

РОЛЬ ЭКСТРЕННОЙ ЭНДОСКОПИИ ПРИ НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЯХ

Б.М. Икромова

*Городской центр экстренной и неотложной медицинской помощи, Душанбе,
Таджикистан*

Аннотация

В данном литературном обзоре представлен комплексный анализ современных данных, касающихся применения новых методов миниинвазивного вмешательства при неотложных состояниях в гинекологии. Проведен поиск публикаций в базах данных PubMed, Scopus, Web of Science, eLibrary, Cyberleninka за последние 5 лет, по ключевым словам: экстренная эндоскопия, неотложные состояния, желудочно-кишечный тракт, билиарная система, эндоскопический гемостаз, инородные тела, полная обструкция пищевода, батарейки в пищеводе, тяжёлый холангит.

Экстренная эндоскопия — ключевой инструмент современной неотложной медицины при острых состояниях желудочно-кишечного тракта и билиарной системы.

Ранняя эндоскопическая оценка и при необходимости терапевтическое вмешательство позволяют быстро локализовать причину патологии, обеспечить эндоскопический гемостаз, удалить инородные тела, декомпрессировать билиарное дерево и тем самым снизить потребность в открытой хирургии, частоту осложнений и летальность.

Современные руководства рекомендуют выполнение эндоскопии после адекватной предэндоскопической стабилизации в сроки, зависящие от клинической картины: в большинстве случаев — в пределах 24 часов, тогда как для отдельных критических ситуаций (полная обструкция пищевода, батарейки в пищеводе, тяжёлый холангит) требуется немедленное или раннее вмешательство. Данные последних лет подтверждают пользу организованных 24/7 эндоскопических служб в крупных центрах, однако оптимальная модель работы зависит от объёма пациентов, ресурсов и региональной маршрутизации.

Анализ литературы 2020–2025 гг. подтверждает, что экстренная эндоскопия — критически важный компонент современной неотложной помощи.

Ключевые слова: экстренная эндоскопия, неотложные состояния, желудочно-кишечный тракт, билиарная система, эндоскопический гемостаз, инородные тела, полная обструкция пищевода, батарейки в пищеводе, тяжёлый холангит

Для цитирования: Икромова Б.М. Роль экстренной эндоскопии при неотложных состояниях // *Пластическая хирургия и восстановительная медицина*. 2025. Т.1, №3. С.79-91. <https://doi.org/10.65197/3106-4035-2025-1-3-79-91>

THE ROLE OF EMERGENCY ENDOSCOPY IN EMERGENCIES

B.M. Ikromova

City Center for Emergency and Urgent Medical Care, Dushanbe, Tajikistan

Abstract

This literature review presents a comprehensive analysis of current data regarding the use of new minimally invasive interventions in gynecological emergencies. A search of PubMed, Scopus, Web of Science, eLibrary, and Cyberleninka databases for publications over the past 5 years was conducted using the following keywords: emergency endoscopy, emergency conditions, gastrointestinal tract, biliary system, endoscopic hemostasis, foreign bodies, complete esophageal obstruction, esophageal batteries, and severe cholangitis.

Emergency endoscopy is a key tool in modern emergency medicine for acute gastrointestinal and biliary conditions.

Early endoscopic assessment and, if necessary, therapeutic intervention allow for rapid localization of the cause of the pathology, endoscopic hemostasis, removal of foreign bodies, decompression of the biliary tree, and thereby reducing the need for open surgery, complication rates, and mortality.

Current guidelines recommend performing endoscopy after adequate pre-endoscopic stabilization within a timeframe dependent on the clinical presentation: within 24 hours in most cases, while certain critical situations (complete esophageal obstruction, esophageal batteries, severe cholangitis) require immediate or early intervention. Recent data confirm the benefit of organized 24/7 endoscopy services in large centers, but the optimal model depends on patient volume, resources, and regional routing.

A literature review from 2020–2025 confirms that emergency endoscopy is a critical component of modern emergency care.

Key words: emergency endoscopy, emergency conditions, gastrointestinal tract, biliary system, endoscopic hemostasis, foreign bodies, complete esophageal obstruction, esophageal stents, severe cholangitis

For citation: Ikromova B.M. The role of emergency endoscopy in emergency conditions // Plastic surgery and reconstructive medicine. 2025. Vol. 1, No. 3. P.79-91. <https://doi.org/10.65197/3106-4035-2025-1-3-79-91>

НАҚШИ ЭНДОСКОПИЯИ ЁРИИ ТАЪЦИЛӢ ДАР ҲОЛАТҲОИ ФАВҚУЛОДДА

Б.М. Икромова

Маркази шахрии ёрии таъҷилӣ ва фаврии тиббӣ, Душанбе, Тоҷикистон

Хулоса

Ин баррасии адабиёт таҳлили ҳамаҷонибаи маълумоти ҷорӣ дар бораи истифодаи муҳомилаҳои нави каминвазивӣ дар ҳолатҳои фавқулоддаи гинекологӣ пешниҳод мекунад. Ҷустуҷӯи нашрияҳо аз 5 соли охир дар пойгоҳҳои додаҳои PubMed, Scopus, Web of Science, eLibrary ва Cyberleninka бо истифода аз калимаҳои калидии зерин анҷом дода шуд: эндоскопияи ёрии таъҷилӣ, ҳолатҳои фавқулодда, роҳи меъдаву рӯда, системаи сафро, гемостази эндоскопӣ, ҷисмҳои бегона, бандшавии пурраи сурхрӯда, батареяҳои сурхрӯда, холангити шадид.

Эндоскопияи ёрии таъҷилӣ воситаи калидӣ дар тибби ёрии таъҷилии муосир барои ҳолатҳои шадиди роҳи меъдаву рӯда ва системаи сафро мебошад.

Арзёбии барвақти эндоскопӣ ва дар ҳолати зарурӣ, муҳомилаи терапевтӣ имкон медиҳад, ки сабаби патология зуд муайян карда шавад, гемостази эндоскопӣ таъмин карда шавад, ҷисмҳои бегона хориҷ карда шаванд, декомпрессияи дарахти сафро ва бо ин васила ниёз ба ҷарроҳии кушода, сатҳи мушкilot ва фавт коҳиш дода шавад.

Дастурҳои ҷорӣ тавсия медиҳанд, ки эндоскопия пас аз устувории мувофиқи пеш аз эндоскопӣ дар муддати вобаста ба нишондоди клиникӣ анҷом дода шавад: дар аксари мавридҳо дар давоми 24 соат, дар ҳоле ки баъзе ҳолатҳои муҳим (бандшавии пурраи сурхрӯда, батареяҳои сурхрӯда, холангити шадид) даҳолати фаврӣ ё барвақтро талаб мекунанд. Маълумоти охирин манфиати хизматрасонии муташаккили эндоскопии шабонарӯзӣ дар марказҳои калонро дастгирӣ мекунанд, аммо модели оптималӣ аз ҳаҷми беморон, захираҳо ва масири минтақавӣ вобаста аст.

Шарҳи адабиёт аз солҳои 2020–2025 тасдиқ мекунад, ки эндоскопияи фаврӣ ҷузъи муҳими ёрии таъҷилии муосир мебошад.

Калимаҳои калидӣ: эндоскопияи фаврӣ, ҳолатҳои фаврӣ, роҳи меъдаву рӯда, системаи сафро, гемостази эндоскопӣ, ҷисмҳои бегона, басташавии пурраи сурхрӯда, батареяҳои сурхрӯда, холангити шадид

Барои иқтибос: Икромова Б.М. Нақши эндоскопияи фаврӣ дар ҳолатҳои фавқулодда // Ҷарроҳии пластикӣ ва тиббӣ барқарорсозӣ. 2025. ҷилди 1, № 3. С.79-91. <https://doi.org/10.65197/3106-4035-2025-1-3-79-91>

Актуальность. Экстренная эндоскопия представляет собой совокупность процедур, выполняемых при неотложных состояниях органов пищеварения и билиарной системы с диагностической и/или терапевтической целью.

Несмотря на это эффективность и необходимость экстренной эндоскопии активно обсуждаются [1,3,7]. В современной гинекологии чаще всего встречается сочетанная патология, что вынуждает к поиску новых методов хирургического лечения, в том числе и при неотложных состояниях [2].

Наиболее распространёнными неотложными состояниями являются кровотечение из пищевода (канала, соединяющего глотку с желудком), желудка или двенадцатиперстной кишки (начальной части тонкого кишечника).

К классическим показаниям относятся массивное верхнее желудочно-кишечное кровотечение (ВЖКК), варикозные кровотечения, инородные тела пищевода/желудка, острый холангит и механическая желтуха, осложнения язвенной болезни и опухолевые обструкции.

Быстрая эндоскопическая оценка часто определяет дальнейшую тактику лечения — консервативную, эндоскопическую или хирургическую — и напрямую влияет на исходы пациента. В то же время остаются дискуссионными вопросы тайминга вмешательства (немедленно/очень рано vs. ранне/в течение 24 часов), показания к круглосуточной доступности службы и объёма ресурсов, необходимых для поддержания качественной экстренной эндоскопической помощи.

Одной из главных причин экстренной эндоскопии остаётся верхнее желудочно-кишечное кровотечение.

Эндоскопия позволяет выявить источник кровотечения, оценить эндоскопические маркеры риска (стигматы

Relevance. Emergency endoscopy is a set of procedures performed in emergency conditions of the digestive and biliary system for diagnostic and/or therapeutic purposes.

Despite this, the effectiveness and necessity of emergency endoscopy are actively debated [1,3,7]. In modern gynecology, combined pathology is most often encountered, necessitating the search for new surgical treatment methods, including for emergency conditions [2].

The most common emergency conditions are bleeding from the esophagus (the channel connecting the pharynx to the stomach), stomach, or duodenum (the initial part of the small intestine).

Classic indications include massive upper gastrointestinal bleeding (MUGB), variceal bleeding, foreign bodies in the esophagus/stomach, acute cholangitis and obstructive jaundice, complications of peptic ulcer disease, and tumor obstruction.

A rapid endoscopic assessment often determines the subsequent treatment strategy—conservative, endoscopic, or surgical—and directly impacts patient outcomes. At the same time, the timing of intervention (immediate/very early vs. early/within 24 hours), indications for 24-hour service availability, and the resources required to maintain high-quality emergency endoscopic care remain controversial.

Upper gastrointestinal bleeding remains one of the main reasons for emergency endoscopy.

Endoscopy allows for the identification of the bleeding source, assessment

недавнего кровотечения) и выполнить гемостаз (инъекции, клипирование, термокоагуляция, гемостатические агенты). Современные рекомендации ESGE и крупные когортные исследования поддерживают выполнение эндоскопии в «раннем» окне (обычно ≤ 24 ч) после адекватной гемодинамической стабилизации; для отдельных пациентов с высокими рисками обсуждается более ранний ($\leq 6-12$ ч) подход, однако доказательства преимущества немедленной эндоскопии (< 6 ч) неоднозначны и могут быть связаны с риском при недостаточной предэндоскопической стабилизации [1,5,6].

При подозрении на варикозное кровотечение пищевода и желудка эндоскопическая оценка и вмешательство (лигирование варикозных вен, склеротерапия) должны быть выполнены как можно раньше после стабилизации пациента — чаще в пределах первых 12 часов у госпитальных пациентов с портальной гипертензией. Экстренность объясняется высокой вероятностью рецидива и тяжестью клинической картины [2].

Наличие инородных тел в верхнем отделе желудочно-кишечного тракта — полная обструкция пищевода, проглоченные батарейки (button batteries) и магниты, острые объекты требуют немедленного эндоскопического вмешательства из-за высокого риска перфорации, некроза и системных осложнений. Для прочих объектов и локализаций сроки зависят от типа предмета, клинической картины и локальных рекомендаций [3,9].

При остром холангите и обструкции жёлчных путей ранняя эндоскопическая декомпрессия (РЭДК) ассоциируется с улучшением исходов, снижением смертности и сокращением длительности госпитализации; значимая часть ис-

of endoscopic risk markers (such as signs of recent bleeding), and hemostasis (injections, clipping, thermocoagulation, hemostatic agents). Current ESGE guidelines and large cohort studies support performing endoscopy in the «early» window (usually ≤ 24 hours) after adequate hemodynamic stabilization. For selected high-risk patients, an earlier ($\leq 6-12$ h) approach is discussed; however, the evidence for the benefit of immediate endoscopy (< 6 h) is equivocal and may be associated with risk if preendoscopic stabilization is insufficient [1,5,6].

If esophageal and gastric variceal bleeding is suspected, endoscopic evaluation and intervention (variceal ligation, sclerotherapy) should be performed as soon as possible after patient stabilization—usually within the first 12 hours in hospitalized patients with portal hypertension. The urgency is explained by the high probability of recurrence and the severity of the clinical picture [2].

The presence of foreign bodies in the upper gastrointestinal tract—complete esophageal obstruction, swallowed batteries and magnets, and sharp objects—require immediate endoscopic intervention due to the high risk of perforation, necrosis, and systemic complications. For other objects and locations, the timing depends on the type of object, clinical presentation, and local guidelines [3,9].

In acute cholangitis and biliary obstruction, early endoscopic decompression (EDC) is associated with improved outcomes, reduced mortality, and shorter hospital stay; a significant proportion of studies demonstrate the benefit of per-

следований показывает пользу выполнения РЭДК в пределах 24–48 часов, при тяжёлом течении — предпочтительнее ≤24 ч. [2,8,20].

При отсутствии явного перитонита эндоскопия может помочь в локализации источника кровотечения при острых осложнениях язвенной болезни и перфорированных язв и выполнении эндоскопического закрытия дефекта (клипирование, OTSC/over-the-scope-clips, эндосшивание) или гемостаза; при перитоните приоритет остаётся хирургическим лечением [12,14,17].

Экстренная эндоскопия также выполняет диагностическую роль. При подозрении на патологии пищевода, желудка, двенадцатиперстной или толстой кишки назначаются эндоскопические исследования желудочно-кишечного тракта.

Современные эндоскопические методы, в частности эзофагогастродуоденоскопия и колоноскопия, благодаря возможности детального осмотра слизистой оболочки (усиленной видеоэндоскопиями до 50-100 раз), исключают необходимость предварительного рентгенологического обследования. При обнаружении патологических изменений (измененный рельеф, язвы, опухоли) осуществляется забор биопсийного материала. Последующее цитологическое и гистологическое исследование биопсии обеспечивает высокую, приближающуюся к 100%, точность диагностики.

Эндоскопия обеспечивает прямую визуализацию слизистой, быстрое обнаружение источника кровотечения или инородного тела, оценку степени поражения и получение биопсийного материала при опухолевых процессах. В ургентной ситуации эти преимущества позволяют сократить неопределённость диагноза и избегать ненуж-

forming EDC within 24–48 hours, with ≤24 hours being preferable in severe cases [2,8,20].

In the absence of overt peritonitis, endoscopy can assist in localizing the bleeding source in acute complications of peptic ulcer disease and perforated ulcers and performing endoscopic closure of the defect (clipping, OTSC/over-the-scope-clips, endosuturing) or hemostasis; in peritonitis, surgical treatment remains the priority [12,14,17].

Emergency endoscopy also serves a diagnostic role. If pathologies of the esophagus, stomach, duodenum, or colon are suspected, endoscopic examinations of the gastrointestinal tract are prescribed.

Modern endoscopic methods, particularly esophagogastroduodenoscopy and colonoscopy, allow for a detailed examination of the mucosa (enhanced by video endoscopes up to 50-100 times), eliminating the need for preliminary X-ray examination. If pathological changes (changed relief, ulcers, tumors) are detected, a biopsy is taken. Subsequent cytological and histological examination of the biopsy ensures a high, almost 100%, diagnostic accuracy.

Endoscopy provides direct visualization of the mucosa, rapid detection of the source of bleeding or foreign body, assessment of the extent of damage, and collection of biopsy material in tumor cases. In urgent situations, these advantages reduce diagnostic uncertainty and avoid unnecessary laparotomy when endoscopic treatment is possible. Furthermore, endoscopic diagnosis combined with clinical stratification (Glasgow-Blatchford, Rockall, etc.) facilitates appropriate resource allocation and

ной лапаротомии при возможности эндоскопического лечения. Кроме того, эндоскопическая диагностика в сочетании с клинической стратификацией (Glasgow-Blatchford, Rockall и др.) способствует правильному распределению ресурсов и выбору тактики (консервативная терапия, эндоскопия, хирургия) [13,16].

Экстренная эндоскопия выполняют с лечебной целью. Один из таких терапевтических возможностей них эндоскопический гемостаз.

Технологии гемостаза включают: инъекционную терапию (адреналин и др.), механическое клипирование (TTS-clips), термический/контактный гемостаз, over-the-scope clips (OTSC), и топические гемостатические агенты (гемостатические порошки). Новые устройства и комбинированные подходы повышают эффективность первичного гемостаза и снижают частоту рецидивов [4,11,18]. Применение доплер-зондовой оценки сосудистого потока и современных эндо-прибора улучшает стратификацию эндоскопических рисков и выбор метода [5,19].

Основным методом выбора для удаления инородных тел остаётся эндоскопическое извлечение: применение корзин, захватов, сетей, баллонных техник и вспомогательных аксессуаров позволяет успешно удалить большинство предметов без хирургии. Быстрое вмешательство особенно важно при батарейках, магнитах и острых объектах. Педиатрические и взрослые алгоритмы частично различаются; наличие специализированных протоколов улучшает исходы [3,15,20].

Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ) и декомпрессия желчных путей используются для выведения желчных камней, установкой стента или папиллос-

the choice of treatment strategy (conservative therapy, endoscopy, surgery) [13,16].

Emergency endoscopy is performed for therapeutic purposes. One such therapeutic option is endoscopic hemostasis.

Hemostasis technologies include injection therapy (epinephrine, etc.), mechanical clipping (TTS clips), thermal/contact hemostasis, over-the-scope clips (OTSC), and topical hemostatic agents (hemostatic powders). New devices and combined approaches increase the effectiveness of primary hemostasis and reduce the recurrence rate [4,11,18]. The use of Doppler flow assessment and modern endoscopic devices improves endoscopic risk stratification and method selection [5,19].

Endoscopic retrieval remains the primary method of choice for foreign body removal: the use of baskets, graspers, nets, balloon techniques, and auxiliary accessories allows for the successful removal of most objects without surgery. Rapid intervention is particularly important for batteries, magnets, and sharp objects. Pediatric and adult algorithms differ somewhat; the availability of specialized protocols improves outcomes [3,15,20].

Endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) and biliary decompression are used to remove gallstones, while stent placement or papillosphincterotomy provides urgent decompression in cholangitis. Studies demonstrate the benefits of early ERCP for patients with severe cholangitis, although optimal timing varies depending on the severity and organizational capabilities [2,21,8].

In malignant and benign obstructions, placement of endoscopic stents (entero-/

финктеротомией обеспечивает срочную декомпрессию при холангите. Исследования демонстрируют преимущества выполнения ЭРХПГ в ранние сроки для пациентов с тяжёлым течением, хотя оптимальный тайминг варьируется в зависимости от тяжести и организационных возможностей [2,21,8].

При злокачественных и доброкачественных обструкциях установка эндоскопических стентов (энтеро-/колоректальные, гастроэзофагеальные, билиарные) может устранить острую непроходимость и отложить или избежать экстренной операции, особенно у пациентов с высоким операционным риском [11].

Оценка клинических исходов показывает, что ранняя эндоскопия (≤ 24 ч) у пациентов с неварикозным ВЖКК связана со снижением ре-кровотечения, сокращением длины госпитализации и, в ряде серий, уменьшением смертности при условии адекватной предэндоскопической стабилизации. Однако немедленная эндоскопия (≤ 6 ч) не всегда улучшает исходы и в некоторых исследованиях оказалась нефаворитной по сравнению с «ранней» в 6–24 ч окно, особенно при отсутствии надлежащей стабилизации гемодинамики [1,7,22].

При неотложных состояниях выполнение экстренной эндоскопии сопровождается определенными рисками и осложнениями, которые включают перфорацию, аспирацию, постпроцедурные кровотечения и анестезиологические события. Риск осложнений выше у нестабильных пациентов и при выполнении высокорисковых терапевтических манипуляций. Минимизация риска достигается хорошей предэндоскопической подготовкой, квалифицированной командой и наличием анестезиологической поддержки [5,17].

Обсуждение. Анализ литературы

colorectal, gastroesophageal, biliary) can relieve acute obstruction and delay or avoid emergency surgery, especially in patients with high surgical risk [11].

Evaluation of clinical outcomes shows that early endoscopy (≤ 24 h) in patients with non-variceal IVB is associated with reduced rebleeding, shorter hospital stay, and, in some series, reduced mortality, provided adequate pre-endoscopic stabilization is achieved. However, immediate endoscopy (≤ 6 h) does not always improve outcomes and in some studies has been shown to be inferior to «early» endoscopy within 6–24 h, especially in the absence of adequate hemodynamic stabilization [1,7,22]. In emergency situations, performing emergency endoscopy carries certain risks and complications, including perforation, aspiration, postprocedural bleeding, and anesthetic events. The risk of complications is higher in unstable patients and during high-risk therapeutic procedures. Risk minimization is achieved through adequate pre-endoscopic preparation, a qualified team, and the availability of anesthetic support [5,17].

Discussion. A 2020–2025 literature review confirms that emergency endoscopy is a critical component of modern emergency care. For most clinical situations, there is evidence to support the benefit of early endoscopy (≤ 24 h) after adequate hemodynamic stabilization, while immediate endoscopy (≤ 6 h) is beneficial without prior stabilization [1,6].

Absolutely urgent indications include complete esophageal obstruction, foreign bodies in the esophagus, magnets, massive uncontrolled bleeding, and severe cholan-

2020–2025 гг. подтверждает, что экстренная эндоскопия — критически важный компонент современной неотложной помощи. Для большинства клинических ситуаций доказательна польза «ранней» эндоскопии (≤ 24 ч) после адекватной гемодинамической стабилизации, немедленная (≤ 6 ч) – без предварительной стабилизации [1,6].

Показания с абсолютной экстренностью включают полную обструкцию пищевода, инородные тела в пищеводе, магниты, массивное неконтролируемое кровотечение и тяжёлый холангит — в этих случаях отсрочка чревата повышенным риском morbidity и смертности [2–5,11, 23, 24].

В крупных центрах рекомендуется развитие 24/7-модели при наличии ресурсов, в условиях ограничений — обеспечить протоколы маршрутизации и сотрудничество с региональными центрами [4,10]. Такие мероприятия позволяют значительно улучшить как ближайшие, так и отдалённые результаты вмешательств.

Заключение. Экстренная эндоскопия — незаменимый инструмент в системе неотложной помощи при широком спектре urgentных состояний. При корректной стратификации риска, адекватной предэндоскопической стабилизации, наличии обученной команды и современного оснащения она значительно расширяет возможности малоинвазивного лечения, снижает потребность в оперативной хирургии и улучшает клинические исходы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Gralnek I.M., Stanley A.J., Morris A.J., Camus M., Lau J., Lanis A., Van Hooft J.E. Endoscopic diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage (NVUGIH): European Society of Gastrointestinal Endoscopy

gitis. In these cases, delay is associated with an increased risk of morbidity and mortality [2–5,11, 23, 24].

In large centers, the development of a 24/7 model is recommended if resources are available; in resource-constrained settings, routing protocols and collaboration with regional centers are recommended [4,10]. Such measures can significantly improve both short- and long-term outcomes.

Conclusion. Emergency endoscopy is an indispensable tool in emergency care for a wide range of urgent conditions. With proper risk stratification, adequate pre-endoscopic stabilization, a trained team, and modern equipment, it significantly expands the possibilities of minimally invasive treatment, reduces the need for surgical intervention, and improves clinical outcomes.

REFERENCES

1. Gralnek I.M., Stanley A.J., Morris A.J., Camus M., Lau J., Lanis A., Van Hooft J.E. Endoscopic diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage (NVUGIH): European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline–Update 2021. *Endoscopy*. 2021; 53(03): 300–332.
2. Sharipov G.N., Ismoilov M.M., Shaimanov A.Kh., Saidov M.S., Ismoilov E.Kh. Varicose veins of the pelvis, polycystic ovary disease and other concomitant pathology in women with tubal pregnancy. *Bulletin of the Smolensk State Medical Academy*. 2019; 18(1): 99–102.
3. Moutzoukis M., Argyriou K., Kapsoritakis A., Christodoulou D. Endoscopic luminal stenting: Current applications and future perspectives. *World Journal of Gas-*

- (ESGE) Guideline–Update 2021. Endoscopy. 2021; 53(03): 300-332.
2. Шарипов Г.Н., Исмоилов М.М., Шаймонов А.Х., Саидов М.С., Исмоилов Э.Х. Варикозная болезнь вен малого таза, поликистоз яичников и другая сопутствующая патология у женщин с трубной беременностью. Вестник Смоленской государственной медицинской академии. 2019; 18(1): 99-102.
 3. Moutzoukis M., Argyriou K., Kapsoritakis A., Christodoulou D. Endoscopic luminal stenting: Current applications and future perspectives. World Journal of Gastrointestinal Endoscopy. 2023; 15(4): 195. <https://doi.org/10.4253/wjge.v15.i4.195>.
 4. Demiroren K. Management of gastrointestinal foreign bodies with brief review of the guidelines. Pediatric Gastroenterology, Hepatology & Nutrition. 2023; 26(1): 1.
 5. Pham T.T.M., Quach D.T., Le L.T.K., Nguyen V.N.T., Chung N.M., Tran L.X., Vo C.H.M. Emergent endoscopy is associated with lower mortality in hemodynamically unstable upper GI bleeding: Single-center experience with 24/7 endoscopy services. Clinics and Research in Hepatology and Gastroenterology. 2025; 49(5): 102580.
 6. Li X.J., Fung B. M. Advancements in endoscopic hemostasis for non-variceal upper gastrointestinal bleeding. World Journal of Gastrointestinal Endoscopy. 2024; 16(7): 376.
 7. Guo C.L., Wong S.H., Lau L.H., Lui R.N., Mak J.W., Tang R.S., Sung J.J. Timing of endoscopy for acute upper gastrointestinal bleeding: a territory-wide cohort study. Gut. 2022; 71(8): 1544-1550.
 8. Kim J., Gong E.J., Seo M., Park J.K., Lee S.J., Han K.H., Seo H.I. Timing of endoscopy in patients with upper gastrointestinal bleeding. Scientific Reports. 2022; 12(1): 6833.
 9. Mukai S., Itoi T., Tsuchiya T., Ishii K., Tanaka R., Tonozuka R., Sofuni A. Urgent and emergency endoscopic retrograde cholangiopancreatography for gallstone-induced acute cholangitis and pancreatitis. Digestive Endoscopy. 2023; 35(1): 47-57.
 10. Iqbal U., Khara H. S., Hu Y., Khan M. A., Ovalle A., Siddique O., Shellenberger M.J. Gastrointestinal Endoscopy. 2023; 15(4): 195. <https://doi.org/10.4253/wjge.v15.i4.195>.
 4. Demiroren K. Management of gastrointestinal foreign bodies with brief review of the guidelines. Pediatric Gastroenterology, Hepatology & Nutrition. 2023; 26(1): 1.
 5. Pham T.T.M., Quach D.T., Le L.T.K., Nguyen V.N.T., Chung N.M., Tran L.X., Vo C.H.M. Emergent endoscopy is associated with lower mortality in hemodynamically unstable upper GI bleeding: Single-center experience with 24/7 endoscopy services. Clinics and Research in Hepatology and Gastroenterology. 2025; 49(5): 102580.
 6. Li X.J., Fung B.M. Advancements in endoscopic hemostasis for non-variceal upper gastrointestinal bleeding. World Journal of Gastrointestinal Endoscopy. 2024; 16(7): 376.
 7. Guo C.L., Wong S.H., Lau L.H., Lui R.N., Mak J.W., Tang R.S., Sung J.J. Timing of endoscopy for acute upper gastrointestinal bleeding: a territory-wide cohort study. Gut. 2022; 71(8): 1544-1550.
 8. Kim J., Gong E.J., Seo M., Park J.K., Lee S.J., Han K.H., Seo H.I. Timing of endoscopy in patients with upper gastrointestinal bleeding. Scientific Reports. 2022; 12(1): 6833.
 9. Mukai S., Itoi T., Tsuchiya T., Ishii K., Tanaka R., Tonozuka R., Sofuni A. Urgent and emergency endoscopic retrograde cholangiopancreatography for gallstone-induced acute cholangitis and pancreatitis. Digestive Endoscopy. 2023; 35(1): 47-57.
 10. Iqbal U., Khara H. S., Hu Y., Khan M. A., Ovalle A., Siddique O., Shellenberger M.J.

- 12(1): 6833.
9. Mukai S., Itoi T., Tsuchiya T., Ishii K., Tanaka R., Tonozuka R., Sofuni A. Urgent and emergency endoscopic retrograde cholangiopancreatography for gallstone-induced acute cholangitis and pancreatitis. *Digestive Endoscopy*. 2023; 35(1): 47-57.
 10. Iqbal U., Khara H. S., Hu Y., Khan M. A., Ovalle A., Siddique O., Shellenberger M.J. Emergent versus urgent ERCP in acute cholangitis: a systematic review and meta-analysis. *Gastrointestinal endoscopy*. 2020; 91(4): 753-760.
 11. Pham T.T.M., Quach D.T., Le L.T.K., Nguyen V.N.T., Chung N.M., Tran L.X., Vo C.H.M. Emergent endoscopy is associated with lower mortality in hemodynamically unstable upper GI bleeding: Single-center experience with 24/7 endoscopy services. *Clinics and Research in Hepatology and Gastroenterology*. 2025; 49(5): 102580.
 12. Weilert F., Binmoeller K.F. New Endoscopic Technologies and Procedural Advances for Endoscopic Hemostasis. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2016;14(9):1234-44. <https://doi.org/10.1016/j.cgh.2016.05.020>.
 13. Di Siena A., Melli P., Rodofile F., Rodaro C., Marino M., Castriotta L., Beorchia Y., Pedduzza A., Di Giorgio A., Cogo P. Foreign Body Ingestion in Children: A 16-year Experience. *Pediatr Gastroenterol Hepatol Nutr*. 2025;28(4):215-223. <https://doi.org/10.5223/pghn.2025.28.4.215>.
 14. Liu K., Zhang W., Gao L., Bai J., Dong X., Wang Y., Chen H., Dong J., Fang N., Han Y., Liu Z. Efficacy of hemostatic powder monotherapy versus conventional endoscopic treatment for nonvariceal GI bleeding: a meta-analysis and trial sequential analysis. *Gastrointest Endosc*. 2025;101(3):539-550.e14. doi: 10.1016/j.gie.2024.08.042.
 15. Mahmud S., et al. Endoscopic management of ingested foreign bodies in children: A tertiary center experience in Bangladesh. 2024;2(4):157-167. <https://doi.org/10.1016/j.gande.2024.04.001>
 - Emergent versus urgent ERCP in acute cholangitis: a systematic review and meta-analysis. *Gastrointestinal endoscopy*. 2020; 91(4): 753-760.
 11. Pham T.T.M., Quach D.T., Le L.T.K., Nguyen V.N.T., Chung N.M., Tran L.X., Vo C.H.M. Emergent endoscopy is associated with lower mortality in hemodynamically unstable upper GI bleeding: Single-center experience with 24/7 endoscopy services. *Clinics and Research in Hepatology and Gastroenterology*. 2025; 49(5): 102580.
 12. Weilert F., Binmoeller K.F. New Endoscopic Technologies and Procedural Advances for Endoscopic Hemostasis. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2016;14(9):1234-44. <https://doi.org/10.1016/j.cgh.2016.05.020>.
 13. Di Siena A., Melli P., Rodofile F., Rodaro C., Marino M., Castriotta L., Beorchia Y., Pedduzza A., Di Giorgio A., Cogo P. Foreign Body Ingestion in Children: A 16-year Experience. *Pediatr Gastroenterol Hepatol Nutr*. 2025;28(4):215-223. <https://doi.org/10.5223/pghn.2025.28.4.215>.
 14. Liu K., Zhang W., Gao L., Bai J., Dong X., Wang Y., Chen H., Dong J., Fang N., Han Y., Liu Z. Efficacy of hemostatic powder monotherapy versus conventional endoscopic treatment for nonvariceal GI bleeding: a meta-analysis and trial sequential analysis. *Gastrointest Endosc*. 2025;101(3):539-550.e14. doi: 10.1016/j.gie.2024.08.042.
 15. Mahmud S., et al. Endoscopic management of ingested foreign bodies in children: A tertiary center experience in Bangladesh. 2024;2(4):157-167. <https://doi.org/10.1016/j.gande.2024.04.001>

- ment of ingested foreign bodies in children: A tertiary center experience in Bangladesh. 2024;2(4):157-167. <https://doi.org/10.1016/j.gande.2024.04.001>
16. Guo C.L., Wong S.H., Lau L.H., Lui R.N., Mak J.W., Tang R.S., Sung J.J. Timing of endoscopy for acute upper gastrointestinal bleeding: a territory-wide cohort study. *Gut*. 2022; 71(8): 1544-1550.
 17. Güven İ.E., Başpınar B., Durak M.B., Yüksel İ. Comparison of urgent and early endoscopy for acute non-variceal upper gastrointestinal bleeding in high-risk patients. *Gastroenterología y Hepatología*. 2023; 46(3): 178-184.
 18. Lau J.Y.W., Yu Y., Tang R.S.Y., Chan H.C.H., Yip H.C., Chan S.M., Luk S.W.Y., Wong S.H., Lau L.H.S., Lui R.N., Chan T.T., Mak J.W.Y., Chan F.K.L., Sung J.J.Y. Timing of Endoscopy for Acute Upper Gastrointestinal Bleeding. *N Engl J Med*. 2020;382:1299 1308. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1912484>.
 19. Guo C.L.T., Wong S.H., Lau L.H.S., Lui R.N.S., Mak J.W.Y., Tang R.S.Y., Yip T.C.F., Wu W.K.K., Wong G.L.H., Chan F.K.L., Lau J.Y.W., Sung J.J.Y. Timing of endoscopy for acute upper gastrointestinal bleeding: a territory-wide cohort study. *Gut*. 2022;71(8):1544-1550. <https://doi.org/10.1136/gutjnl-2020-323054>.
 20. Mackiewicz-Pracka A., Nehring P., Przybyłkowski A. Emergency Endoscopic Interventions in Acute Upper Gastrointestinal Bleeding: A Cohort Study. *Diagnostics (Basel)*. 2023;13(23):3584. <https://doi.org/10.3390/diagnostics13233584>.
 21. Merola E., Michielan A., de Pretis G. Optimal timing of endoscopy for acute upper gastrointestinal bleeding: a systematic review and meta-analysis. *Intern Emerg Med*. 2021;16(5):1331-1340. <https://doi.org/10.1007/s11739-020-02563-1>.
 22. Aziz M., Dasari C.S., Zafar Y., Fatima R., Haghbin H., Alyousif Z.A., Tharian B. Does timing of endoscopy affect outcomes in patients with upper gastrointestinal
 16. Guo C.L., Wong S.H., Lau L.H., Lui R.N., Mak J.W., Tang R.S., Sung J.J. Timing of endoscopy for acute upper gastrointestinal bleeding: a territory-wide cohort study. *Gut*. 2022; 71(8): 1544-1550.
 17. Güven İ.E., Başpınar B., Durak M.B., Yüksel İ. Comparison of urgent and early endoscopy for acute non-variceal upper gastrointestinal bleeding in high-risk patients. *Gastroenterología y Hepatología*. 2023; 46(3): 178-184.
 18. Lau J.Y.W., Yu Y., Tang R.S.Y., Chan H.C.H., Yip H.C., Chan S.M., Luk S.W.Y., Wong S.H., Lau L.H.S., Lui R.N., Chan T.T., Mak J.W.Y., Chan F.K.L., Sung J.J.Y. Timing of Endoscopy for Acute Upper Gastrointestinal Bleeding. *N Engl J Med*. 2020;382:1299 1308. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1912484>.
 19. Guo C.L.T., Wong S.H., Lau L.H.S., Lui R.N.S., Mak J.W.Y., Tang R.S.Y., Yip T.C.F., Wu W.K.K., Wong G.L.H., Chan F.K.L., Lau J.Y.W., Sung J.J.Y. Timing of endoscopy for acute upper gastrointestinal bleeding: a territory-wide cohort study. *Gut*. 2022;71(8):1544-1550. <https://doi.org/10.1136/gutjnl-2020-323054>.
 20. Mackiewicz-Pracka A., Nehring P., Przybyłkowski A. Emergency Endoscopic Interventions in Acute Upper Gastrointestinal Bleeding: A Cohort Study. *Diagnostics (Basel)*. 2023;13(23):3584. <https://doi.org/10.3390/diagnostics13233584>.
 21. Merola E., Michielan A., de Pretis G. Optimal timing of endoscopy for acute upper gastrointestinal bleeding: a systematic review and meta-analysis. *Intern Emerg Med*. 2021;16(5):1331-1340. <https://doi.org/10.1007/s11739-020-02563-1>.
 22. Aziz M., Dasari C.S., Zafar Y., Fatima R., Haghbin H., Alyousif Z.A., Tharian B. Does timing of endoscopy affect outcomes in patients with upper gastrointestinal

- timing of endoscopy affect outcomes in patients with upper gastrointestinal bleeding: a systematic review and meta-analysis. *European journal of gastroenterology & hepatology*. 2021; 33(8): 1055-1062. <https://doi.org/10.1097/MEG.0000000000001975>.
23. Laine L., Barkun A.N., Saltzman J.R., Martel M., Leontiadis G.I. ACG Clinical Guideline: Upper Gastrointestinal and Ulcer Bleeding. *Am J Gastroenterol*. 2021 May 1;116(5):899-917. <https://doi.org/10.14309/ajg.0000000000001245>.
24. Li X.J., Fung B.M. Advancements in endoscopic hemostasis for non-variceal upper gastrointestinal bleeding. *World J Gastrointest Endosc*. 2024;16(7):376-384. <https://doi.org/10.4253/wjge.v16.i7.376>.
- bleeding: a systematic review and meta-analysis. *European journal of gastroenterology & hepatology*. 2021; 33(8): 1055-1062. <https://doi.org/10.1097/MEG.0000000000001975>.
23. Laine L., Barkun A.N., Saltzman J.R., Martel M., Leontiadis G.I. ACG Clinical Guideline: Upper Gastrointestinal and Ulcerative Bleeding. *Am J Gastroenterol*. 2021 May 1;116(5):899-917. <https://doi.org/10.14309/ajg.0000000000001245>.
24. Li X.J., Fung B.M. Advancements in endoscopic hemostasis for non-variceal upper gastrointestinal bleeding. *World J Gastrointest Endosc*. 2024;16(7):376-384. <https://doi.org/10.4253/wjge.v16.i7.376>.

ФИНАНСИРОВАНИЕ

Финансовой поддержки не было.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРЕ:

***Икромова Бунафша Мирзоалиевна** – врач эндоскопист, диагностико-консультативного отделения Городского центра экстренной и неотложной медицинской помощи, Душанбе, Таджикистан.

E-mail: Bunafshaikromova88@gmail.com

***Адрес для корреспонденции.**

FINANCING

There was no financial support.

CONFLICT OF INTERESTS

The author declares that there is no conflict of interest.

ABOUT THE AUTHOR:

***Ikromova Bunafsha Mirzoalievna** – endoscopist, diagnostic and consultative department of the City Center for Emergency and Urgent Medical Care, Dushanbe, Tajikistan.

E-mail: Bunafshaikromova88@gmail.com

***Address for correspondence.**