26. Osmanov A.O. Sovershenstvovanie diagnostiki i lecheniya ostrogo appendicita u beremennyh/ A.O. Osmanov [i dr.]// Obshchaya reanimatologiya. – 2012. – T. VIII. – № 5. – S. 61-64. [In Russ].
27. Karaman N.V. Neotlozhnaya laparoskopiya pri zakrytoj travme zhivota/ N.V. Karaman, A.A. Babur, N.A. Zimovskij// Klin. hir. – 1999. – № 9. – S. 37-39. [In Russ].
28. Dronov A.F., Kotlobovskij V.I., Poddubnyj I.V. Laparoskopicheskaya appendektomiya u detej: opyt 2300 operacij/ A.F. Dronov, V.I. Kotlobovskij, I.V. Poddubnyj//Hirurgiya. – 2000. – № 6. – S. 30-36. [In Russ].
29. Rezul'taty primeneniya modifitsirovannoj diagnosticheskoy shkaly u bol'nyh ostrym appendicitom / A.G. Natroshvili [i dr.] // Hirurgiya: zhurn. im. N.I. Pirogova. – 2010. – № 8. – S. 24-27. [In Russ].
30. Kolesnikov D.L. Antibiotikoprofilaktika pri ostrom appendicite : avtoref. dis.kand. med. nauk / D.L. Kolesnikov. – N. Novgorod, 2013. – 25 s. [In Russ].
31. Klevcevic A.V. Znachenie laparoskopii v profilaktike naprasnyh laparotomij / A.V. Klevcevic, V.G. Fedorov // Duhovnoe i vrachebnoe nasledie Svyatitelya Luki (Vojno-YAseneckogo): sb. materialov 4-j Mezhdunar. nauch.-prakt. konf. Kupavna, 2012. – S. 201-205. [In Russ].
32. Chernov E.V. Drenirovanie abscediruyushchego appendikulyarnogo infil'trata s ispol'zovaniem videopodderzhki / E.V. Chernov, A.V. Klevcevic // Aktual'nye voprosy hirurgii: primenenie vysokotekhnologichnyh metodov lecheniya hirurgicheskikh bol'nyh: sb. nauch. tr., posvyashch.90-letiyu prof. M.I. Lytkina / pod red. P.N. Zubareva, A.V. Kochetkova. – SPb., 2009. – S. 109-111. [In Russ].
33. Opredelenie kriteriev vybora operativnogo vmeshatel'stva v lechenii bol'nyh s ostrym appendicitom / A.I. Hripun [i dr.] // Materialy mezhdunarodnogo foruma «Informacionnye tekhnologii i obshchestvo – 2007». 15 – 22 sentyabrya 2007 g., Turciya, Antaliya. – M., 2007. – S. 103-106. [In Russ].
34. Cariati A., Brignole E., Tonelli E. [et al.]. Appendectomy laparoscopica o a cielo aperto. Revisione critica della letteratura ed esperienza personale // G. Chir. – 2001. – Vol. 22, N 10. – P. 353-357.
35. Temple L.K., Litwin D.E., McLeod R.S. A meta-analysis of laparoscopic versus open appendectomy in patients suspected of having acute appendicitis. Can J Surg. – 2016, 42: 377-383.
36. Addiss D. [et al.]. The epidemiology of appendicitis and appendectomy in the United States // Am J. Epidemiol. – 1990. – Vol. 132, № 5. – P. 910-925.
37. Leblanc K.A. Management of laparoscopic surgical complications. New Orleans, Louisiana, USA 2014; 518.
38. Ming P.C., Yan T.Y., Tat C.H. Risk factors of postoperative infections in adults with complicated appendicitis // Surg Laparosc Endosc Percu-tan Tech. – 2009. – V. 19. – № 3. – P. 244-248.
39. Haytham M.A., Kaafarani, Julian D'Achille. Nontrocar related major retroperitoneal bleeding during laparoscopic appendectomy // World Journal of Emergency Surgery. – 2010. – Vol. 9, № 6. – P. 45-49.
40. Palanivelu C, Ranqaraian M., John S.J [et al.]. Laparoscopic appendectomy for appendicitis in uncommon- situations: the advantages of a tailored approach. Singapore Med J 2017 Aug, 48(8):737-40.
41. Ishigami K., Khanna G., Samuel I., Dahmouh L., Sato Y. Gas-forming abdominal wall abscess: unusual manifestation of perforated retroperitoneal appendicitis extending through the superior lumbar triangle // Emergency Radiology. – 2004. – Vol. 10. – P. 207.
42. Diana M., Paroz A., Demartines N., Schafer M. Retroperitoneal abscess with concomitant hepaticportal venous gas and rectal perforation: a rare triad of complications of acute appendicitis. A case report // World Journal of Emergency Surgery. – 2010. – Vol. 5, № 3. – P. 84-86.
43. 43 .Katkhoua N., Friedlander M.H., Grant. S.W., Achanta K.K., Essani R., Paik P., Yelmahos G., Gampos G., Mason R., Mavor E. Intraabdominal abscess rate after laparoscopic appendectomy. Am J Surg. – 2016 Dec. 180: 456-459.
44. Terasawa T., Blackmore C.C., Bent S., Kohlwes R.J. Systematic review: computed tomography and ultrasonography to detect acute appendicitis in adults and adolescents. Ann Intern Med. – 2014, Oct 5;141(7):537-46.
45. Lee J.H. Sonography of acute appendicitis. Semin Ultrasound CT MR 2013 Apr, 24(2):83-90.
46. Carrico C.W., Fenton L.Z, Taylor G.A. [et al.]. Impact of sonography on the diagnosis and treatment of acute lower abdominal pain in children and young adults//AJR Am J Roentgenol. – 2014. – № 2. – P. – 513-516.
47. Grant C.S. Laparoscopic Appendectomy in all Trimesters of Pregnancy / C.S. Grant, N.O. Machado // J. of the Society of Laparoendoscopic Surgeons. – 2009. – Vol. 13, № 3. – P. 384-390.

УДК 616.33-005.1

© Ш.В. Тимербулатов, М.В. Валеев, А.А. Нурғалиев, 2019

Ш.В. Тимербулатов¹, М.В. Валеев², А.А. Нурғалиев³ СТРАТИФИКАЦИЯ РИСКОВ РАЗВИТИЯ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ИСХОДА У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ

¹ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет»

Минздрава России, г. Уфа

²ГБУЗ РБ «Белорецкая центральная районная клиническая больница», г. Белорецк

³ОГБУЗ «Усть-Илимская городская больница», г. Усть-Илимск

В представленном обзоре современной литературы приводятся данные о распространенности острых гастродуоденальных кровотечений (ОГДК) и причинах развития летального исхода. Заболеваемость ОГДК сохраняется на стабильном уровне, а летальность, несмотря на достижения терапевтической эндоскопии, не имеет тенденции к снижению. В современных клинических рекомендациях, разработанных профессиональными сообществами, на этапе приемного отделения рекомендуется стратифицировать риски развития неблагоприятных исходов у всех пациентов с ОГДК. Выделяя пациентов с высокими рисками развития рецидива кровотечения или летального исхода, можно своевременно принять соответствующие лечебные мероприятия и добиться лучших результатов лечения. В обзор включены самые цитируемые и актуальные на сегодняшний день системы прогнозирования. В обзоре представлены сравнения эффективности различных шкал и возможные ограничения по их применению. Многие авторы приходят к выводу, что стратификация риска является одним из возможных инструментов снижения летальности. По мнению авторов, система прогноза должна обладать высокой чувствительностью и специфичностью, быть максимально простой в применении и содержать доступные для дежурного врача оценочные критерии.

Ключевые слова: гастродуоденальное кровотечение, рецидив кровотечения, оценка риска, предикторы, прогнозная шкала.

Sh.V. Timerbulatov, M.V. Valeev, A.A. Nurgaliev
**STRATIFICATION OF THE RISK OF ADVERSE OUTCOME
IN PATIENTS WITH UPPER GASTROINTESTINAL BLEEDING**

The present review of current literature provides data on the prevalence of acute gastroduodenal bleeding throughout the world, the level and causes of mortality. The incidence remains stable, and mortality, despite the achievements of therapeutic endoscopy, has no tendency to decrease. In modern clinical guidelines developed by professional communities, it is recommended to stratify the risk of adverse outcomes in all patients with AGDB at the admission department stage. Selecting patients with a high risk of recurrence of bleeding or death, appropriate therapeutic measures can be taken in a timely manner and better treatment outcomes can be achieved. The review includes the most cited and current forecast systems. It presents a comparison of the effectiveness of various scales, possible limitations of their use. The authors conclude that risk stratification is one of the possible tools to reduce mortality. According to the authors, the forecast system should have a high sensitivity and specificity, be as simple as possible to use, and include evaluation criteria available to the doctor on duty.

Key words: upper gastrointestinal bleeding, rebleeding, risk assessment, predictors, risk scores.

Острые гастродуоденальные кровотечения (ОГДК) остаются одним из самых сложных разделов в urgentной хирургии [1-4]. Заболеваемость гастродуоденальными кровотечениями в мире составляет около 100 случаев на 100000 населения в год [5,6]. В последнее время отмечается рост данного заболевания. При этом доля кровотечений неязвенной этиологии увеличивается [6]. Рост заболеваемости можно связать с возросшим количеством пациентов, принимающих нестероидные противовоспалительные препараты, дезагреганты и антикоагулянты. Установлено, что заболеваемость гастродуоденальными кровотечениями у пациентов, принимающих нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), составляет 371 случай на 100000, что в 4 раза выше, чем в общей популяции [7]. Современный пациент с ОГДК, как правило, пожилого возраста, имеет много сопутствующих заболеваний и с высокой долей вероятности принимает антикоагулянтные и антитромботические препараты [8,9]. В 10-14% случаев при ОГДК возникает летальный исход [10-13]. Чаще всего причинами летального исхода при ОГДК являются: рецидив кровотечения, пожилой возраст пациента, тяжелая сопутствующая патология [14]. Рецидив ОГДК – это тяжелое осложнение заболевания, являющееся фактором риска развития летального исхода [15,16].

Цель исследования: изучить системы прогнозирования стратификации рисков при ОГДК и оценить возможности их использования в условиях приемного диагностического отделения многопрофильного стационара.

Материал и методы

Европейское общество гастроинтестинальной эндоскопии (ESGE) в руководстве по диагностике и лечению ОГДК неязвенной этиологии рекомендует до эндоскопического исследования осуществлять стратификацию риска с помощью шкалы Blatchford. Пациенты с оценкой 0-1 балл не нуждаются в экстренной гастроскопии и госпитализации в стационар

[17]. В 2014 году Российским обществом хирургов представлены клинические рекомендации по ведению язвенных гастродуоденальных кровотечений, в которых рекомендовано стратифицировать всех пациентов по степени риска развития рецидива кровотечения [18].

Разработанные шкалы призваны спрогнозировать возможные неблагоприятные исходы ОГДК – рецидив кровотечения, летальный исход, необходимость эндоскопического и хирургического гемостаза. Каждая система прогноза, как правило, включает несколько параметров, которые могут быть клиническими, лабораторными и эндоскопическими.

Шкалы с эндоскопическими критериями

Основой для современного подхода к прогнозированию рецидива кровотечения является работа Forrest J.A.H. и соавт., опубликованная в 1974 году. Авторы оценивали источники кровотечения как активно кровоточащие с признаками недавнего кровотечения и без него. Такой дифференцированный подход лег в основу современной классификации эндоскопических признаков кровотечения [19]. Классификация Forrest имеет большое прогностическое значение в оценке риска рецидива язвенного кровотечения. Например, для F1A (струйное кровотечение) вероятность рецидива составляет 90%, а для F3 (язва под фибрином) – менее 5% [20].

Шкалы с клиническими критериями

Шкала Blatchford (в англоязычной литературе Glasgow-Blatchford score или GBS) была разработана в Шотландии Blatchford O. в 2000 году. В основе шкалы лежит ретроспективный анализ 1748 случаев ОГДК. Шкала позволяет выявить пациентов с высокими рисками развития рецидива кровотечения и летального исхода (табл. 1) [21].

Поскольку шкала Blatchford содержит некоторые субъективные критерии (выявление врачом мелены, утраты сознания, заболеваний печени, сердечной недостаточности), которые могут препятствовать ее точному использованию, была представлена модифици-

рованная шкала Blatchford (Cheng D.W. et al., 2012). Авторы утверждают, что по классической шкале Blatchford два врача могут оценить состояние одного и того же пациента по-разному. Авторы исключили возможный субъективный подход к оценке, оставив лишь количественные критерии [22].

Таблица 1
Шкала Blatchford (Blatchford O. et al., 2000)

Признак	Критерий	Балл
Мочевина крови, ммоль/л	6,5-7,9	2
	8,0-9,9	3
	10,0-24,9	4
	более 25,0	6
Гемоглобин у мужчин, г/л	120-129	1
	100-119	3
	менее 100	6
Гемоглобин у женщин, г/л	100-119	1
	менее 100	6
Систолическое АД, мм рт.ст.	100-109	1
	90-99	2
	менее 90	3
Другие признаки	Пульс более 100 в мин	1
	Мелена	1
	Утрата сознания	2
	Заболевание печени	2
	Сердечная недостаточность	2

В 2011 году Saltzman J.R. и соавт. разработали шкалу AIMS65, выделив 5 критериев (табл. 2). В группе пациентов без факторов риска уровень летальности составил всего 0,3%, в то же время в группе со всеми 5 факторами риска летальность составила 31,8%. По мере увеличения количества баллов увеличивается также и продолжительность госпитализации. Авторы отмечают, что шкала AIMS65 разрабатывалась не для прогнозирования рецидива кровотечения [23].

Noribe M. и соавт. (2016) разработали простую в использовании оценочную шкалу, позволяющую оценить необходимость неот-

ложной эндоскопии (диагностической и терапевтической) у пациентов с подозрением на ОГДК. На основании проспективного когортного исследования были выбраны три значимых критерия: отсутствие указания на использование ингибиторов протонной помпы (ИПП) в течение одной недели до обследования (+1 балл); шоковый индекс (соотношение ЧСС и САД) больше 1 (+1 балл); соотношение мочевины и креатинина более 140 (+1 балл). В сравнении с Glasgow-Blatchford score (GBS) шкала продемонстрировала превосходство в прогнозировании неотложной эндоскопии [24].

Таблица 2
Шкала AIMS65 (Saltzman J.R., et al., 2011)

Критерий	Балл
Альбумин крови менее 30 г/л	1
МНО > 1,5	1
Нарушение сознания	1
Систолическое АД < 90 мм рт.ст.	1
Возраст старше 65 лет	1

Шкалы с эндоскопическими и клиническими критериями

В 1996 году Rockall T.A. с соавт. опубликовали результаты исследования, целью которого в первую очередь была разработка критериев отбора пациентов для ранней выписки на амбулаторное лечение после эпизода ОГДК. Ретроспективное исследование основано на анализе 2531 случая ОГДК. По мнению авторов, разработанная оценочная шкала, позволяет на этапе приемного диагностического отделения выделять пациентов с низким рисками развития повторного кровотечения и летального исхода (табл. 3) [25]. Стоит отметить, что применяется также клинический вариант шкалы Rockall, в которой не учитываются эндоскопические критерии.

Таблица 3
Шкала Rockall (Rockall T.A. et al., 1996)

Компонент	Балл			
	0	1	2	3
Возраст, лет	Менее 60	60-79	Более 80	
Пульс, уд/мин	Менее 100	Более 100	Более 100	
Систолическое АД, мм рт. ст.	Более 100	Более 100	Менее 100	
Сопутствующая патология	Нет	Нет	ИБС, ХСН	ХПН, печеночная недостаточность, метастазирующий рак
Источник кровотечения	Синдром Меллори-Вейсса или отсутствуют стигматы недавнего кровотечения	Все остальные источники	Рак верхних отделов ЖКТ	
Эндоскопические признаки кровотечения	Отсутствуют или присутствует только «черное пятно»		Кровь в просвете, видимый сгусток или сосуд, активное кровотечение	
Оценка суммарного балла: 0-2 балла – минимальный риск рецидива <6%, летальность <2%, 3-7 баллов – высокий риск рецидива <40%, летальность <40%, Более 8 баллов – критическое состояние, риск рецидива >40%, летальность >40%				

R. Marmo и соавт. (2010) разработали свой подход к прогнозированию летального исхода при ОГДК неварикозной этиологии. Был

проведен проспективный анализ 1360 пациентов. Шкала, имеющая название PNED (Progetto Nazionale Emorragia Digestiva score), основана

на клинических и эндоскопических параметрах (табл. 4). Помимо прочего, в данной системе прогноза учитывается физический статус пациента по классификации ASA (Американское общество анестезиологов). В зависимости от количества баллов риск развития летального исхода может быть низким (0-4 балла), средним (5-8 баллов), высоким (более 8 баллов). В ходе исследования установлено превосходство шкалы PNED в прогнозировании 30-дневной летальности в сравнении со шкалой Rockall [26].

Таблица 4

1	ASA 3 Время госпитализации < 8ч
2	Нб < 70 г/л Возраст > 80 лет Почечная недостаточность
3	ASA 4 Рецидив кровотечения Злокачественное образование Цирроз печени
4	Неудачная попытка эндоскопического гемостаза

Н.В. Лебедевым и соавт. в 2009 г. разработаны 2 варианта прогнозирования рецидива кровотечения и летального исхода. Исследование основано на анализе 542 случаев язвенного кровотечения. В первом варианте авторами предлагается рассчитывать индекс рецидива кровотечения, который является произведением величины шокового индекса, оценки гемостаза (по J. Forrest) и величины язвенного дефекта. По результатам исследователей достоверность составляет 89-100%. Второй вариант – система прогноза рецидива кровотечения (СПРК), которая позволяет прогнозировать как рецидив кровотечения, так и летальный исход. Система представляет собой балльную шкалу, которая рассчитывается на основании следующих данных – возраст, локализация и размер язвы, АД, ЧСС, оценка по Forrest, вид эндогемостаза и характер антисекреторной терапии. По данным авторов достоверность составила 93-94% [27].

Обращая внимание на сложность применения GBS в повседневной практике, Zhiyu D. и соавт. (2018) предложили 2 оценочные шкалы – с 4-мя и 5-ю переменными. Авторы учитывают вид эндогемостаза, включая такой критерий, как «монотерапия», означающий, что эндоскопический гемостаз выполнен с применением одного метода (в данном случае термический вид эндогемостаза). Шкалы отличаются одним критерием – систолическим артериальным давлением (САД) (табл. 5). По данным авторов, разработанные шкалы продемонстрировали сопоставимые с GBS и RS показатели специфичности и чувствительно-

сти для прогнозирования неблагоприятных исходов при ОГДК [28].

Таблица 5

Шкала прогнозирования с 4-мя и 5-ю переменными (Zhiyu D. и соавт., 2018)

Критерий	Значение
Гемоглобин	Менее 85 г/л
Креатинин	Более 100 мкмоль/л
Мочевина	Более 9,5 ммоль/л
Монотерапия	Да/Нет
САД	Менее 90 мм рт. ст.

Результаты

В исследовании Stanley A.J. и соавт. (2017) установлено, что шкала GBS в сравнении со шкалами Rockall, AIMS65, PRED более эффективна в прогнозировании хирургического лечения и летального исхода [29]. В другом исследовании шкала Glasgow-Blatchford score (GBS) продемонстрировала высокую точность в прогнозировании гемотрансфузии и хирургического лечения, а клиническая и полная шкала Rockall имела хороший результат в качестве предиктора 30-дневной летальности [30]. Н.В. Лебедев и соавт. (2014) провели анализ наиболее актуальных зарубежных и отечественных шкал прогнозирования неблагоприятного исхода (табл. 6). Анализ основан на ретроспективном изучении 1341 случая ОГДК язвенной этиологии. Исследование наглядно демонстрирует, что ни одна шкала не обладает высокой чувствительностью и специфичностью одновременно [31].

Таблица 6

Сравнительный анализ систем прогноза рецидива ОГДК (Н.В. Лебедев и соавт., 2014)

Шкала	Чувствительность	Специфичность
Rockall	54,7	55,7
Blatchford	72,7	48,1
Затевахина	60,7	63,5
Винокурова	25,6	95,5
СПРК	60,7	70
Федорова	65	62,4

Заключение

Раннее выявление пациентов с высоким риском неблагоприятного исхода (рецидив, смерть) может способствовать своевременному лечению и профилактике развития осложнений, что в конечном итоге позволит снизить летальность.

Возможность идентифицировать пациентов с низким риском развития осложнений позволяет осуществлять раннюю выписку пациентов на амбулаторное лечение. Такой подход позволяет снизить финансовые затраты на лечение.

Представленные в обзоре шкалы разрабатывались для разных целей – прогнозирование рецидива кровотечения, летального исхода, оперативного вмешательства, выявление пациентов с низким риском неблагоприятного исхода

да для ранней выписки на амбулаторное лечение. Из основных недостатков можно выделить: 1) большое количество параметров и сложность использования в повседневной работе дежурного хирурга; 2) наличие критериев, которые бывает трудно оценить однозначно (при оценке может присутствовать значительная доля субъективизма); 3) отсутствие эндоскопических критериев для стратификации риска.

На наш взгляд, проблема прогнозирования неблагоприятных исходов у пациентов с

ОГДК на сегодняшний день остается актуальной. Критерии, применяемые хирургом для стратификации риска, должны быть просты в определении и доступны в любой клинике круглосуточно. Они должны учитывать клинические, лабораторные и эндоскопические данные и в то же время не допускать субъективизма в оценке и интерпретации и прогнозировать такие неблагоприятные варианты течения заболевания, как рецидив кровотечения, летальный исход и необходимость оперативного лечения.

Сведения об авторах статьи:

Тимербулатов Шамиль Вилевич – д.м.н., профессор кафедры хирургии с курсом эндоскопии ИДПО ФГБОУ ВО БГМУ. Адрес: 450008, г. Уфа, ул. Ленина, 3. E-mail: timersh@yandex.ru.

Валеев Максим Владимирович – зав. эндоскопическим отделением ГБУЗ РБ Белорецкая центральная районная клиническая больница. Адрес: г. Белорецк, ул. М. Гафури, 142а. E-mail: vmv820@yandex.ru.

Нурғалиев Артур Ахметович – врач-эндоскопист ОГБУЗ Усть-илимская городская больница. Адрес: г. Усть-Илимск, проезд Врачебный, 1.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гостищев, В.К. Острые гастродуоденальные кровотечения: концепция хирургической тактики/ В.К. Гостищев, М.А. Евсеев, Г.Б. Ивахов// Материалы XI съезда хирургов Российской Федерации. – М., 2011. – С. 659-660.
2. Чередников, Е.Ф. Лечение больных с пищеводно-желудочными кровотечениями в условиях работы специализированного центра/ Е.Ф. Чередников [и др.]// Вестник экспериментальной и клинической хирургии. – 2012. – Т. 5, № 4. – С. 699-704.
3. Жданов, А.И. Медикаментозная профилактика желудочно-кишечных кровотечений после аортокоронарного шунтирования с использованием искусственного кровообращения/ А.И. Жданов [и др.]// Вестник экспериментальной и клинической хирургии. – 2014. – Приложение 1. – С. 35-36.
4. Шапкин, Ю.Г. Состояние системы гемостаза у больных с варикозным и неварикозным гастродуоденальным кровотечением/ Ю.Г. Шапкин, В.Э. Федоров, С.Н. Шмелев // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. – 2014. – Приложение 1. – С. 84-86.
5. Hearnshaw, S.A. Acute upper gastrointestinal bleeding in UK: patients characteristics, diagnoses and outcomes in the 2007 UK audit / S.A. Hearnshaw [et al.] // Gut. – 2011. – Vol. 60, № 10. – P. 1327-1335.
6. Чередников, Е.Ф. Диагностика и лечение больных с гастродуоденальными кровотечениями в специализированном центре: методические рекомендации. – Воронеж, 2014. – 35 с.
7. Hreinsson J.P. Upper gastrointestinal bleeding: incidence, etiology and outcomes in a population-based setting/ J.P. Hreinsson[et al.] // Scand. J. Gastroenterol. – 2013. – Vol.48, №4. – P. 439-447.
8. Saltzman, J.R. Advances and improvements in the management of upper gastrointestinal bleeding/ J.R. Saltzman // Gastrointest. Endosc. Clin. N. Am. – 2015. – Vol. 25, № 3. – P. xv-xvi.
9. Upper gastrointestinal bleeding risk scores: who, when and why? / S. Monteiro [et al.] // World J. Gastroint. Pathophysiol. – 2016. – Vol. 7, № 1. – P. 86-96.
10. Lu Y. Adherence to guidelines: a national audit of the management of acute upper gastrointestinal bleeding. The REASON registry / Y. Lu, A.N. Barkun, M. Martel // Can. J. Gastroenterol. Hepatol. – 2014. – Vol. 28, № 9. – P. 495-501.
11. Holster I.L. Management of acute nonvariceal upper gastrointestinal bleeding: current policies and future perspective / I.L. Holster, E.J. Kuipers // World. J. Gastroenterol. – 2012. – Vol. 18, №11. – P. 1202-1207.
12. Botianu A. Mortality and need of surgical treatment in acute upper gastrointestinal bleeding: a one year study in a tertiary center with a 24 hours/ day 7-days/ week endoscopy call. Has anything change? / A. Botianu [et al.] // Chirurgia (Bucur). – 2013. – Vol 108, № 3. – P. 312-318.
13. Ступин, В.А. Структура летальности при язвенных гастродуоденальных кровотечениях / В.А. Ступин [и др.] // Хирургия: журнал им. Н.И. Пирогова. – 2013. – № 5. – С. 31-35.
14. Ljubicic N. The influence of etiologic factors on clinical outcome in patients with peptic ulcer bleeding./ N. Ljubicic [et al.] // Dig. Dis. Sci. – 2012. – Vol. 57, №12. – P. 3195-3204.
15. Lip H.T. Rockall risk score in predicting 30 days non-variceal upper gastrointestinal rebleeding in a Malaysian population / H.T. Lip [et al.] // Med. J. Malaysia. – 2016. – Vol. 71, № 5. – P. 225-230.
16. Meta-analysis: predictors of rebleeding after endoscopic treatment for bleeding peptic ulcer/ P. Garcia-Iglesias [et al.] // Aliment. Pharmacol. Ther. – 2011. – Vol. 34, №8. – P. 888-900.
17. Gralnek I.M. Diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: European Society of Gastrointestinal Endoscopy(ESGE) Guideline / I.M. Gralnek [et al.] // Endoscopy. – 2015. – Vol. 47, № 10. – P. 1-46.
18. Щёголев, А.А. Язвенные гастродуоденальные кровотечения: национальные клинические рекомендации Минздрава России / А.А. Щёголев // Медицинская газета. – 2015. – № 90. – С. 8.
19. Forrest J.A. Endoscopy in gastrointestinal bleeding / J.A. Forrest, N.D. Finlayson, D.J. Shearman // The Lancet. – 1974. – Vol. 2, №7877. – P. 394-397.
20. Блок, Б. Гастроскопия / Б. Блок, Г. Шахшаль, Г. Шмидт. – М.: МЕДпресс-информ, 2015. – 216 с.
21. Blatchford O.A risk score to predict need for treatment for upper-gastrointestinal haemorrhage / O. Blatchford, W.R. Murray, M. Blatchford // Lancet. – 2000. – Vol. 356, № 9238. – P. 1318-1321.
22. Cheng D.W., Lu Y.W., Teller T. [et al.] A modified Glasgow Blatchford Score improves risk stratification in upper gastrointestinal bleed: a prospective comparison of scoring systems. Aliment. Pharmacol. Ther. – 2012; 36: 782-789.
23. Saltzman J.R. A Simple risk score accurately predicts in-hospital mortality, length of stay, and cost in acute upper GI bleeding / J.R. Saltzman [et al.] // Gastrointest. Endosc. – 2011. – Vol. 74, № 6. – P. 1215-1224.
24. Horibe M. A simple scoring system to assess the need for an endoscopic intervention in suspected upper gastrointestinal bleeding: A prospective cohort study / M. Horibe [et al.] // Dig. Liver Dis. – 2016. – Vol.48, №10. – P. 1180-1186.
25. Rockall T.A. Selection of patients for early discharge or outpatient care after acute upper gastrointestinal haemorrhage. National Audit of Acute Upper Gastrointestinal Haemorrhage / T.A. Rockall [et al.] // Lancet. – 1996. – Vol. 347, № 9009. – P. 1138-1140.
26. Marmo R. Predicting mortality in non-variceal upper gastrointestinal bleeders: validation of the Italian PNED Score and Prospective Comparison with Rockall Score / R. Marmo [et al.] // Am. J. Gastroenterol. – 2010. – Vol. 105, № 6. – P. 1284-1291.

27. Лебедев, Н.В. Прогноз рецидива кровотечения из гастродуоденальных язв / Н.В. Лебедев, А.Е. Климов, Т.В. Бархударов // Хирургия: журнал им. Н.И. Пирогова. – 2009. – №2. – С. 32-34.
28. Dong Z. A new scoring system to predict poor clinical outcomes in acute nonvariceal upper gastrointestinal bleeding patients with high-risk stigmata / Z. Dong [et al.] // Gastroenterol. Res. Pract. – 2018. – Vol. 2018. – P. 1-6.
29. Stanley A.J. Comparison of risk scoring systems for patients presenting with upper gastrointestinal bleeding: international multicenter prospective study / A.J. Stanley // BMJ. – 2017. – Vol. 356. – i6432.
30. Optimizing the Risk Assessment in Upper Gastrointestinal Bleeding: Comparison of 5 scores Predicting 7 Outcomes / T. Curdia Gonçalves [et al.] // GE Port. J. Gastroenterol. – 2018. – Vol. 25, № 6. – P. 299-307.
31. Лебедев, Н.В. Гастродуоденальные язвенные кровотечения / Н.В. Лебедев, А.Е. Климов, А.А. Бархударов // Хирургия: журнал им. Н.И. Пирогова. – 2014. – № 8. – С. 23-27.

REFERENCES

1. Gostishchev, V.K. Ostryye gastroduodenalnyye krvotечeniya: kontseptsiya khirurgicheskoy taktiki/ V.K. Gostishchev, M.A. Evseyev, G.B. Ivakhov // Materialy XI syezda khirurgov Rossiyskoy Federatsii. Moskva. – 2011. – S. 659-660. (In Russ).
2. Cherednikov, E.F. Lecheniye bolnykh s pishchevodno-zheludochnymi krvotечeniyami v usloviyakh raboty spetsializirovannogo tsentra/ E.F. Cherednikov [i dr.] // Vestnik eksperimentalnoy i klinicheskoy khirurgii. – 2012. – T.5. № 4. – S. 699-704. (In Russ).
3. Zhdanov, A.I. Medikamentoznaya profilaktika zheludochno-kishechnykh krvotечeniy posle aortokoronarnogo shuntirovaniya s ispolzovaniyem iskusstvennogo krovoobrashcheniya/ A.I. Zhdanov [i dr.] // Vestnik eksperimentalnoy i klinicheskoy khirurgii. – 2014. – Prilozheniye 1. – S. 35-36. (In Russ).
4. Shapkin, Yu.G. Sostoyaniye sistemy gemostaza u bolnykh s varikozyem i nevarikozyem gastroduodenalnym krvotечeniyem/ Yu.G. Shapkin, V.E. Fedorov, S.N. Shmelev // Vestnik eksperimentalnoy i klinicheskoy khirurgii. – 2014. – Prilozheniye 1. – S. 84-86. (In Russ).
5. Hearnshaw, S.A. Acute upper gastrointestinal bleeding in UK: patients characteristics, diagnoses and outcomes in the 2007 UK audit / S.A. Hearnshaw [et al.] // Gut. – 2011. – Vol. 60, № 10. – P. 1327-1335.
6. Cherednikov, E.F. Diagnostika i lecheniye bolnykh s gastroduodenalnymi krvotечeniyami v spetsializirovannom tsentre / E.F. Cherednikov [i dr.]: metodicheskiye rekomendatsii. – Voronezh. – 2014. – 35s. (In Russ).
7. Hreinsson J.P. Upper gastrointestinal bleeding: incidence, etiology and outcomes in a population-based setting/ J.P. Hreinsson [et al.] // Scand. J. Gastroenterol. – 2013. – Vol.48, №4. – P. 439-447.
8. Saltzman, J.R. Advances and improvements in the management of upper gastrointestinal bleeding/ J.R. Saltzman // Gastrointest. Endosc. Clin. N. Am. – 2015. – Vol.25, № 3. – P. xv-xvi.
9. Upper gastrointestinal bleeding risk scores: who, when and why? / S. Monteiro [et al.] // World J. Gastroint. Pathophysiol. – 2016. – Vol.7, №1. – P. 86-96.
10. Lu Y. Adherence to guidelines: a national audit of the management of acute upper gastrointestinal bleeding. The REASON registry / Y. Lu, A.N. Barkun, M. Martel // Can. J. Gastroenterol. Hepatol. – 2014. – Vol. 28, №9. – P. 495-501.
11. Holster I.L. Management of acute nonvariceal upper gastrointestinal bleeding: current policies and future perspective / I.L. Holster, E.J. Kuipers // World. J. Gastroenterol. – 2012. – Vol. 18, №11. – P. 1202-1207.
12. Botianu A. Mortality and need of surgical treatment in acute upper gastrointestinal bleeding: a one year study in a tertiary center with a 24 hours/ day 7-days/ week endoscopy call. Has anything change? / A. Botianu [et al.] // Chirurgia (Bucur). – 2013. – Vol 108, №3. – P. 312-318.
13. Stupin, V.A. Struktura letalnosti pri yazvennykh gastroduodenalnykh krvotечeniyakh / V.A. Stupin [i dr.] // Khirurgiya: Zhurnal im. N.I. Pirogova. – 2013. – № 5. – S. 31-35. (In Russ).
14. Ljubicic N. The influence of etiologic factors on clinical outcome in patients with peptic ulcer bleeding/ N. Ljubicic [et al.] // Dig. Dis. Sci. – 2012. – Vol. 57, №12. – P. 3195-3204.
15. Lip H.T. Rockall risk score in predicting 30 days non-variceal upper gastrointestinal rebleeding in a Malaysian population / H.T. Lip [et al.] // Med. J. Malaysia. – 2016. – Vol. 71, №5. – P. 225-230.
16. Meta-analysis: predictors of rebleeding after endoscopic treatment for bleeding peptic ulcer/ P. Garcia-Iglesias [et al.] // Aliment. Pharmacol. Ther. – 2011. – Vol. 34, №8. – P. 888-900.
17. Gralnek I.M. Diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline / I.M. Gralnek [et al.] // Endoscopy. – 2015. – Vol. 47, № 10. – P. 1-46.
18. Shchegolev, A.A. Yazvennyye gastroduodenalnyye krvotечeniya. Natsionalnyye klinicheskiye rekomendatsii Minzdrava Rossii / A.A. Shchegolev // Meditsinskaya gazeta. – 2015. № 90. – S. 8. (In Russ).
19. Forrest J.A. Endoscopy in gastrointestinal bleeding / J.A. Forrest, N.D. Finlayson, D.J. Shearman // The Lancet. – 1974. – Vol. 2, №7877. – P. 394-397.
20. Blok, B. Gastroskopiya / B. Blok, G. Shakhshal, G. Shmidt. – M.: MEDpress-inform. 2015. – 216 s. (In Russ).
21. Blatchford O. A risk score to predict need for treatment for upper-gastrointestinal haemorrhage / O. Blatchford, W.R. Murray, M. Blatchford // Lancet. – 2000. – Vol. 356, №9238. – P. 1318-1321.
22. Cheng D.W., Lu Y.W., Teller T. [et al.] A modified Glasgow Blatchford Score improves risk stratification in upper gastrointestinal bleed: a prospective comparison of scoring systems. Aliment. Pharmacol. Ther. 2012; 36: 782-789.
23. Saltzman J.R. A Simple risk score accurately predicts in-hospital mortality, length of stay, and cost in acute upper GI bleeding / J.R. Saltzman [et al.] // Gastrointest. Endosc. – 2011. – Vol. 74, №6. – P. 1215-1224.
24. Horibe M. A simple scoring system to assess the need for an endoscopic intervention in suspected upper gastrointestinal bleeding: A prospective cohort study / M. Horibe [et al.] // Dig. Liver Dis. – 2016. – Vol.48, №10. – P. 1180-1186.
25. Rockall T.A. Selection of patients for early discharge or outpatient care after acute upper gastrointestinal haemorrhage. National Audit of Acute Upper Gastrointestinal Haemorrhage / T.A. Rockall [et al.] // Lancet. – 1996. – Vol. 347, №9009. – P. 1138-1140.
26. Marmo R. Predicting mortality in non-variceal upper gastrointestinal bleeders: validation of the Italian PNED Score and Prospective Comparison with Rockall Score / R. Marmo [et al.] // Am. J. Gastroenterol. – 2010. – Vol. 105, № 6. – P. 1284-1291.
27. Lebedev, N.V. Prognoz retsidiva krvotечeniya iz gastroduodenalnykh yazv / N.V. Lebedev, A.E. Klimov, T.V. Barkhudarov // Khirurgiya: Zhurnal im. N.I. Pirogova. – 2009. – № 2. – S. 32-34. (In Russ).
28. Dong Z. A new scoring system to predict poor clinical outcomes in acute nonvariceal upper gastrointestinal bleeding patients with high-risk stigmata / Z. Dong [et al.] // Gastroenterol. Res. Pract. – 2018. – Vol. 2018. – P. 1-6.
29. Stanley A.J. Comparison of risk scoring systems for patients presenting with upper gastrointestinal bleeding: international multicenter prospective study / A.J. Stanley // BMJ. – 2017. – Vol. 356. – i6432.
30. Optimizing the Risk Assessment in Upper Gastrointestinal Bleeding: Comparison of 5 scores Predicting 7 Outcomes / T. Curdia Gonçalves [et al.] // GE Port. J. Gastroenterol. – 2018. – Vol. 25, № 6. – P. 299-307.
31. Lebedev, N.V. Gastroduodenalnyye yazvennyye krvotечeniya / N.V. Lebedev, A.E. Klimov, A.A. Barkhudarov // Khirurgiya. Zhurnal im. N.I. Pirogova. – 2014. – № 8. – S. 23-27. (In Russ).