



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

10 (60) 2023

**Сопредседатели редакционной
коллегии:**

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
Н.Н. ЗОЛОТОВА
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОЕВ
С.А.ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х.ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ШЕГОЛОВ (Россия)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com>

E: ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ
NEW DAY IN MEDICINE**

Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал

Научно-реферативный,

духовно-просветительский журнал

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

10 (60)

2023

октябрь

Received: 10.09.2023, Accepted: 20.09.2023, Published: 10.10.2023.

УДК 616.33-002.44:616.342-002:616-089

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ И КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПИЩЕВОДНО-ЖЕЛУДОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ

Уроков Ш.Т., Саломов Н.И.

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сины, Узбекистан, г.

Бухара, ул. А. Навои. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

Бухарский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи

Узбекистан, Бухарская область, 200100, Бухара, ул. Бахоуддина Накшбанди 159,

тел: +998652252020 E-mail: bemergency@rambler.ru

✓ Резюме

Одной из проблем неотложной хирургии, недостаточно решенной на сегодняшний день, является вопрос своевременной диагностики и лечения кровотечений из желудочно-кишечного тракта. В настоящее время частота осложнений кровотечений из язв желудка и двенадцатиперстной кишки увеличивается с каждым днем и составляет 90-103 человека на 100 000 населения. В отделении хирургии №1, №2 Бухарского филиала за последние 5 лет на лечении находились 120 больных с ПЖК. Мужчин было 79(65,8%), женщин – 41 (34,2%). Возраст больных варьировал от 24 до 72 лет. Для диагностики ПЖК и цирроза печени больным проводили ургентную эзофагогастродуоденоскопию, УЗИ, а также исследовали клинические и биохимические анализы крови.

Ключевые слова: Цирроз печени, кровотечение, язва желудка и двенадцатиперстной кишки.

JIGAR SIRROZIDA QIZILO'NGACH-OSHOQZON QON KETISHINI DIAGNOSTIK VA KOMPLEKS DAVOLASHNING XUSUSIYATLARI.

O'roqov Sh.T., Salomov N.I.

Abu Ali ibn Sino nomidagi Buxoro davlat tibbiyot instituti, O'zbekiston, Buxoro, st. A. Navoiy. 1 Tel:

+998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

O'zbekiston Respublika shoshilinch tibbiy yordam ilmiy markazi Buxoro filiali, Buxoro viloyati, 200100,

Buxoro, ko'ch. Bahouddin Naqshbandiy 159, tel: +998652252020 E-mail: bemergency@rambler.ru

✓ Rezyume

Shoshilinch jarrohlik amaliyotining bugungi kunda yetarlicha yechim topmagan muammolaridan biri oshqozon-ichak traktidan qon ketishini o'z vaqtida tashxislash va davolash masalasidir. Hozirgi vaqtda oshqozon va o'n ikki barmoqli ichak yarasi bilan bog'liq qon ketishining asoratlari kundan-kunga ortib bormoqda va har 100 000 aholiga 90-103 kishini tashkil etadi. Buxoro filialiga qarashli 1, 2-sonli jarrohlik bo'limida keyingi 5 yilda 120 nafar oshqozon osti bezi displaziyasi bilan og'riqan bemorlar davolandi. 79 (65,8%) erkaklar, 41 (34,2%) ayollar. Bemorlarning yoshi 24 yoshdan 72 yoshgacha. Oshqozon-ichak traktidan qon ketishi va jigar sirroziga tashxis qo'yish uchun bemorlar shoshilinch ezofagogastrroduodenoskopiya, ultratovush tekshiruvidan o'tdilar, shuningdek, klinik va biokimyoviy qon tekshirlari o'tkazish talab etiladi..

Kalit so'zlar: jigar sirrozi, qon ketish, oshqozon va o'n ikki barmoqli ichak yaralari.

FEATURES OF DIAGNOSTIC AND COMPLEX TREATMENT OF ESOPHAGAL-GASTRIC BLEEDING IN CIRRHOSIS OF THE LIVER

Urokov Sh.T., Salomov N.I.

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sina Uzbekistan Bukhara, A.Navoi st. 1 Tel:

+998(65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

Bukhara branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care Uzbekistan, Bukhara

region, 200100, Bukhara, st. Bakhouddin Nakshbandi 159, tel: +998652252020 E-mail:

bemergency@rambler.ru



✓ *Resume*

One of the problems of emergency surgery, which has not been sufficiently resolved today, is the issue of timely diagnosis and treatment of bleeding from the gastrointestinal tract. Currently, the frequency of complications of bleeding from stomach and duodenal ulcers is increasing every day and amounts to 90-103 people per 100,000 population. Over the past 5 years, in the department of surgery No. 1, No. 2 of the Bukhara branch, 120 patients with pancreatic dysplasia have been treated. There were 79 (65.8%) men, 41 (34.2%) women. The age of the patients ranged from 24 to 72 years. To diagnose of bleeding from the gastrointestinal tract and liver cirrhosis, patients underwent urgent esophagogastroduodenoscopy, ultrasound, and also examined clinical and biochemical blood tests.

Key words: Liver cirrhosis, bleeding, gastric and duodenal ulcers.

Актуальность

Что кровотечение из желудочно - кишечной системы (ЖКЖ) представляет собой испытание, которое заставляет даже опытного врача чувствовать ответственность за диагностику больного и выбор тактики лечения. Кровотечение из желудочно-кишечной тракта остается сегодня одной из актуальных проблем медицины, как и полвека назад, при этом ее тяжелые осложнения остаются на высоком уровне.

Патогенез кровотечений при заболеваниях желудочно-кишечной системы одинаков независимо от источника кровотечения и его особенностей. Независимо от причины любое кровотечение нарушает нормальное состояние внутренней среды организма и все формы гемостаза. Учитывая кратковременное нарушение функции всех систем и органов организма при кровотечении, этот процесс можно считать кратковременным отклонением от привычной среды [8,9].

В недавней литературе не упоминается рост использования противовоспалительных препаратов (НПВП) с течением времени. Исследования показали, что даже при низкой дозе (75 - 325) мг (НПВП) травмирование слизистой оболочки желудка увеличивалось в 2-4 раза.

В настоящее время кровотечения из-за язв желудка и двенадцатиперстной кишки увеличились вдвое, особенно у лиц пожилого и пожилого возраста. Смертность от острых кровотечений вследствие ранений желудочно-кишечной системы составляет 5-20%, после экстренных операций - 4-73%, а у лиц пожилого возраста этот показатель выше на 80% [2,5,6,11].

Известно, что под действием НПВП на слизистых оболочках пищевода и желудка развиваются эрозии и язвы, что может привести даже к обильному кровотечению. Под влиянием НПВП происходит снижение секреции простагландинов в желудке, что вызывает снижение цитопротекторной способности слизистой оболочки желудка, и этот процесс приводит к образованию эрозий и язв в верхнем отделе желудочно-кишечного тракта. тракта [8,1,4,12].

Выше рассмотрены некоторые причины кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта, их патогенез и механизмы возникновения. По-видимому, известно, что причиной кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта являются не только патологические изменения слизистой оболочки, но и диффузные изменения печени. Имеется много сведений о язвах (острых и хронических), эрозивном гастрите, механизме кровотечения из ППГ, клиническом течении, однако сведения, основанные на научных исследованиях, о сочетанном течении этого патологического процесса редки. Информации об этом патологическом процессе, являющемся одной из актуальных проблем медицины, в исследованной нами литературе не обнаружено. Показания к применению НПВС у пациентов с ППГ, способ применения, противопоказания, продолжительность применения, меры предосторожности. и т. д. разработка требует значительных научных исследований пищеводно-желудочное кровотечение (ПЖК) – грозное осложнение портальной гипертензии, развивающееся у 80% больных и являющееся главной причиной смерти при циррозе печени (ЦП) [1]. Следует также подчеркнуть, что у 40% больных происходит рецидив кровотечения в пределах 6 недель, причём 40-60% случаев заканчиваются летальным исходом [2,11]. Наиболее высокая смертность больных с ПЖК приходится на первые часы и дни [3]. Летальность от первого ПЖК составляет 20-50% [1,4], а при рецидиве кровотечения – до 70% [5,6,10]. Общая летальность при ЦП, осложнённом кровотечением, колеблется от 39,3% до 100% [7]. Лечение больных с ПЖК при портальной гипертензии (ПГ) продолжает оставаться одной из трудных проблем хирургической гепатологии. До настоящего времени предложены более 200 способов оперативных вмешательств, что объясняется чрезвычайной сложностью проблемы, многообразием клинических проявлений заболевания и отсутствием абсолютно надёжных методов хирургического лечения [6,8,10]. Общеизвестно, что одним из наиболее эффективных средств предупреждения ПЖК у больных с ПГ является наличие селективных и порциальных портосистемных анастомозов [6]. К сожалению, обладая минимальным воздействием на портальную

перфузию печени и низкую частоту посшунтовой энцефалопатии, некоторые шунтирующие операции (мезентерико-кавальный, дистальный спленоренальный анастомоз) не всегда возможны или даже не показаны у больных в период острого ПЖК, у пациентов с резко угнетённой функцией печени с тяжёлыми сопутствующими заболеваниями и в преклонном возрасте [8]. Также доминирование селективных и парциальных шунтов невозможно в связи с выраженной кавернозной трансформацией, с тромбозом и отсутствием пригодных сосудов для анастомоза [3].

По-прежнему сохраняют актуальность операции, направленные на предупреждение связи между венами пищевода и желудка с венами портальной системы: операция Танера-Пациора, Sugiural [4]. Эти операции патогенетически обоснованы с той точки зрения, что наличие варикозно-расширенных вен пищевода (ВРВП) при ПГ зависит от анатомических особенностей и связей портальных вен с венами пищевода и желудка [7]. Преимущество разобщающих операций заключается в том, что они не уменьшают портальный приток к печени, сохраняя гепатофугальный кровоток, не приводят к развитию энцефалопатии, которая мешает развиваться после шунтирующих операций [8]. Частота развития рецидивов ПЖК после обоих видов операций почти одинакова 19,8% и 19,2%, соответственно [6]. Внедрение современных технологий в хирургию чечскую гепатологию позволило шире применять эндоскопические методы профилактики и лечения ПЖК у больных циррозом печени [8].

Цель исследования. Анализ непосредственных результатов комплексного лечения пищеводно-желудочных кровотечений при циррозе печени.

Материал и методы

В отделении хирургии №1, №2 Бухарского филиала за последние 5 лет на лечении находились 120 больных с ПЖК. Мужчин было 79(65,8%), женщин – 41 (34,2%). Возраст больных варьировал от 24 до 72 лет. Для диагностики ПЖК и цирроза печени больным проводили ургентную эзофагогастроуденоскопию, УЗИ, а также исследовали клинические и биохимические анализы крови.

Показанием к консервативной терапии были: ВРВ пищевода и желудка I степени, васкулопатия и гастропатия как источник кровотечения, наличие тяжёлой сопутствующей патологии и печёчно-клеточной недостаточности в стадии декомпенсации. Из поступивших 61 (50,8%) пациента с ВРВ пищевода и желудка I степени группу А по Чайлду-Пью составили 5 (8,2%) больных, группу В – 36 (59,0%), группу С – 20 (32,8%) больных с явлениями печёчно-клеточной недостаточности и гастропатия.

Программа комплексного консервативного лечения ПЖК включала:

- коррекцию анемии и гипоксии (переливание эритроцитарной массы, реамберина);
- коррекцию нарушений электролитного баланса и гипотензии (переливание растворов кристаллоидов);
- коррекцию гипогликемии (10% раствор глюкозы);
- коррекцию коагулопатии и повышенной кровоточивости (введение свежезамороженной плазмы, назначение синтетических аналогов соматостатина);
- коррекцию печёчной энцефалопатии (с-лактолоза – внутрь по 30-35 мл в 3 приёма или гепамарц по 3-6 г 3 раза в день, в тяжёлых случаях – внутривенно капельно, 25-50 г/сут, по 500-1000 мл изотонического раствора);
- гепатопротекцию (эссенциале или эссенциал-н – внутрь по 600 мг 2-3 раза в день в комбинации с внутривенным введением 500-1000 мл в сутки (по 250-300 мл) 5% раствора глюкозы, по мере улучшения состояния больного лечение продолжали только капсулами);
- блокаторы желудочной секреции (омепразол 20 мг/2 раза).

Результат и обсуждение

Причиной цирроза печени у больных с ПЖК в 84 (70,0%) наблюдениях являлось вирусное поражение печени, в 36 (30,0%)

– алкогольное поражение. Функциональное состояние печени у больных с ПЖК по Чайлду-Пью выглядело следующим образом (табл. 1).

Таблица 1. распределение больных с ПЖК согласно классификации (n=120)

Функциональный класс	Количество больных	%
А	11	9,2
В	67	55,8
С	42	35,0
Всего	120	100

Как видно из таблицы 1, 42 (35,0%) случая составили пациенты с функциональным классом С, 67 (55,8%) – В и 11 (9,2%) – А. тяжёлой и крайне тяжёлой степенями ПЖК поступили 46 (38,3%) пациентов. Из 120 больных с ПЖК в 35 (29,2%) наблюдениях имело место продолжающееся кровотечение, а у 85 (70,8%) - состоявшееся ПЖК. В 38 (31,7%) наблюдениях ПЖК у больных отмечено впервые, у 82 (68,3%) - кровотечения были в анамнезе. Источником продолжающегося ПЖК в 28 наблюдениях (60,9%) были ВРВ нижней трети пищевода, у 8 (17,4%) - ВРВ средней трети пищевода и у 10 (21,7%)

– источником продолжающегося кровотечения были ВРВ кардиального перехода и кардиального отдела желудка.

При поступлении больных с ПЖК, после оценки степени тяжести острой кровопотери и тяжести состояния, прибегали к выполнению ургентной эндоскопии. Ургентную ЭГДС проводили 87 (72,5%) больным с ПЖК при стабильных гемодинамических показателях. ЭГДС позволило получить следующую информацию:

1. Подтверждение ВРВП, степень их расширения, локализацию источника кровотечения.
2. Констатация продолжающегося ПЖК.
3. Диагностика тяжести гастропатии.
4. Сопутствующие заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки.

Оценка степени выраженности ВРВП по А.Г. Шерцингеру показала, что в 18 (15,0%) наблюдениях имело место ВРВП I степени, в 29 (24,2%) – II степени и в 73 (60,8%) случаях – III степени. 19 (15,8%) наблюдениях больным с продолжающимся ПЖК, частой рвотой кровью и нестабильной гемодинамикой ЭГДС проводили в отсроченном порядке. При этом в первую очередь больным ставили зонд Сентстакина-Блекмора и начинали проведение интенсивных лечебных мероприятий.

При ПЖК придерживались дифференцированной хирургической тактики, которая зависела от тяжести общего состояния больных, функционального состояния печени, сопутствующих заболеваний, а также локализации кровоточащих вен пищевода. В зависимости от метода лечения больные с ПЖК были распределены следующим образом (табл. 2).

Таблица 2. распределение больных с ПЖК в зависимости от метода лечения

Методы лечения	Функциональный класс			Всего	%
	А	В	С		
Консервативный	5	36	20	61	50,8
Эндоскопический	4	27	14	45	37,5
Хирургический	2	4	8	14	11,7
Всего	11	67	42	120	100

У 45 (37,5%) больных применялись эндоскопические методы лечения ПЖК. Выбор эндоскопической склеро терапии определялся степенью выраженности ВРВ пищевода. У 30 больных эндоскопические методы лечения после достигнутого временного гемостаза выполнялись в срочном порядке (24 часа). В 5 случаях придерживались принципов склеро компрессии – перед проведением эндоскопической склеро терапии освобождали зонд обтуратор от воздуха, далее проводили зонд в дистальном направлении до попадания обоих обтураторов в просвет желудка. Затем раздували пищеводную манжету, которая при подтягивании прижимает «кардиальную розетку», чем обеспечивает уменьшение наполнения кровью вен пищевода. Непосредственно после проведения эндоскопической склеро терапии переводили зонд в стандартное положение, чем достигали эффект скорейшей склеро компрессии на «пустой вене» по принципу Фетана, разработанному для лечения ВРВ нижних конечностей.

В отсроченном порядке (на 2-е сутки) эндоскопическое склерозирование выполнили у 15 (12,5%) больных, что было связано в основном с тяжёлым кровотечением, требующим коррекции восстановления гемостаза. В противном случае риск осложнений, которые могли развиться после эндоскопических вмешательств, был значительно выше. Различные варианты хирургических вмешательств при ПЖК, в качестве основного метода лечения, выполнены у 14 (11,7%) больных. Показаниями к оперативному лечению было продолжающееся ПЖК при наличии ВРВ III степени с локализацией преимущественно в желудке при условии, что функциональное состояние печени было в стадии компенсации или субкомпенсации (больные группы А и В), сопутствующие заболевания – в стадии компенсации, а также неэффективность консервативной терапии и эндоскопического лечения. У 9 из 14 больных с ПЖК методом выбора остановки кровотечения явилась операция М.Д. Папиоры, которая была выполнена в срочном

порядке в первые 24 часа. Следует подчеркнуть, что у всех этих больных вены III степени расширения локализовались не только в пищеводе, но и в желудке, что не позволяло использовать эндоскопический гемостаз. В отсроченном порядке выполнено 3 операции после остановки ПЖК консервативными мероприятиями. Лишь в 2 наблюдениях прибегали к неотложному хирургическому лечению ПЖК при продолжающемся кровотечении.

Непосредственные результаты различных методов лечения ПЖК в зависимости от степени тяжести кровопотери, функционального состояния печени, возраста и сопутствующей патологии, характера ПЖК и времени от начала кровотечения представлены в таблице 3.

Таблица 3. результаты лечения больных с ПЖК

Методы лечения	Функциональный класс			Всего	Умерло
	А	В	С		
Консервативный	5 (1)	36 (8)	20 (7)	61	16 (26,2%)
Эндоскопический	4 (1)	27 (5)	14 (6)	45	12 (26,6%)
Хирургический	2	4 (1)	8 (4)	14	5 (35,7%)
Всего	11 (2)	67 (14)	42 (17)	120	33

Как видно из таблицы 3, процент летальности при хирургическом вмешательстве превышает (35,7%) аналогичные показатели при консервативном и эндоскопическом методах (26,2% и 26,6%, соответственно). Следовательно, хирургический метод должен применяться только при не успешности консервативного и эндоскопического методов.

Заключение

Таким образом, непосредственные результаты эндоскопических и консервативных методов лечения острых ПЖК у больных с циррозом печени в значительной степени лучше по сравнению с хирургическими методами лечения, выполненных на высоте кровотечения при продолжающемся кровотечении.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Анисимов А.Ю. Кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка у больных с портальной гипертензией / А.Ю. Анисимов, М.В. Кузнецов // *Анналы хирургической гепатологии*. М., - 2005; 10(2):7.
2. Бойко В.В. К вопросу о тактике лечения пищеводно-желудочных кровотечений у больных с синдромом портальной гипертензии / В.В. Бойко [и др.] // *Анналы хирургической гепатологии*. 2009;2(5):212.
3. Даян З.А. Эндовидеохирургические методы лечения синдрома портальной гипертензии /З.А. Даян, А.В. Хохлов // *Вестник хирургии*. 2007;1(166):67-71.
4. Денисов И.Н., Шавкута Д.М. Москва 2015. Лебедев Н.Б., Климов А.Е., Соколов П.Ю. Хирургия им. Н.И. Пирогова 2013 г.
5. Ерамишанцев А.К. Эволюция хирургического лечения кровотечений из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка. 50 лекций по хирургии /А.К. Ерамишанцев // Под ред. В.С. Савельева. М: Триада-Х. – 2004;490-501.
6. Полозова Э. И. и др. Особенности течения язвенной болезни желудка в разных возрастных группах // *Медицинский совет*. 2021;5:38-44.
7. Полянцева А.А. и др. Распространенность острых эрозивно-язвенных гастродуоденальных поражений у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями, принимающих антикоагулянты и антиагреганты // *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология*. 2019;9(169):65-74.
8. Проничев В.В., Акберова Х. И. К., Джениева А. Э. К. Редкое желудочно-кишечное кровотечение. неординарный путь остановки желудочно-кишечного кровотечения // *StudNet*. 2021;4:5.
9. Гаврилин Е.В. [и др. Профилактика пищеводных кровотечений при внутрипечёночной портальной гипертензии / Е.В. Гаврилин [и др.] // *Матер. науч.-практ. конф. ТВМедИ. – Вып. IX. – Томск. – 2005;39-40.*
10. Жерлов Г.К. [и др.] Совершенствование оценки риска кровотечения из варикозных вен пищевода / Г.К. Жерлов [и др.] // *Анналы хир. гепатол.* – 2005; 10(2):77.
11. Cappell M.S. Initial management of acute upper gastrointestinal bleeding: from initial evaluation up to gastrointestinal endoscopy / M.S. Cappell, D. Friedel // *Med. Clin. North. Am.* – 2008;92:491-509.
12. Gluud L.L. Meta-analysis: isosorbide-mononitrate alone or with either beta-blockers or endoscopic therapy for the management of oesophageal varices / L.L. Gluud, E. Langholz, A. Krag // *Aliment. Pharmacol. Ther.* 2010; 32:859-871.

Поступила 10.09.2023

