

УДК 612.367

https://doi.org/10.33619/2414-2948/110/14

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ ГЕМОСТАЗ ПРИ ЯЗВЕННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

©*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

©*Ниязова С. Б.*, 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

ENDOSCOPIC HEMOSTASIS IN ULCER GASTRODUODENAL BLEEDING

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

©*Niyazova S.*, Ph.D., 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, Republic of Kyrgyzstan, khalif.kgma@gmail.com

Аннотация. Гастродуоденальные геморрагии — это кровотечения, при которых происходит истечение крови из какого-либо изъязвленного участка, пораженного воспалительным процессом с повреждением кровеносного сосуда и откуда истекает струйно или капельно в просвет желудочно-кишечного тракта. Именно желудок и двенадцатиперстная кишка чаще всего оказываются источником геморрагии. Это всегда грозное осложнение и опасное состояние, которое зачастую создает угрозу жизни и зачастую заканчивается летальным исходом. Однако это не единственный вариант внутреннего кровотечения с излиянием в ЖКТ: при ряде заболеваний — варикозное расширение вен пищевода, неспецифический язвенный колит, болезнь Крона, острые кишечные инфекции и т.д. Геморрагия может возникнуть на самых разных отрезках тракта, — от верхних отделов пищевода до прямой кишки, — и эти состояния должны быть четко дифференцированы от гастродуоденального кровотечения. По разным оценкам, причиной гастродуоденального кровотечения в 40-70% является язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (сюда же относятся медикаментозные изъязвления, эрозивный гастрит и т.д.). Существенно реже, — и примерно с одинаковой частотой, — встречаются также кровотечения, обусловленные ростом злокачественной опухоли в ЖКТ или варикозным расширением пищеводных и желудочных вен (цирроз печени, синдрома портальной гипертензии).

Abstract. Gastroduodenal hemorrhages are bleedings in which blood flows from an ulcerated area affected by an inflammatory process with damage to a blood vessel and from where it flows in a stream or drip into the lumen of the gastrointestinal tract. The stomach and duodenum are most often the source of hemorrhage. This is always a formidable complication and a dangerous condition that often poses a threat to life and often ends in death. However, this is not the only variant of internal bleeding with effusion into the gastrointestinal tract: in a number of diseases - varicose veins of the esophagus, nonspecific ulcerative colitis, Crohn's disease, acute intestinal infections, etc. Hemorrhage can occur in various sections of the tract - from the upper esophagus to the rectum - and these conditions must be clearly differentiated from gastroduodenal bleeding. According to various estimates, the cause of gastroduodenal bleeding in 40-70% is gastric ulcer and duodenal ulcer (this also includes drug-induced ulcers, erosive gastritis, etc.). Much less frequently, and with approximately the same frequency, bleeding occurs due to the growth of a malignant tumor in the gastrointestinal tract or varicose veins of the esophageal and gastric veins (liver cirrhosis, portal hypertension syndrome).

Ключевые слова: Эндогемостаз, эндоскопист, эрозия, гастрит.

Keywords: Endohemostasis, endoscopist, erosion, gastritis

В структуре гастродуоденальных кровотечений на долю кровотечений язвенной этиологии приходится от 50% до 70% [1-3, 18]. При этом менее 2/3 пациентов с кровоточащими язвами желудка и ДПК лечатся неоперативными методами эндоскопический гемостаз (ЭГ); хирургическая активность в остром периоде заболевания имеет тенденцию к непрерывному снижению [4-6, 16]. Использование методик эндогемостаза позволяет в некоторых случаях избежать крайне опасных экстренных хирургических вмешательств по показаниям и оперировать больных в плановом порядке [7-9, 17]. 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 [3, 10-12]. Выбор метода лечения язвенных гастродуоденальных кровотечений в настоящее время является одной из наиболее актуальных задач в ургентной абдоминальной хирургии. Больные с составляют 3 – 6% всех хирургических стационарных больных [11, 13-15]. Общая и послеоперационная летальность достигает 15% и выше [16-18].

Эндоскопический гемостаз позволяет в 1,5 раза повысить эффективность консервативных способов лечения гастродуоденальных кровотечений. В ряде случаев кровоточивость изъязвленных слизистых оболочек носит латентный характер: крови сравнительно мало, и обнаружить ее можно только специальным анализом кала. В подобных случаях обычно доминирует клиника основного заболевания (гастрит, язвенная болезнь и т.д.), однако симптоматика может и вовсе отсутствовать, и выявление скрытой крови в копрограмме служит первым достоверным признаком патологии ЖКТ. Реальную угрозу представляют хронические кровотечения, продолжающиеся длительное время (риск развития анемии), и очень опасны острые интенсивные кровотечения с неспецифической симптоматикой, поскольку они могут имитировать клиническую картину многих других, не связанных с желудочно-кишечным трактом заболеваний. Так, проявлениями ЯГДК могут быть нарастающая общая слабость (вплоть до полубморочных и обморочных состояний),

бледность кожных покровов, ухудшение слуха и зрения, тошнота, тахикардия, снижение артериального давления, жажда, холодный пот и т.д. [6, 8, 14, 19, 20].

Классическими симптомами гастродуоденального кровотечения является черный дегтеобразный кал (имеет место практически во всех случаях) и рвота с кровью, – такие признаки могут отсутствовать лишь при массивной геморрагии, когда состояние больного ухудшается настолько стремительно, что летальный исход может наступить от гиповолемического шока раньше, чем появится типичная симптоматика [3, 6, 12, 20, 21].

Главными диагностическими задачами являются, во-первых, идентификация желудочного кровотечения как такового; во-вторых, установление локализации и причин геморрагии и, в-третьих, дифференциация гастродуоденального кровотечения от легочного, исключение инфаркта миокарда и других симптоматически сходных состояний. Назначают анализы крови и мочи *sito*, в срочном порядке проводят ФГДС и колоноскопию, снимают ЭКГ, по мере необходимости проводят другие диагностические процедуры [1, 10, 19].

На сегодняшний день с развитием эндоскопии диагностика острых желудочно - кишечных кровотечений не представляет затруднений. Современные эндоскопы позволяют установить источник, характер, интенсивность кровотечения, определить угрозу повторного кровотечения, провести эндоскопический гемостаз [5, 10, 18]. Существует большое количество способов эндоскопического гемостаза от электрокоагуляции кровоточащего сосуда, клипирования его, до введения подслизистых инъекций, наложения эндолигатур, применения тепловых зондов, аргоноплазменной коагуляции и т.д. [4, 7, 9, 21]. Однако в настоящее время нет четких указаний, обоснования, когда, при каком источнике кровотечения, при какой его локализации, степени интенсивности кровотечения обосновано должны применяться эндоскопические методы гемостаза, а когда должна быть показана экстренная хирургическая операция. Кроме того, не решены окончательно вопросы какой именно метод эндоскопического гемостаза должен быть применен при конкретном в источнике кровотечения, или необходима комбинация методов.

Целью исследования явилось анатомо-клиническое обоснование существующих методов эндоскопического гемостаза при острых гастродуоденальных кровотечениях, улучшение результатов эндоскопического, хирургического лечения данной группы больных.

Методы и материалы исследования.

Проведен анализ результатов лечения 242 больных: мужчин — 148(60,7%), женщин — 94(39,3%) с кровотечениями из верхних отделов желудочно-кишечного тракта, находившихся в Кордайской ЦРБ Жамбылской области Республики Казакстан в период 2022 г по 2023 г (Таблица 1).

Таблица 1

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ БОЛЬНЫХ КОНТРОЛЬНОЙ И ОСНОВНОЙ ГРУППЫ ПО ПОЛУ И ВОЗРАСТУ

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

Пациенты с признаками желудочно-кишечного кровотечения проводилась лечебно-диагностическая видео- эзофагогастроудоденоскопия во время которой выявляется источник кровотечения, уровень местного гемостаза по J. A. Forrestu, при продолжающимся или

нестабильно останавливается кровотечении проводили эндоскопический гемостаз. Больных с язвенным гастродуоденальным кровотечением исследовали на *Helicabacter pylori*.

Общепринято описывать источник кровотечения по J. A. Forrest, данная классификация позволяет определить основные лечебно-диагностические мероприятия [17].

1. При кровотечении F1a показана неотложная хирургическая операция;
2. При F1b выполняется временный эндоскопический гемостаз, окончательный гемостаз выполняется хирургическим путем;
3. При F2a, когда нет признаков активного кровотечения, но эндоскопически сохраняется угроза повторного кровотечения показано выполнение эндоскопического гемостаза. При невозможности или неэффективности эндоскопического гемостаза показано проведение гемостаза хирургическим путем;
4. При F2б проведение эндоскопического гемостаза возможно, но предпочтение отдается эндоскопическому мониторингованию и консервативной медикаментозной терапии;
5. При F2с эндоскопический гемостаз не показан, данная группа больных лечится консервативно. Таким образом, эндоскопический гемостаз выполняется при кровотечениях уровня F1b F2а-F2б. При этом кровотечение F2а является золотым стандартом для выполнения эндоскопического гемостаза.

Результаты и обсуждения

Большую часть из 242 поступивших больных составили кровотечения из гастродуоденальных язв 208 (85,9%), на втором месте синдром Меллори-Вейса 19 (7,9%), на третьем месте кровотечения из варикозно- расширенных вен пищевода 15 (6,7%), (цирроз печени, портальная гипертензия). При обследовании кровотечения синдром Меллори-Вейса, кровотечения из варикозно- расширенных вен пищевода в момент осмотра остановлено и при дальнейшем наблюдении рецидивов не было.

При анализе ЯГДК обнаружено:

1. Кровотечение при острой язве желудка — 78 (37,5%).
 2. Кровотечение при острой дуоденальной язве — 60 (28,8%)
 3. Кровотечение обусловленный хроническими дуоденальными язвами — 51 (24,5%)
- преобладают над кровотечениями из хронического язв желудка — 19 (9,2%).

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 двенадцатиперстной кишки</i>		<i>Хроническая язва желудка</i>		<i>Хроническая язва двенадцатиперстной кишки</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

Кровотечения, обусловленные хроническими дуоденальными язвами 51 (24,5%) преобладают над кровотечением из хронических язв желудочной локализации 19 (9,2%).

Для оценки источника кровотечения и дальнейшей тактики лечения использовали классификацию ЯГДК по J. A. Forrestu. При проведении ФГДС были выявлены следующие типы гастродуоденальных кровотечений: 1. F1а-4 (1,9%). 2. F1b- 30 (14,4%). 3. F2а- 102 (44,3%). 4. F2б- 60 (24,5%). 5. F2с – 12 (5,9%).

Были использованы следующие методы эндоскопического гемостаза: инъекционный метод (этиловый спирт - 70°) у 65 пациентов; комбинированный метод (инъекционный метод + этиловый спирт; аутоплазма и электрокоагуляция у 62 пациентов.

У всех больных с ЯГДК — анализ на *Helicabacter pylori* был положительным. Из 208 пациентов ЯГДК и эндогемостаз проведен 129(62,1%) с положительным эффектом. Рецидивов кровотечения не было. Больным после ЭГ проводилась эрадикационная терапия.

Выписаны в удовлетворительном состоянии, на амбулаторное лечение по месту жительства.

Заключение

Эндоскопический гемостаз не является альтернативой или заменой, открытой хирургии, а дополняющим методом лечения больных с острыми гастродуоденальными кровотечениями. Таким образом, эндоскопическая оценка интенсивности кровотечения по Forrest, оценка источника кровотечения в зависимости от его анатомической локализации позволили выработать четкую последовательность всех действий, объективные показания к эндоскопическому гемостазу, хирургической операции, что позволяет улучшить результаты эндоскопического и хирургического лечения данной группы больных.

Список литературы:

1. 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.
2. Быков А. В., Орешкин А. Ю., Захарова Е. О., Николаев А. Ю. Программный эндоскопический гемостаз как метод окончательной остановки язвенных гастродуоденальных кровотечений // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. 2014. №2 (50). С. 136-139.
3. Валеев М. В., Тимербулатов Ш. В. Факторы риска рецидива язвенного кровотечения // Казанский медицинский журнал. 2020. Т. 101. №3. С. 435-440. <https://doi.org/10.17816/KMJ2020-435>
4. Зубарев П. Н., Ивануса С. Я., Косачёв И. Д., Кочетков А. В. Научные хирургические школы кафедры общей хирургии Военно-медицинской академии им. СМ Кирова (к 215-й годовщине кафедры) // Вестник хирургии имени ИИ Грекова. 2015. Т. 174. №4. С. 93-98.
5. 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.
6. 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.
7. Федоров В. Э., Шмелев С. Н. Пути повышения эффективности лечения больных с гастродуоденальными кровотечениями // Вестник Санкт-Петербургского университета. Медицина. 2014. №2. С. 229-236.
8. 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.
9. Щеголев А. А., Аль-Сабунчи О. А. Современный тактический подход в лечении язвенных гастродуоденальных кровотечений // Вестник РУДН, серия медицина. 2010. №4. С. 37-42.

10. Шеров Р. Р. Возможности эндоскопического воздействия в комплексе лечения язвенных гастродуоденальных кровотечений: Автореф. ... дисс. канд. мед. наук, Бишкек, 2023. 28 с.
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. 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>
13. 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>
14. 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>
15. 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>
16. 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>
17. 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.
18. 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>
19. 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>
20. 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>
21. 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>

References:

1. Zdzitovetskii, D. E., Borisov, R. N., & Kovalenko, O. V. (2018). Rezul'taty lecheniya bol'nykh s krvotocheniem 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).

2. Bykov, A. V., Oreshkin, A. Yu., Zakharova, E. O., & Nikolaev, A. Yu. (2014). Programmnyi endoskopicheskii gemostaz kak metod okonchatel'noi ostanovki yazvennykh gastroduodenal'nykh krovotечeniі. *Vestnik Volgogradskogo gosudarstvennogo meditsinskogo universiteta*, (2 (50)), 136-139. (In Russian).
3. Valeev, M. V., & Timerbulatov, Sh. V. (2020). Faktory riska retsidiva yazvennogo krovotечeniya. *Kazanskii meditsinskii zhurnal*, 101(3), 435-440. (In Russian). <https://doi.org/10.17816/KMJ2020-435>
4. Zubarev, P. N., Ivanusa, S. Ya., Kosachev, I. D., & Kochetkov, A. V. (2015). Nauchnye khirurgicheskie shkoly kafedry obshchei khirurgii Voenno-meditsinskoi akademii im. SM Kirova (k 215-i godovshchine kafedry). *Vestnik khirurgii imeni II Grekova*, 174(4), 93-98. (In Russian).
5. Stupin, V. A., Siluyanov, S. V., Smirnova, G. O., & Sobirov, M. A. (2010), Sovremennye podkhody k lecheniyu krovotечeniі iz ostrykh yazv zheludka i dvenadtsatiperstnoi kishki. *Khirurgiya*, (8), 51-98. (In Russian).
6. Tarasov, E. E., Bagin, V. A., & Nishnevich, E. V. (2019). Epidemiologiya i faktory riska neblagopriyatnogo iskhoda pri nevarikoznykh krovotечeniyaх iz verkhnikh otdelov zheludochno-kishechnogo trakta. *Khirurgiya, Zhurnal im. N.I. Pirogova*, (5), 31–37. (In Russian).
7. Fedorov, V. E., & Shmelev, S. N. (2014). Puti povysheniya effektivnosti lecheniya bol'nykh s gastroduodenal'nymi krovotечeniyaми. *Vestnik Sankt-Peterburgskogo universiteta. Meditsina*, (2), 229-236. (In Russian).
8. Chernov, V. N., Skorlyakov, V. V., & Maslov, A. I. (2014). Diagnostika i lechenie bol'nykh s yazvennymi gastroduodenal'nymi krovotечeniyaми. *Vestnik eksperimental'noi i klinicheskoi khirurgii, Prilozhenie 1*, 82-84. (In Russian).
9. Shchegolev, A. A., & Al'-Sabunchi, O. A. (2010). Sovremenniy takticheskii podkhod v lechenii yazvennykh gastroduodenal'nykh krovotечeniі. *Vestnik RUDN, seriya meditsina*, (4), 37-42. (In Russian).
10. Sherov, R. R. (2023). Vozmozhnosti endoskopicheskogo vozdeistvie v komplekse lecheniya yazvennykh gastroduodenal'nykh krovotечeniі: Avtoref. ... diss. kand. med. nauk, Bishkek. (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 krovotечeniі. *Vestnik eksperimental'noi i klinicheskoi khirurgii*, 11(3), 167–172. (In Russian).
12. 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>
13. 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>
14. 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>
15. 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>

16. 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>

17. Forrest, J. H., Finlayson, N. D. C., & Shearman, D. J. C. (1974). Endoscopy in gastrointestinal bleeding. *The Lancet*, 304(7877), 394-397.

18. 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>

19. 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>

20. 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>

21. 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>

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., Ниязова С. Б., Динлосан О. Р. Эндоскопический гемостаз при язвенных гастродуоденальных кровотечениях // Бюллетень науки и практики. 2025. Т. 11. №1. С. 97-104. <https://doi.org/10.33619/2414-2948/110/14>

Cite as (APA):

Dzhaksymbaev, N., Kochorov, O., Niyazov, B., Niyazova, S., & Dinlossan, O. (2025). Endoscopic Hemostasis in Ulcer Gastroduodenal Bleeding. *Bulletin of Science and Practice*, 11(1), 97-104. (In Russian). <https://doi.org/10.33619/2414-2948/110/14>