis with endoscopic suturing of recurrent duodenal ulcer bleeding after failed initial endoscopic therapy and embolization // ACG Case Reports Journal. 2020. V. 7. №2. P. e00275. <https://doi.org/10.14309/crj.0000000000000275>
26. Chung S. S., Leong H. T., Chan A. C., Lau J. Y., Yung M. Y., Leung J. W., Li A. K. Epinephrine or epinephrine plus alcohol for injection of bleeding ulcers: a prospective randomized trial // Gastrointestinal endoscopy. 1996. V. 43. №6. P. 591-595. [https://doi.org/10.1016/S0016-5107\(96\)70197-9](https://doi.org/10.1016/S0016-5107(96)70197-9)
27. Cipolletta L., Bianco M. A., Rotondano G., Piscopo R., Prisco A., Garofano M. L. Prospective comparison of argon plasma coagulator and heater probe in the endoscopic treatment of major peptic ulcer bleeding // Gastrointestinal endoscopy. 1998. V. 48. №2. P. 191-195. [https://doi.org/10.1016/S0016-5107\(98\)70163-4](https://doi.org/10.1016/S0016-5107(98)70163-4)
28. Campbell, H. E., Stokes, E. A., Bargo, D., Logan, R. F., Mora, A., Hodge, R., ... & Jairath, V. Costs and quality of life associated with acute upper gastrointestinal bleeding in the UK: cohort analysis of patients in a cluster randomised trial // BMJ open. 2015. V. 5. №4. P. e007230. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-007230>
29. De Nucci G., Reati R., Arena I., Bezzio C., Devani M., Della Corte C., Manes G. Efficacy of a novel self-assembling peptide hemostatic gel as rescue therapy for refractory acute gastrointestinal bleeding // Endoscopy. 2020. V. 52. №09. P. 773-779. <https://doi.org/10.1055/a-1145-3412>
30. Xavier A. T. et al. Endoscopic clipping for gastrointestinal bleeding: emergency and prophylactic indications // Annals of Gastroenterology. 2020. V. 33. №6. P. 563. <https://doi.org/10.20524/aog.2020.0526>
31. Ertel A. E., Chang A. L., Kim Y., Shah S. A. Management of gastrointestinal bleeding in patients with cirrhosis // Current Problems in Surgery. 2016. V. 53. №8. P. 366-395. <https://doi.org/10.1067/j.cpsurg.2016.06.006>

32. Facciorusso A., Bertini M., Bertoni M., Tartaglia N., Pacilli M., Ramai D., Sacco R. Effectiveness of hemostatic powders in lower gastrointestinal bleeding: a systematic review and meta-analysis // *Endoscopy International Open*. 2021. V. 9. №08. P. E1283-E1290. <https://doi.org/10.1055/a-1495-4764>
33. Forrest J. A. H., Finlayson N. D. C., Shearman D. J. C. Endoscopy in gastrointestinal bleeding // *The Lancet*. 1974. V. 304. №7877. P. 394-397. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(74\)91770-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(74)91770-X)
34. Gevers A. M., De Goede E., Simoens M., Hiele M., Rutgeerts P. A randomized trial comparing injection therapy with hemoclip and with injection combined with hemoclip for bleeding ulcers // *Gastrointestinal endoscopy*. 2002. V. 55. №4. P. 466-469. <https://doi.org/10.1067/mge.2002.112613>
35. Bestari M. B., Joewono I. R., Girawan D., Argatio J. T., Abdurachman S. A. Hemospray® during emergency endoscopy: Indonesia's first experience from 37 patients // *Case Reports in Gastroenterology*. 2020. V. 14. №1. P. 70-79. <https://doi.org/10.1159/000505775>
36. Holster I. L., Kuipers E. J. Update on the endoscopic management of peptic ulcer bleeding // *Current gastroenterology reports*. 2011. V. 13. P. 525-531. <https://doi.org/10.1007/s11894-011-0223-7>
37. Hosseini S. M. R., Moghaddam M. D., Panah S. Y., Vafaeimanesh J. Effect of gastric lavage with hemostasis powder® on upper gastrointestinal bleeding (Conversion of emergency endoscopy to elective endoscopy) // *Caspian Journal of Internal Medicine*. 2020. V. 11. №3. P. 304. <https://doi.org/10.22088/cjim.11.3.304>
38. Wang H. M., Tsai W. L., Yu H. C., Chan H. H., Chen W. C., Lin K. H., Hsu P. I. Improvement of short-term outcomes for high-risk bleeding peptic ulcers with addition of argon plasma coagulation following endoscopic injection therapy: A randomized controlled trial // *Medicine*. 2015. V. 94. №32. P. e1343. <https://doi.org/10.1097/MD.0000000000001343>
39. Ivanova E., Fedorov E., Tikhomirova E., Seleznev D. Preparation for enteroscopy in patients with obscure gastrointestinal bleeding: efficacy and safety // *Endoscopy*. 2018. V. 50. №04. P. ePP045. <https://doi.org/10.1055/s-0038-1637369>
40. Ye Z. K., Liu Y., Cui X. L., Liu L. H. Critical appraisal of the quality of clinical practice guidelines for stress ulcer prophylaxis // *PLoS One*. 2016. V. 11. №5. P. e0155020. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0155020>
41. Lai Y., Xu Y., Zhu Z., Pan X., Long S., Liao W., Shu X. Development and validation of a model to predict rebleeding within three days after endoscopic hemostasis for high-risk peptic ulcer bleeding // *BMC gastroenterology*. 2022. V. 22. №1. P. 64. <https://doi.org/10.1186/s12876-022-02145-9>
42. Laine L., Estrada R. Randomized trial of normal saline solution injection versus bipolar electrocoagulation for treatment of patients with high-risk bleeding ulcers: is local tamponade enough? // *Gastrointestinal endoscopy*. 2002. V. 55. №1. P. 6-10. <https://doi.org/10.1067/mge.2002.120390>
43. Lau J. Y., Sung J. J., Lam Y. H., Chan A. C., Ng E. K., Lee D. W., Chung S. S. Endoscopic retreatment compared with surgery in patients with recurrent bleeding after initial endoscopic control of bleeding ulcers // *New England Journal of Medicine*. 1999. V. 340. №10. P. 751-756. <https://doi.org/10.1056/NEJM199903113401002>
44. Nahon S., Haguège H., Latrive J. P., Rosa I., Nalet B., Bour B. Epidemiological and prognostic factors involved in upper gastrointestinal bleeding: results of a French prospective multicenter study // *Endoscopy*. 2012. V. 44. №11. P. 998-1008. <https://doi.org/10.1055/s-0032-1310006>



45. Palmer K. Ulcers and nonvariceal bleeding // *Endoscopy*. 2000. V. 32. №02. P. 118-123. <https://doi.org/10.1055/s-2000-91>
46. Paoluzi O. A., Cardamone C., Aucello A., Neri B., Grasso E., Giannelli M., Del Vecchio Blanco G. Efficacy of hemostatic powders as monotherapy or rescue therapy in gastrointestinal bleeding related to neoplastic or non-neoplastic lesions // *Scandinavian Journal of Gastroenterology*. 2021. V. 56. №12. P. 1506-1513. <https://doi.org/10.1080/00365521.2021.1974088>
47. Soehendra N., Sriram P. V. J., Ponchon T., Chung S. C. S. Hemostatic clip in gastrointestinal bleeding // *Endoscopy*. 2001. V. 33. №02. P. 172-180. <https://doi.org/10.1055/s-2001-40788>
48. Świdnicka-Siergiejko A., Rosołowski M., Wróblewski E., Baniukiewicz A., Dąbrowski A. Comparison of the efficacy of two combined therapies for peptic ulcer bleeding: adrenaline injection plus haemoclipping versus adrenaline injection followed by bipolar electrocoagulation // *Gastroenterology Review/Przegląd Gastroenterologiczny*. 2014. V. 9. №6. P. 354-360. <https://doi.org/10.5114/pg.2014.47898>
49. Veisman I., Oppenheim A., Maman R., Kofman N., Edri I., Dar L., Kopylov U. A novel prediction tool for endoscopic intervention in patients with acute upper gastro-intestinal bleeding // *Journal of Clinical Medicine*. 2022. V. 11. №19. P. 5893. <https://doi.org/10.3390/jcm11195893>
50. Viviane A., Alan B. N. Estimates of costs of hospital stay for variceal and nonvariceal upper gastrointestinal bleeding in the United States // *Value in Health*. 2008. V. 11. №1. P. 1-3. <https://doi.org/10.1111/j.1524-4733.2007.00208.x>
51. Xavier A. T., Campos J. F., Robinson L., Lima E. J. M., da Rocha L. C. M., Arantes V. N. Endoscopic clipping for gastrointestinal bleeding: emergency and prophylactic indications // *Annals of Gastroenterology*. 2020. V. 33. №6. P. 563. <https://doi.org/10.20524/aog.2020.0526>

#### References:

1. Afanasenko, V. P., Belokonev, V. I., & Zamyatin, V. V. (2003). Yazvennye gastroduodenal'nye – taktika i tendentsii v khirurgicheskom lechenii. In *Sovremennye problemy ekstrennogo i planovogo lecheniya bol'nykh yazvennoi boleznyu zheludka i dvenadtsati perstnoi kishki: Materialy konferentsii, Saratov*, 96. (In Russian).
2. Valeev, M. V., & Timerbulatov, Sh. V. (2020). Faktory riska retsidiva yazvennogo krovotecheniya. *Kazanskii meditsinskii zhurnal*, 101(3), 435–440. (In Russian).
3. Ermolov, A. S., Teterin, Yu. S., & Pinchuk, T. P. (2014). Kombinirovannyi endoskopicheskii gemostaz pri yazvennykh gastroduodenal'nykh krovotechenyakh. *Khirurgiya*, (2), 4-7. (In Russian).
4. Zdzitovetskii, D. E., Borisov, R. N., & Kovalenko, O. V. (2018). Rezul'taty lecheniya bol'nykh s krovotecheniem iz verkhnikh otdelov zheludochno-kishechnogo trakta po dannym KGBUZ KMKBSMP im. N.S. Karpovicha za 3 goda. In *Aktual'nye voprosy sovremennoi khirurgii: sbornik nauchno-prakticheskikh rabot, Krasnoyarsk*, 121–125. (In Russian).
5. Ivanusa, S. Ya., Kochetkov, A. V., & Zubarev, P. N. (2014). 10-ti letnii opyt lecheniya yazvennykh krovotechenii iz verkhnikh otdelov zheludochno-kishechnogo trakta na osnovanii protokolov okazaniya neotlozhnoi pomoshchi v Sankt-Peterburge. *Vestnik eksperimental'noi i klinicheskoi khirurgii, Prilozhenie 1*, 39-40. (In Russian).
6. Karinidi, G. K., Zorin, V. V., & Konksidi, I. V. (2017). Optimizatsiya khirurgicheskoi taktiki lecheniya yazvennykh gastroduodenal'nykh krovotechenii. *Kubanskii nauchnyi meditsinskii vestnik*, (2 (163)), 83-85. (In Russian).
7. Kashchenko, V. A., Solonitsyn, E. G., Raspereza, D. V., Beskrovnyi, E. G., Shatsillo, I. O., Gluzman, M. I., & Lebedeva, N. N. (2015). Neutochnennye zheludochno-kishechnye

krovotecheniya: sovremennye vozmozhnosti diagnostiki. *Zdorov'e – osnova chelovecheskogo potentsiala: problemy i puti ikh resheniya*, (2), 763-765. (In Russian).

8. Kubyshekin, V. A., Petrov, D. Yu., & Smirnov, A. V. (2013). Metody endoskopicheskogo gemostaza v lechenii yazvennykh gastroduodenal'nykh krovotechenii. *Khirurgiya*, (9), 67–72.

9. Lutsevich, E. V., Astapenko, V. G., & Belov, I. N. (1990). Rukovodstvo po gastrointestinal'noi endoskopii. Minsk. (In Russian).

10. Maev, I. V., Samsonov, A. A., & Andreev, D. N. (2014). Zheludochno-kishechnye krovotecheniya: klinika, diagnostika i lechenie. *Farmateka*, (2), 47–53. (In Russian).

11. Ektov, V. N., Minakov, O. E., & Muzal'kov, V. A. (2018). Otsenka dinamiki osnovnykh pokazatelei lechebnoi pomoshchi i otdalennykh rezul'tatov konservativnogo lecheniya yazvennykh gastroduodenal'nykh krovotechenii. *Vestnik eksperimental'noi i klinicheskoi khirurgii*, 11(3), 167–172. (In Russian).

12. Pantsyrev, Yu. M., Mikhalev, A. P., Fedorov, E. D., & Kuzeev, E. A. (2000). Lechenie yazvennykh gastroduodenal'nykh krovotechenii. *Khirurgiya*, (3), 21–7. (In Russian).

13. Bykov, A. V., Oreshkin, A. Yu., Zakharova, E. O., & Nikolaev, A. Yu. (2014). Programmnyi endoskopicheskii gemostaz kak metod okonchatel'noi ostanovki yazvennykh gastroduodenal'nykh krovotechenii. *Vestnik VolgGMU*, 2 (50), 136-139. (In Russian).

14. Pytel', E. V. (1996). Endoskopicheskii in'ektsionnyi metod ostanovki ostrykh gastroduodenal'nykh krovotechenii etanolom: Diss. ... kand. med. nauk. Moscow. (In Russian).

15. Sovtsov, S. A. (2018). Rol' vnutribol'nichnykh protokolov v diagnostike i lechenii yazvennogo gastroduodenal'nogo krovotecheniya. *Khirurgiya. Zhurnal im. N.I. Pirogova*, (8), 56–60. (In Russian).

16. Stupin, V. A., Siluyanov, S. V., Smirnova, G. O., & Sobirov, M. A. (2010). Sovremennye podkhody k lecheniyu krovotechenii iz ostrykh yazv zheludka i dvenadtsatiperstnoi kishki. *Khirurgiya*, (8), 51-98. (In Russian).

17. Fedorov, V. E., & Shmelev, S. N. (2014). Puti povysheniya effektivnosti lecheniya bol'nykh s gastroduodenal'nymi krovotecheniyami. *Vestnik SPbGU*, 11(2), 229-235. (In Russian).

18. Chernov, V. N., Skorlyakov, V. V., Maslov, A. I. (2014). Diagnostika i lechenie bol'nykh s yazvennymi gastroduodenal'nymi krovotecheniyami. *Vestnik eksperimental'noi i klinicheskoi khirurgii. Prilozhenie 1*, 82-84. (In Russian).

19. Chumanevich, O. A., Bordakov, V. N., & Gapanovich, V. N. (2006). Endoskopicheskii gemostaz pri gastroduodenal'nykh krovotecheniyakh. *Medit'sinskie novosti*, 1(8). (In Russian).

20. Shapkin, Yu. G., Frolov, I. A., Grishaev, V. A., & Kapralov, S. V. (2012). Eksperimental'noe i klinicheskoe primeneniye lazernoi dopplerovskoi floumetrii pri yazvennom zheludochno-kishechnom krovotechenii. *Medit'sinskii al'manakh*, (2), 147–50. (In Russian).

21. Shchegolev, A. A., & Al'-Sabunchi, O. A. (2010). Sovremenniy takticheskii podkhod v lechenii yazvennykh gastroduodenal'nykh krovotechenii. *Vestnik RUDN. Seriya meditsina*, (4), 37-42. (In Russian).

22. Tarasov, E. E., Bagin, V. A., & Nishnevich, E. V. (2019). Epidemiologiya i faktory riska neblagopriyatnogo iskhoda pri nevarikoznykh krovotecheniyakh iz verkhnykh otdelov zheludochno-kishechnogo trakta. *Khirurgiya. Zhurnal im. N.I. Pirogova*, (5), 31–37. (In Russian).

23. Asaki, S. (2000). Efficacy of endoscopic pure ethanol injection method for gastrointestinal ulcer bleeding. *World journal of surgery*, 24(3), 294-298. <https://doi.org/10.1007/s002689910047>

24. Bestari, M. B., Joewono, I. R., Girawan, D., Argatio, J. T., & Abdurachman, S. A. (2020). Hemospray® during emergency endoscopy: Indonesia's first experience from 37 patients. *Case Reports in Gastroenterology*, 14(1), 70-79. <https://doi.org/10.1159/000505775>

25. Chuang, N. T., Agarwal, A., & Kim, R. (2020). Successful hemostasis with endoscopic suturing of recurrent duodenal ulcer bleeding after failed initial endoscopic therapy and embolization. *ACG Case Reports Journal*, 7(2), e00275. <https://doi.org/10.14309/crj.0000000000000275>
26. Chung, S. S., Leong, H. T., Chan, A. C., Lau, J. Y., Yung, M. Y., Leung, J. W., & Li, A. K. (1996). Epinephrine or epinephrine plus alcohol for injection of bleeding ulcers: a prospective randomized trial. *Gastrointestinal endoscopy*, 43(6), 591-595. [https://doi.org/10.1016/S0016-5107\(96\)70197-9](https://doi.org/10.1016/S0016-5107(96)70197-9)
27. Cipolletta, L., Bianco, M. A., Rotondano, G., Piscopo, R., Prisco, A., & Garofano, M. L. (1998). Prospective comparison of argon plasma coagulator and heater probe in the endoscopic treatment of major peptic ulcer bleeding. *Gastrointestinal endoscopy*, 48(2), 191-195. [https://doi.org/10.1016/S0016-5107\(98\)70163-4](https://doi.org/10.1016/S0016-5107(98)70163-4)
28. Campbell, H. E., Stokes, E. A., Bargo, D., Logan, R. F., Mora, A., Hodge, R., ... & Jairath, V. (2015). Costs and quality of life associated with acute upper gastrointestinal bleeding in the UK: cohort analysis of patients in a cluster randomised trial. *BMJ open*, 5(4), e007230. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-007230>
29. De Nucci, G., Reati, R., Arena, I., Bezzio, C., Devani, M., Della Corte, C., ... & Manes, G. (2020). Efficacy of a novel self-assembling peptide hemostatic gel as rescue therapy for refractory acute gastrointestinal bleeding. *Endoscopy*, 52(09), 773-779. <https://doi.org/10.1055/a-1145-3412>
30. Xavier, A. T., Campos, J. F., Robinson, L., Lima, E. J. M., da Rocha, L. C. M., & Arantes, V. N. (2020). Endoscopic clipping for gastrointestinal bleeding: emergency and prophylactic indications. *Annals of Gastroenterology*, 33(6), 563. <https://doi.org/10.20524/aog.2020.0526>
31. Ertel, A. E., Chang, A. L., Kim, Y., & Shah, S. A. (2016). Management of gastrointestinal bleeding in patients with cirrhosis. *Current Problems in Surgery*, 53(8), 366-395. <https://doi.org/10.1067/j.cpsurg.2016.06.006>
32. Facciorusso, A., Bertini, M., Bertoni, M., Tartaglia, N., Pacilli, M., Ramai, D., ... & Sacco, R. (2021). Effectiveness of hemostatic powders in lower gastrointestinal bleeding: a systematic review and meta-analysis. *Endoscopy International Open*, 9(08), E1283-E1290. <https://doi.org/10.1055/a-1495-4764>
33. Forrest, J. H., Finlayson, N. D. C., & Shearman, D. J. C. (1974). Endoscopy in gastrointestinal bleeding. *The Lancet*, 304(7877), 394-397. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(74\)91770-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(74)91770-X)
34. Gevers, A. M., De Goede, E., Simoens, M., Hiele, M., & Rutgeerts, P. (2002). A randomized trial comparing injection therapy with hemoclip and with injection combined with hemoclip for bleeding ulcers. *Gastrointestinal endoscopy*, 55(4), 466-469. <https://doi.org/10.1067/mge.2002.112613>
35. Bestari, M. B., Joewono, I. R., Girawan, D., Argatio, J. T., & Abdurachman, S. A. (2020). Hemospray® during emergency endoscopy: Indonesia's first experience from 37 patients. *Case Reports in Gastroenterology*, 14(1), 70-79. <https://doi.org/10.1159/000505775>
36. Holster, I. L., & Kuipers, E. J. (2011). Update on the endoscopic management of peptic ulcer bleeding. *Current gastroenterology reports*, 13, 525-531. <https://doi.org/10.1007/s11894-011-0223-7>
37. Hosseini, S. M. R., Moghaddam, M. D., Panah, S. Y., & Vafaeimanesh, J. (2020). Effect of gastric lavage with hemostasis powder® on upper gastrointestinal bleeding (Conversion of emergency endoscopy to elective endoscopy). *Caspian Journal of Internal Medicine*, 11(3), 304. <https://doi.org/10.22088/cjim.11.3.304>

38. Wang, H. M., Tsai, W. L., Yu, H. C., Chan, H. H., Chen, W. C., Lin, K. H., ... & Hsu, P. I. (2015). Improvement of short-term outcomes for high-risk bleeding peptic ulcers with addition of argon plasma coagulation following endoscopic injection therapy: A randomized controlled trial. *Medicine*, 94(32), e1343. <https://doi.org/10.1097/MD.0000000000001343>
39. Ivanova, E., Fedorov, E., Tikhomirova, E., & Seleznev, D. (2018). Preparation for enteroscopy in patients with obscure gastrointestinal bleeding: efficacy and safety. *Endoscopy*, 50(04), ePP045. <https://doi.org/10.1055/s-0038-1637369>
40. Ye, Z. K., Liu, Y., Cui, X. L., & Liu, L. H. (2016). Critical appraisal of the quality of clinical practice guidelines for stress ulcer prophylaxis. *PLoS One*, 11(5), e0155020. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0155020>
41. Lai, Y., Xu, Y., Zhu, Z., Pan, X., Long, S., Liao, W., ... & Shu, X. (2022). Development and validation of a model to predict rebleeding within three days after endoscopic hemostasis for high-risk peptic ulcer bleeding. *BMC gastroenterology*, 22(1), 64. <https://doi.org/10.1186/s12876-022-02145-9>
42. Laine, L., & Estrada, R. (2002). Randomized trial of normal saline solution injection versus bipolar electrocoagulation for treatment of patients with high-risk bleeding ulcers: is local tamponade enough?. *Gastrointestinal endoscopy*, 55(1), 6-10. <https://doi.org/10.1067/mge.2002.120390>
43. Lau, J. Y., Sung, J. J., Lam, Y. H., Chan, A. C., Ng, E. K., Lee, D. W., ... & Chung, S. S. (1999). Endoscopic retreatment compared with surgery in patients with recurrent bleeding after initial endoscopic control of bleeding ulcers. *New England Journal of Medicine*, 340(10), 751-756. <https://doi.org/10.1056/NEJM199903113401002>
44. Nahon, S., Hagège, H., Latrive, J. P., Rosa, I., Nalet, B., Bour, B., ... & Groupe des Hémorragies Digestives Hautes de l'ANGH. (2012). Epidemiological and prognostic factors involved in upper gastrointestinal bleeding: results of a French prospective multicenter study. *Endoscopy*, 44(11), 998-1008. <https://doi.org/10.1055/s-0032-1310006>
45. Palmer, K. (2000). Ulcers and nonvariceal bleeding. *Endoscopy*, 32(02), 118-123. <https://doi.org/10.1055/s-2000-91>
46. Paoluzi, O. A., Cardamone, C., Aucello, A., Neri, B., Grasso, E., Giannelli, M., ... & Del Vecchio Blanco, G. (2021). Efficacy of hemostatic powders as monotherapy or rescue therapy in gastrointestinal bleeding related to neoplastic or non-neoplastic lesions. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 56(12), 1506-1513. <https://doi.org/10.1080/00365521.2021.1974088>
47. Soehendra, N., Sriram, P. V. J., Ponchon, T., & Chung, S. C. S. (2001). Hemostatic clip in gastrointestinal bleeding. *Endoscopy*, 33(02), 172-180. <https://doi.org/10.1055/s-2001-40788>
48. Świdnicka-Siergiejko, A., Rosołowski, M., Wróblewski, E., Baniukiewicz, A., & Dąbrowski, A. (2014). Comparison of the efficacy of two combined therapies for peptic ulcer bleeding: adrenaline injection plus haemoclipping versus adrenaline injection followed by bipolar electrocoagulation. *Gastroenterology Review/Przegląd Gastroenterologiczny*, 9(6), 354-360. <https://doi.org/10.5114/pg.2014.47898>
49. Veisman, I., Oppenheim, A., Maman, R., Kofman, N., Edri, I., Dar, L., ... & Kopylov, U. (2022). A novel prediction tool for endoscopic intervention in patients with acute upper gastrointestinal bleeding. *Journal of Clinical Medicine*, 11(19), 5893. <https://doi.org/10.3390/jcm11195893>
50. Viviane, A., & Alan, B. N. (2008). Estimates of costs of hospital stay for variceal and nonvariceal upper gastrointestinal bleeding in the United States. *Value in Health*, 11(1), 1-3. <https://doi.org/10.1111/j.1524-4733.2007.00208.x>

51. Xavier, A. T., Campos, J. F., Robinson, L., Lima, E. J. M., da Rocha, L. C. M., & Arantes, V. N. (2020). Endoscopic clipping for gastrointestinal bleeding: emergency and prophylactic indications. *Annals of Gastroenterology*, 33(6), 563. <https://doi.org/10.20524/aog.2020.0526>

Работа поступила  
в редакцию 25.11.2024 г.

Принята к публикации  
02.12.2024 г.

*Ссылка для цитирования:*

Джаксымбаев Н. Б., Кочоров О. Т., Ниязов Б. С., Абдылдаева В. А., Динлосан О. Р., Ниязова С. Б. Междисциплинарный подход в лечении язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением // Бюллетень науки и практики. 2025. Т. 11. №1. С. 84-96. <https://doi.org/10.33619/2414-2948/110/13>

*Cite as (APA):*

Dzhaksymbaev, N., Kochorov, O., Niyazov, B., Abdyldaeva, V., Dinlossan, O., & Niyazova, S. (2025). Multidisciplinary Approach in the Treatment of Gastric and Duodenal ulcer Complicated by Bleeding. *Bulletin of Science and Practice*, 11(1), 84-96. (In Russian). <https://doi.org/10.33619/2414-2948/110/13>