

## ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

### Хирургия

# Формирование тактики лечения желудочно-кишечных кровотечений из верхних отделов пищеварительного тракта

Нина Петровна Володченко<sup>1,2</sup>, Андрей Владимирович Иванов<sup>2</sup>,  
Андрей Викторович Карпенко<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Амурская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Благовещенск, Российская Федерация

<sup>2</sup> Государственное автономное учреждение здравоохранения Амурской области «Благовещенская городская клиническая больница», Благовещенск, Российская Федерация

#### РЕЗЮМЕ

**Актуальность.** Острые желудочно-кишечные кровотечения – актуальная жизнеугрожающая проблема неотложной абдоминальной хирургии. Преобладающими являются кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта, составляя >70% случаев. Острая кровопотеря ассоциирована с высокой угрозой жизни и для нивелирования тяжелых последствий требуются квалифицированная диагностика и своевременное лечение.

**Цель исследования** – оценить результаты лечения пациентов с желудочно-кишечным кровотечением при использовании современных методов гемостаза.

**Материал и методы.** Проанализированы результаты лечения 132 пациентов с желудочно-кишечным кровотечением из верхних отделов пищеварительного тракта, находившихся в клинике хирургии на базе Благовещенской городской клинической больницы за 2025 г. Возраст – от 21 до 78 лет, преобладали лица мужского пола – 103 (76,3%). В первые сутки от начала кровотечения поступили 105 (79,5%) пациентов, 20 (15,2 %) – спустя сутки и более, через 3-е суток от начала кровотечения – 7 (5,3%) пациентов. У 63,6% (84) поступивших кровотечение было средней и тяжелой степени и эту категорию больных госпитализировали в отделение реанимации и интенсивной терапии.

**Результаты.** Кроме эндоскопического гемостаза, проводилась медикаментозная терапия, базисными препаратами которой являлись ингибиторы протонной помпы, а также гемостатическая и инфузионная терапия. У 22 (10,6%) пациентов возникли рецидивы кровотечений, 12 (5,8%) – кровотечение остановлено после повторного гемостаза. У 10 (4,8%) больных эндоскопический гемостаз оказался неэффективным. Пациенты были экстренно прооперированы. Выполнены следующие операции: лапаротомия, гастротомия, дуоденотомия с иссечением или прошиванием язвенного дефекта – 5 (3,8%) больных. У пациентов с неустойчивым гемостазом, хроническими каллезными язвами желудка и 12-перстной кишки в ближайшие сутки выполнены отсроченные операции. Резекция 2/3 желудка с наложением анастомоза по методу Бильрот выполнена 2 (1,5%) больным, операция Пэди – 1 (0,76%) больному. Умерли 12 (9,1%) пациентов с желудочно-кишечным кровотечением – это были лица пожилого возраста с сопутствующими тяжелыми заболеваниями и больные, поступившие в стационар спустя сутки и более от момента кровотечения.

**Заключение.** Своевременная диагностика, комплексное лечение с применением эндоскопических методов местного гемостаза позволили снизить количество вынужденных оперативных вмешательств и улучшить качество лечения.

**Ключевые слова:** острые желудочно-кишечные кровотечения; верхние отделы пищеварительного тракта; гемостаз; неотложная абдоминальная хирургия; лапаротомия; гастротомия; дуоденотомия; наложение анастомоза по методу Бильрот

**Финансирование.** Исследование не имело спонсорской поддержки.

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

**Для цитирования:** Володченко Н.П., Иванов А.В., Карпенко А.В. Формирование тактики лечения желудочно-кишечных кровотечений из верхних отделов пищеварительного тракта. *Амурский медицинский журнал*. 2026; 14 (2): 7–12.

DOI: <https://doi.org/10.22448/AMJ.2026.2.7-12>

EDN: <https://elibrary.ru/XFIOHM>

Статья поступила: 10.04.2026. Принята к публикации: 18.05.2026.

# Development of Treatment Strategy for Upper Gastrointestinal Bleeding

Nina P. Volodchenko<sup>1,2</sup>, Andrey V. Ivanov<sup>2</sup>, Andrey V. Karpenko<sup>2</sup><sup>1</sup> Amur State Medical Academy, Blagoveshchensk, Russia<sup>2</sup> Blagoveshchensk City Clinical Hospital, Blagoveshchensk, Russia

## ABSTRACT

**Background.** Acute gastrointestinal bleeding is a pressing life-threatening problem in emergency abdominal surgery. Upper gastrointestinal bleeding predominates, accounting for >70% of cases. Acute blood loss is associated with a high threat to life, and qualified diagnosis and timely treatment are required to mitigate severe consequences.

**Objective:** to evaluate the treatment outcomes in patients with gastrointestinal bleeding using modern hemostasis methods.

**Material and methods.** The treatment outcomes of 132 patients with upper gastrointestinal bleeding admitted to the surgical clinic at Blagoveshchensk City Clinical Hospital in 2025 were analyzed. The age ranged from 21 to 78 years; male patients predominated – 103 (76.3%). Within the first 24 hours of bleeding onset, 105 (79.5%) patients were admitted; 20 (15.2%) were admitted after 24 hours or more; and 7 (5.3%) patients were admitted more than 3 days after bleeding onset. In 63.6% (84) of patients, the bleeding was of moderate to severe degree, and this category of patients was hospitalized in the intensive care unit.

**Results.** In addition to endoscopic hemostasis, pharmacotherapy was administered, with proton pump inhibitors as the baseline drugs, along with hemostatic and infusion therapy. Bleeding recurrence occurred in 22 (10.6%) patients; in 12 (5.8%) patients, bleeding was stopped after repeat hemostasis. In 10 (4.8%) patients, endoscopic hemostasis proved ineffective. These patients underwent emergency surgery. The following operations were performed: laparotomy, gastrotomy, duodenotomy with excision or suturing of the ulcer defect – 5 (3.8%) patients. Delayed operations were performed within the next 24 hours in patients with unstable hemostasis and chronic callous ulcers of the stomach and duodenum. Distal gastrectomy with Billroth anastomosis was performed in 2 (1.5%) patients, and Pacieri operation in 1 (0.76%) patient. Twelve (9.1%) patients with gastrointestinal bleeding died; these were elderly individuals with severe comorbidities and patients admitted to the hospital 24 hours or more after the onset of bleeding.

**Conclusion.** Timely diagnosis and comprehensive treatment with the use of endoscopic methods of local hemostasis allowed for a reduction in the number of forced surgical interventions and an improvement in the quality of treatment.

**Keywords:** acute gastrointestinal bleeding; upper digestive tract; hemostasis; emergency abdominal surgery; laparotomy; gastrotomy; duodenotomy; Billroth anastomosis

**Funding.** The study was not sponsored.

**Conflict of interest.** The authors declare no conflicts of interest.

**For citation:** Volodchenko N.P., Ivanov A.V., Karpenko A.V. Development of Treatment Strategy for Upper Gastrointestinal Bleeding. *Amur Medical Journal*. 2026; 14 (2): 7–12.

DOI: <https://doi.org/10.22448/AMJ.2026.2.7-12>

EDN: <https://elibrary.ru/XFIOHM>

Article received: 10.04.2026. Article accepted: 18.05.2026.

## 上消化道出血治疗策略的制定

Nina P. Volodchenko<sup>1,2</sup>, Andrey V. Ivanov<sup>2</sup>, Andrey V. Karpenko<sup>2</sup><sup>1</sup> 阿穆尔国立医学院, 布拉戈维申斯克, 俄罗斯<sup>2</sup> 布拉戈维申斯克市临床医院, 布拉戈维申斯克, 俄罗斯联邦

### 摘要

**背景.** 急性消化道出血是急诊腹部外科中一个紧迫且危及生命的问题。上消化道出血占主导, 超过70%的病例。急性失血与高生命威胁相关, 为减轻严重后果, 需进行专业诊断和及时治疗。

目的: 评估采用现代止血方法治疗消化道出血患者的效果。

材料与方法. 分析了2025年在布拉戈维申斯克市临床医院外科诊所收治的132例上消化道出血患者的治疗结果。年龄范围为21至78岁, 男性占多数——103例(76.3%)。在出血后24小时内入院者105例(79.5%), 24小时及以后入院者20例(15.2%), 出血超过3天后入院者7例(5.3%)。63.6%(84例)的患者为中度至重度出血, 此类患者均收住重症监护室。

结果. 除内镜下止血外, 还进行了药物治疗, 基础药物为质子泵抑制剂, 并辅以止血和输液治疗。22例(10.6%)患者出现再出血, 12例(5.8%)经再次止血后出血停止。10例(4.8%)患者内镜止血无效, 接受了急诊手术。实施的手术如下: 剖腹探查术、胃切开术、十二指肠切开术并溃疡病灶切除或缝合——5例(3.8%)。止血不稳定、胃和十二指肠慢性糜烂性溃疡患者于随后24小时内行延迟手术。2例(1.5%)患者行毕罗特氏吻合合法的胃大部切除术(切除2/3), 1例(0.76%)行Paciari手术。12例(9.1%)消化道出血患者死亡, 均为伴有严重合并症的老年患者以及出血后24小时及以上才入院的患者。

结论. 及时诊断及采用内镜下局部止血方法的综合治疗, 有助于减少被迫手术干预的数量并改善治疗质量。

关键词: 急性消化道出血; 上消化道; 止血; 急诊腹部外科; 剖腹术; 胃切开术; 十二指肠切开术; 毕罗特氏吻合

融资. 这项研究没有赞助。

利益冲突. 作者声明不存在利益冲突。

引用本文: Volodchenko N.P., Ivanov A.V., Karpenko A.V. 上消化道出血治疗策略的制定. *Amur Medical Journal*. 2026; 14 (2): 7–12.

DOI: <https://doi.org/10.22448/AMJ.2026.2.7-12>

EDN: <https://elibrary.ru/XFIOHM>

收到: 10.04.2026 接受: 18.05.2026.

## ВВЕДЕНИЕ

Острые желудочно-кишечные кровотечения (ЖКК) остаются актуальной проблемой неотложной абдоминальной хирургии. Острая кровопотеря реально угрожает жизни больных, а их судьба зависит от того, насколько быстро будет поставлен правильный диагноз и адекватной окажется медицинская помощь. Превалируют кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), составляя >70% случаев [1–4]. Среди причин кровотечений из верхних отделов ЖКТ выделяют две большие группы – кровотечения язвенной природы (44–49%) и кровотечения неязвенной этиологии (51–56%).

За последние годы количество больных с ЖКК увеличилось за счет пациентов с кровотечениями неязвенного генеза – на фоне острых медикаментозных, стрессовых язв, при синдроме Мэллори–Вейсса и варикозных расширенных вен пищевода вследствие цирроза печени.

По данным литературы, общая летальность при ЖКК достигает 6–7% (у лиц пожилого и старческого возраста выше в 1,5–2 раза), послеоперационная – 10–12%, при рецидивах кровотечения – до 30% и более<sup>1</sup> [1, 2, 5–9].

<sup>1</sup> Шапкин Ю.Г., Урядов С.Е. Лечебно-диагностическая тактика при не язвенных гастродуоденальных кровотечениях. Всероссийская научно-практическая конференция хирургов «Современные проблемы экстренного и планового лечения больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки». Материалы конференции. Саратов, 2003; 169 с.

Цель исследования – оценить результаты лечения пациентов с ЖКК с использованием современных методов гемостаза.

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Проведен анализ результатов лечения 132 больных с ЖКК из верхних отделов пищеварительного тракта, находившихся в клинике хирургии на базе Благовещенской городской клинической больницы в 2025 г. Возраст больных колебался от 21 до 78 лет, превалировали лица мужского пола – 103 (76,3%). Большинство больных – 97 (73,5%) – лица трудоспособного возраста.

Диагностический алгоритм включал изучение клинико-анамнестических данных (жалоб пациента, выяснение анамнеза заболевания, вредных факторов, способных спровоцировать кровотечение, осмотр больного, выявление сопутствующей патологии). Факт кровотечения устанавливался по клиническим данным – наличию дегтеобразного стула (мелены), рвоты кровью или рвоты типа «кофейной гущи». Большое внимание уделялось жалобам на слабость, холодный пот и потерю сознания. Проводилось лабораторное обследование, всем больным с признаками пищеводно-желудочного кровотечения в течение первого часа с момента поступления выполняли экстренные эндоскопические исследования.

Задачи эндоскопических исследований – установить источник и характер кровотечения,

по возможности, провести эндоскопический гемостаз. Характер кровотечения оценивали в соответствии с классификацией J.A. Forrest (1974). Исходя из результатов эндоскопического исследования, определялась дальнейшая тактика лечения. В случае остановившегося кровотечения по прогностическим эндоскопическим признакам оценивали степень возможного рецидива кровотечения.

## РЕЗУЛЬТАТЫ

В Благовещенской городской клинической больнице в 2025 г. находились на лечении 132 пациента с острыми кровотечениями из верхних отделов ЖКТ. Большинство больных – 105 (79,5%) – поступили в первые сутки от начала кровотечения, 20 (15,2%) пациентов – спустя сутки и более, через 3-е суток от начала кровотечения – 7 (5,3%) пациентов.

У 84 (63,6%) пациентов кровотечение было средней и тяжелой степени и эту категорию больных госпитализировали в отделение реанимации и интенсивной терапии. Структура причин кровотечений из верхних отделов пищеварительного тракта за изученный период представлена в табл. 1, из которой следует, что наиболее частыми причинами кровотечений становятся язвы, синдром Мэллори–Вейсса, кровотечение из варикозных расширенных вен пищевода при циррозе.

По нашим данным, основным источником кровотечения у 43 (32,5%) больных являлись язвы желудка, 12-перстной кишки кровотечений. Но, к сожалению, не уменьшается количество пациентов с синдромом Мэллори–Вейсса – 33 (25%), который развивается, как правило, у лиц, находящихся в состоянии алкогольного опьянения из-за развития рвоты.

**Таблица 1.** Структура причин кровотечений  
**Table 1.** The structure of the causes of bleeding

| Причины кровотечений                                            | n (%)     |
|-----------------------------------------------------------------|-----------|
| Кровотечение из язв желудка                                     | 34 (25,7) |
| Кровотечение из язв 12-перстной кишки                           | 9 (6,8)   |
| Кровотечение при синдроме Мэллори–Вейсса                        | 33 (25)   |
| Кровотечение из варикозных расширенных вен пищевода при циррозе | 28 (21,2) |
| Кровотечение из эрозий пищевода, желудка                        | 25 (18,9) |
| Кровотечение из распадающихся опухолей желудка                  | 2 (1,5)   |
| Химический ожог пищевода                                        | 1 (0,75)  |
| Итого                                                           | 132 (100) |

Средний возраст наблюдаемых больных с синдромом Мэллори–Вейсса составил  $46 \pm 5$  лет, соотношение мужчин и женщин мужчин 3:1. В последние годы увеличилось и количество больных с кровотечениями из варикозных расширенных вен пищевода на фоне цирроза печени – 28 (21,2%) пациентов. Более чем у 50% больных причиной цирроза печени являлся алкоголизм. В зависимости от выраженности проявлений кровотечения и тяжести состояния все больные с ЖКК разделили на 2 основные группы: 1-я группа – «тяжелое ЖКК» с высоким риском рецидива кровотечения и неблагоприятного исхода, 2-я группа – «не тяжелое ЖКК».

### Критерии распределения пациентов в группу «тяжелое ЖКК»:

- возраст старше 60 лет;
- неоднократная рвота малоизмененной кровью («кофейной гущей») и/или меле-на;
- коллапс, потеря сознания;
- тахикардия – частота сердечных сокращений  $\geq 100$  в мин;
- гипотензия – систолическое артериальное давление  $\leq 100$  мм рт. ст.;
- концентрация гемоглобина  $< 100$  г/л;
- поступление малоизмененной крови («кофейной гущи») по желудочному зонду;
- наличие сопутствующих заболеваний в стадии суб- и декомпенсации, требующих неотложных лечебных мероприятий или непосредственно угрожающих жизни больного.

Наличие 4 и более из перечисленных признаков позволило расценить состояние пациента как тяжелое и являлось основанием для госпитализации в палату интенсивной терапии.

При остром ЖКК из верхних отделов пищеварительного тракта, как и при других видах кровотечения, необходимо решить две задачи – добиться эффективного, надежного и в идеальном варианте окончательного гемостаза и компенсации объема циркулирующей крови, гомеостаза, стабилизации гемодинамических показателей. Обе задачи, как правило, взаимообусловленные, взаимозависимые, но в то же время понятно, что без остановки кровотечения последнее невозможно.

В настоящее время ключевое место в диагностике и лечении кровотечения из верхних отделов ЖКТ занимает экстренная фиброгастродуоденоскопия, которая позволяет выявить источник кровотечения, получить прогностическую информацию и провести эндоскопи-

ческую терапию. Для выбора тактики лечения важно различать кровотечения по их активности в момент осмотра: продолжающиеся, состоявшиеся и рецидивирующие.

В нашей клинике для эндоскопического гемостаза у 123 (66,5%) больных использовали аргоно-плазменные коагуляции – 58 (47,2%), электрокоагуляции – у 8 (6,5%), 33 (17,8%), инъекции сосудосуживающих растворов – у 1 (0,8%). При кровотечениях из варикозных расширенных вен пищевода у 13 (10,6%) после остановки кровотечения выполняли лигирование варикозно расширенных вен пищевода. Эндоскопический гемостаз оказался эффективен у 117 (88,6%) больных.

В лечении больных с ЖКК, кроме эндоскопического гемостаза, проводили медикаментозную терапию, базисными препаратами которой являлись ингибиторы протонной помпы, а также гемостатическая и инфузионная терапия. У 10,6% (22) больных возникли рецидивы кровотечений, у 12 (5,8%) пациентов кровотечение остановлено после повторного гемостаза. У 10 (4,8%) больных эндоскопический гемостаз оказался неэффективным. Больные были экстренно оперированы. Выполнены следующие операции: лапаротомия, гастротомия, дуоденотомия с иссечением или прошиванием язвенного дефекта – 5 (3,8%) больных. Данные операции выполнены больным, находящимся в крайне тяжелом состоянии с профузным кровотечением, нестабильной гемодинамикой и у лиц старческого возраста, с тяжелыми сопутствующими заболеваниями. У больных с неустойчивым гемостазом, хроническими каллезными язвами желудка и 12-перстной кишки в ближайшие сутки выполнены отсроченные операции. Резекция 2/3 желудка с наложением анастомоза по методу Бильрот 2 выполнена 2 (1,5%) больным, операция Пациори – 1 (0,76%) больному. Умерли 12 (9,1%) пациентов с ЖКК – это были лица пожилого возраста с сопутствующими тяжелыми заболеваниями и больные, поступившие в стационар поздно, спустя сутки и более от момента кровотечения.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Использование современных эндоскопических технологий позволяет своевременно выявить источник кровотечения из верхних отделов ЖКТ, осуществить гемостаз, прогнозировать риск рецидива кровотечения, выбрать адекватную тактику лечения, что позволяет улучшить непосредственные и отдаленные результаты лечения больных.

Своевременное выполнение превентивного эндоскопического гемостаза уменьшает риск развития рецидива кровотечения, позволяет подготовить пациента и при необходимости провести адекватное оперативное вмешательство.

**Этическая экспертиза.** Публикация исследования одобрена на основании решения этического комитета ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России (протокол № 9/1 от 11.06.2026).

**Ethics approval.** The publication was approved by the local Ethics Committee of the Amur State Medical Academy of the Ministry of Health of the Russian Federation (Protocol No. 9/1 dated June 11, 2026).

**Вклад авторов.** Концепция и дизайн работы, сбор и анализ материала, написание текста, редактирование – Володченко Н.П., Иванов А.В., Карпенко А.В. Все авторы прочитали и одобрили окончательную версию статьи.

**Authors' contributions.** Concept and design working, collection and analysis of the material, writing the text, editing – Volodchenko N.P., Ivanov A.V., Karpenko A.V. All authors read and approved the final version of the manuscript to be submitted for publication.

## Сведения об авторах

**Володченко Нина Петровна (Nina P. Volodchenko)** – д.м.н., заведующая кафедрой хирургии с курсом урологии ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России, Благовещенск, Россия  
E-mail: [ninavolodcenko@gmail.com](mailto:ninavolodcenko@gmail.com)  
<https://orcid.org/0009-0003-8063-6446>

**Иванов Андрей Владимирович (Andrey V. Ivanov)** – заведующий эндоскопическим отделением ГАУЗ АО «Благовещенская городская клиническая больница», Благовещенск, Россия  
E-mail: [Mrg.ivanov@yandex.ru](mailto:Mrg.ivanov@yandex.ru)

**Карпенко Андрей Викторович (Andrey V. Karpenko)** – хирург хирургического отделения ГАУЗ АО «Благовещенская городская клиническая больница», Благовещенск, Россия  
E-mail: [andrekarar81@mail.ru](mailto:andrekarar81@mail.ru)

## ЛИТЕРАТУРА

1. Абдоминальная хирургия. Национальное руководство. Под ред. И.И. Затевахиной, А.И. Кириенко, В.А. Кубышкина. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016; 298–312 с.
2. Гостищев В.К., Евсеев М.А. Проблема выбора метода лечения при острых гастродуоденальных кровотечениях. *Хирургия*. 2007; 7: 7–10.
3. Язвенная болезнь. Взрослые. Клинические рекомендации. 2024–2026.
4. Лебедев Н.В., Климов А.Е. Язвенные гастродуоденальные кровотечения. Москва: БИНОМ, 2010; 175 с.
5. Тулупов А.Н., Мануковский В.А., Демко А.Е. и др. Неотложная хирургия груди и живота: руководство для врачей. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2024; 752 с.

6. Панцырев Ю.М., Федоров Е.Д., Михалев А.И. Кровотечения из верхних отделов пищеварительного тракта. В кн.: Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости. Под ред. В.С. Савельева. Москва: Триада-Х, 2004; С. 523–556.
7. Савельев В.С., Кириенко А.И. Клиническая хирургия: национальное руководство. Т. 3. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2008; 864 с.
8. Saydam Ş.S., Molnar M., Vora P. The global epidemiology of upper and lower gastrointestinal bleeding in general population: A systematic review. *World Journal of Gastrointestinal Surgery*. 2023; 15 (4): 723–739. DOI: <https://doi.org/10.4240/wjgs.v15.i4.723>
9. Ansari P. Желудочно-кишечные кровотечения, обзор. Справочник MSD. Профессиональная версия, 2023.
3. Peptic ulcer disease. Adults. Clinical guidelines. 2024–2026. (In Russ.)
4. Lebedev N.V., Klimov A.E. Ulcerative gastroduodenal bleeding. Moscow: BINOM, 2010; 175 p. (In Russ.)
5. Tulupov A.N., Manukovsky V.A., Demko A.E. and others. Emergency breast and abdominal surgery: A guide for doctors. Moscow: GEOTAR-Media, 2024; 752 p. (In Russ.)
6. Pantsyrev Yu.M., Fedorov E.D., Mikhalev A.I. Bleeding from the upper digestive tract. In: Guidelines for emergency surgery of abdominal organs. Edited by V.S. Savelyev. Moscow: Triad-X, 2004; pp. 523–556. (In Russ.)
7. Savelyev V.S., Kiriienko A.I. Clinical surgery: a national guide. Vol. 3. Moscow: GEOTAR-Media, 2008; 864 p. (In Russ.)
8. Saydam Ş.S., Molnar M., Vora P. The global epidemiology of upper and lower gastrointestinal bleeding in general population: A systematic review. *World Journal of Gastrointestinal Surgery*. 2023; 15 (4): 723–739. DOI: <https://doi.org/10.4240/wjgs.v15.i4.723>
9. Ansari P. Gastrointestinal bleeding, review. The MSD Reference Book. Professional version, 2023. (In Russ.)

#### REFERENCES

1. Abdominal surgery. National leadership. Edited by I.I. Zatevakhin, A.I. Kiriienko, V.A. Kubyshkin. Moscow: GEOTAR-Media, 2016; 298–312 p. (In Russ.)
2. Gostischev V.K., Evseev M.A. The problem of choosing a treatment method for acute gastroduodenal

bleeding. *Surgery*. 2007; 7: 7–10. (In Russ.)