УДК: 616.33/.34-005.1-072.1-089.5

Уроқов Шухрат Тухтаевич – д.м.н., профессор
Хамроев Бахтиёр Султович – Ph.D., ассистент
Бухарский медицинский институт (Бухара, Узбекистан)
Бухарский филиал РНЦЭМП (Бухара, Узбекистан)

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ГЕМОСТАЗА ПРИ ОСТРЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ И ОЦЕНКА ИХ ЭФФЕКТИВНОСТИ

Резюме: *Острые гастродуоденальные кровотечения (ОГДК) являются одним из наиболее опасных и жизнеугрожающих состояний желудочно-кишечного тракта. Несмотря на развитие медицины, летальность при данной патологии остаётся высокой. Основными причинами являются пептические язвы, эрозии и стресс-язвы. Эндоскопический гемостаз в настоящее время считается «золотым стандартом» остановки кровотечения, однако в ряде случаев эффективность традиционных методов ограничена, что приводит к рецидивам.*

Ключевые слова: *острые гастродуоденальные кровотечения, эндоскопический гемостаз, инъекционный метод, механический метод, термический метод, рецидив, эффективность.*

Уроқов Шухрат Тухтаевич – т.ф.д., профессор
Хамроев Бахтиёр Султович – Ph.D., ассистент
Бухоро давлат тиббиёт институти (Тошкент, Ўзбекистон)
РШТЁИМ Бухоро филиали (Тошкент, Ўзбекистон)

ЎТКИР ГАСТРОДУОДЕНАЛ ҚОН КЕТИШЛАРДА ЭНДОСКОПИК ГЕМОСТАЗ УСУЛЛАРИНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ ВА САМАРАДОРЛИГИНИ БАҲОЛАШ

Резюме: *Ўткир гастродуоденал қон кетишлар (ЎГДҚК) ошқозон-ичак трактининг энг хавфли ва ҳаёт учун таҳдид солувчи ҳолатларидан бири ҳисобланади. Ушбу патологияда ўлим кўрсаткичи ҳали ҳам юқори бўлиб, касалланишнинг асосий сабаблари пептик яралар, эрозиялар ва стресс-язвалардир. Қон кетишни тўхтатишда эндоскопик гемостаз усуллари замонавий клиник амалиётда "алтын стандарт" ҳисобланади. Бироқ айрим ҳолларда мавжуд усуллар самарасиз бўлиб, рецидив қон кетишлар рўй бериши мумкин.*

Калит сўзлар: *ўткир гастродуоденал қон кетиш, эндоскопик гемостаз, инъекцион усул, механик усул, термик усул, рецидив, самарадорлик.*

Urokov Shukhrat Tukhtayevich – D.M.Sc., professor
Khamroev Bakhtiyor Sultovich – Ph.D., assistant
Bukhara Medical Institute (Tashkent, Uzbekistan)
Bukhara branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care (Tashkent, Uzbekistan)

IMPROVEMENT OF ENDOSCOPIC HEMOSTASIS METHODS IN ACUTE GASTRODUODENAL BLEEDING AND EVALUATION OF THEIR EFFECTIVENESS

Abstract: *Acute gastroduodenal bleeding (AGDB) remains one of the most dangerous and life-threatening conditions of the gastrointestinal tract. Despite advances in medical care, mortality rates for this pathology remain high. The main causes include peptic ulcers, erosions, and stress-related ulcers. Endoscopic hemostasis is currently considered the "gold standard" for controlling bleeding; however, in some cases, the effectiveness of conventional methods is limited, leading to rebleeding.*

Keywords: *acute gastroduodenal bleeding, endoscopic hemostasis, injection method, mechanical method, thermal method, rebleeding, effectiveness.*

Актуальность исследования. При язвенной этиологии гастродуоденальных кровотечений актуальной проблемой является определение показаний к оперативному лечению, сроков его проведения и объема операции [2, 4].

До настоящего времени не существует единого, общепринятого метода лечения гастродуоденальных кровотечений язвенного генеза. Сторонники активной хирургической тактики считают, что при желудочно-дуоденальных

язвах с кровотечением, в случаях, когда другие методы лечения оцениваются как неэффективные, необходимо прибегать к экстренному оперативному вмешательству. При этом следует отметить, что среди оперированных пациентов нередко встречаются лица, которые могли бы быть успешно пролечены консервативными методами. Все сторонники активного хирургического подхода исходят из необходимости не допустить массивного или рецидивного кровотечения, что позволяет спасти жизнь пациента [2, 6, 8].

Аргументами сторонников оперативного вмешательства служат: высокий риск повторного (рецидивного) кровотечения, значительное увеличение летальности при отсроченных операциях, а также необходимость устранения кровотечения до развития гипоксических изменений в печени, сердце, почках и других органах [Горбашко А.И., 1980, 1989; Мазурик М.Ф. и др., 1989; Bender J.S. et al., 1994; Mueller X. et al., 1994]. Такой подход обусловлен отсутствием универсального, надежного и индивидуально обоснованного метода лечения, который учитывал бы состояние пациента, тяжесть осложнений и прогноз заболевания [4, 5, 7].

Существующая клинико-эндоскопическая система прогнозирования риска кровотечения и его рецидива при гастродуоденальных кровотечениях позволяет выбрать наиболее рациональную хирургическую тактику и, таким образом, снизить смертность от данного осложнения. Однако во многих случаях при прогнозировании рецидива кровотечения не учитывается состояние системы гемостаза. В литературе достаточно подробно описаны патофизиологические изменения, особенно со стороны системы гемостаза, возникающие при постгеморрагическом шоке или массивной кровопотере, которые повышают риск повторного кровотечения [1, 3, 5].

В настоящее время гистологически доказано, что Helicobacter pylori вызывает гастрит и дуоденит, а также участвует в патогенезе язвенной болезни [Wyatt J.I., 1989]. По данным некоторых авторов, эрадикация Helicobacter pylori способствует снижению частоты кровотечений и их рецидивов при язвенной болезни [Jaspersen D., Koerner T. et al., 1995]. Однако при осложнении язвенной болезни кровотечением, в остром периоде заболевания, сведений о влиянии эрадикационной терапии на скорость рубцевания язвенного дефекта и состояние слизистой оболочки гастродуоденальной зоны недостаточно [3, 8, 9].

В классической хирургической школе широко известна формулировка А.И. Горбашко: *«Есть источник кровотечения — нужна операция — пациент выздоровеет»*. Однако на сегодняшний день этот подход претерпел значительную трансформацию, что связано с развитием эндоскопических технологий и совершенствованием консервативных методов лечения [2, 4, 7, 8].

В клинической практике всё чаще наблюдается интеграция различных тактических подходов. Эндоскописты и терапевты, являясь сторонниками консервативной терапии, в ряде случаев вынуждены прибегать к хирургическому вмешательству, тогда как хирурги нередко применяют консервативные методы для стабилизации состояния пациента. Такой синтез объясняется отсутствием универсального, абсолютно надёжного алгоритма диагностики и лечения, позволяющего с высокой точностью оценить тяжесть состояния, объём кровопотери и риск осложнений у каждого конкретного пациента [11, 14].

Особые трудности возникают в условиях первичного звена здравоохранения или в неспециализированных стационарах, особенно при невозможности своевременной транспортировки в специализированный центр. В этих случаях ответственность за проведение экстренной помощи, включая гемостатическую терапию и инфузионно-трансфузионные мероприятия, ложится на врача, первым принявшего пациента. От оперативности и правильности его действий во многом зависит исход заболевания [10, 12, 13].

Несмотря на интенсивное развитие инструментальной диагностики, расширение возможностей как консервативных, так и хирургических методов лечения, а также значительные достижения анестезиологии и реаниматологии, уровень летальности при острых гастродуоденальных кровотечениях остаётся стабильно высоким на протяжении последних лет. По данным различных авторов, он составляет 5–14% [11, 13,15].

Мировая клиническая практика показывает, что стремление отдать предпочтение исключительно одному виду лечения в большинстве случаев не приводит к успеху. Сторонники консервативной терапии нередко вынуждены прибегать к хирургическим вмешательствам, тогда как даже наиболее убеждённые приверженцы оперативных методов не могут решить проблему без применения консервативных лечебных мероприятий [14,15, 16].

Подобная ситуация при выборе тактики лечения во многом обусловлена отсутствием надёжной, стандартизированной и одновременно индивидуализированной диагностической методики, позволяющей объективно оценить состояние пациента, а также тяжесть имеющихся или потенциально возможных жизнеугрожающих осложнений для обоснованного выбора оптимального метода терапии [3, 5, 16, 17].

Кроме того, до настоящего времени отсутствует единое мнение по вопросам прогноза вероятности и сроков повторного кровотечения, а

также не определены чёткие показания для проведения профилактических эндоскопических исследований у данной категории пациентов [7, 17].

Цель исследования: Совершенствование методов эндоскопического гемостаза при острых гастродуоденальных кровотечениях и оценка их клинической эффективности. Для достижения поставленной цели проведено сравнительное исследование инъекционных методов (адреналин, склерозанты), механических методов (гемоклипсы, бэндлигирование) и термических методов (диатермокоагуляция, аргоноплазменная коагуляция), а также, в отдельных случаях, их комбинированного применения.

Материал и методы:

Научная работа основана на ретроспективном анализе наблюдений и анамнеза 510 пациентов, лечившихся в 2007–2014 годах в отделениях неотложной хирургии РШТЁИМ БФ по поводу осложнённых желудочных и дуоденальных язв, сопровождавшихся кровотечением.

В исследование были включены пациенты с достоверными клиническими и эндоскопическими признаками кровотечения из хронических язв желудка и двенадцатиперстной кишки. Случаи, в которых источник кровотечения не был установлен, исключались из анализа.

По результатам исследования установлено, что в 60,5% случаев основной причиной кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта являлось язвенное поражение желудка и двенадцатиперстной кишки. У оставшихся 39,5% пациентов отмечены неязвенные источники кровотечения. Всем пациентам после эндоскопического подтверждения факта кровотечения рекомендовалась госпитализация в условиях отделения неотложной хирургии. Однако часть из них (19,6%), в основном с лёгкой кровопотерей и недостаточно осознававшие серьёзность ситуации, отказались от стационарного лечения.

В 2016–2024 годах средний возраст госпитализированных пациентов составил у мужчин 47,1 ± 0,66 года (минимум — 18 лет, максимум — 88 лет), у женщин — 56,9 ± 0,72 года (минимум — 16 лет, максимум — 85 лет). У 394 из 510 пациентов (77,3%) источником кровотечения оказалась хроническая язва двенадцатиперстной кишки. Хроническая язва желудка выявлена в 47 случаях (9,3%), сочетание язв желудка и двенадцатиперстной кишки — в 21 случае (4,2%), суббульбарные язвы — в 18 случаях (3,5%), пептическая язва гастроэнтероанастомоза — в 30 случаях (5,8%) (таблица 1).

Таблица 1.

Распределение пациентов по локализации язв

Локализация язвы	Количество случаев	%
Хроническая язва двенадцатиперстной кишки	394	77,3 %
Хроническая язва желудка	47	9,3 %
Комбинация язв желудка и ДПК	21	4,2 %
Суббульбарные язвы	18	3,5 %
Пептическая язва гастроэнтероанастомоза	30	5,8 %
Всего	510	100%

У 204 из 510 пациентов (40%) были выявлены сопутствующие соматические заболевания. Из них у 110 пациентов (21,6%) имелось одно сопутствующее заболевание, у 53 пациентов (10,4%) — два, а у 39 пациентов (7,7%) — три и более сопутствующих заболеваний. Наиболее распространёнными оказались гипертоническая болезнь (97 случаев, 19%) и ишемическая болезнь сердца/постинфарктный кардиосклероз (51 случай, 10%), их сочетание встречалось у значительного числа пациентов (таблица 2).

Таблица 2.

Сопутствующие заболевания у пациентов с язвенным гастродуоденальным кровотечением

Сопутствующее заболевание	Количество пациентов (N)	%
ИБС, постинфарктный кардиосклероз	51	10
Гипертоническая болезнь	97	19
Сахарный диабет	5	1
Заболевания почек	5	1
Заболевания дыхательной системы (ХОБЛ, хронический бронхит)	36	7
Заболевания печени (гепатит, гепатоз)	10	2
Всего	204	40

При поступлении в клинику общее состояние пациентов и степень кровопотери оценивались по классификации А. И. Горбашко (1986). Согласно анализу, 121 пациент (23,8%) был госпитализирован в лёгком состоянии, 294 пациента (57,6%) — в состоянии средней тяжести и 95 пациентов (18,6%) — в тяжёлом состоянии (таблица 3).

Таблица 3.

Распределение пациентов по степени тяжести кровотечения

Состояние пациента при поступлении	N	%
Удовлетворительное (лёгкая степень)	121	23,8
Средней тяжести	294	57,6
Тяжёлое	95	18,6
Всего	510	100

ФЭГДС выполнялась с использованием эндоскопического оборудования GIF-E (Olympus, Япония). В ходе исследования оценивались: состояние пищевода и пищеводно-желудочного перехода; содержимое желудка (наличие крови, «сгустки»); наличие кровяных пятен на слизистой оболочке; состояние слизистой и степень её поражения; изменения в желудке и двенадцатиперстной кишке (синдром Маллори–Вейсса, проходимость пилорического сфинктера, эрозивно-геморрагический дуоденит, острые и хронические язвы ДПК). Особое внимание уделялось локализации и размеру язв.

Во время ФЭГДС источник кровотечения и стабильность гемостаза оценивались в соответствии с классификацией J.A. Forrest и соавторов (1974). Согласно данной классификации, выделяются следующие категории:

Продолжающееся кровотечение:

- Ia — артериальное, фонтанирующее;
- Ib — венозное, просачивающееся;
- Ic — капиллярное, каплеобразное.

Состояния остановившегося кровотечения:

- IIa — в кратере язвы определяется колышущийся тромб тёмного цвета;
- IIb — в кратере язвы плотный бурый тромб;
- IIc — признаки эпителизации язвы;
- III — признаков кровотечения не выявлено.

На основании полученных данных для каждого пациента определялась индивидуальная тактика лечения. С целью остановки кровотечения эндоскопическим методом или усиления гемостаза применялись следующие методы:

- монополярная диатермокоагуляция,
- эндоскопическое наложение шва,
- клипирование,
- инъекция раствора адреналина (1:10 000),
- введение спиртового раствора.

Монополярная диатермокоагуляция выполнялась с использованием аппарата «ЭФА-0201» (Россия) и установки ЭХВЧ-200-01. Для проведения данной процедуры применялись зонды Olympus CD-3U, оснащённые каналом для промывания источника кровотечения, а также оборудование Söring ARCO-3000.

Для инъекционного гемостаза использовались следующие инжекторы:

- «Olympus» MAJ-70 и NM-4L-1,
- «Wilson Cook» VIN-25,
- «Ворсма» И-145.

Инъекции выполнялись в 2–6 точках непосредственно в область источника кровотечения. Спиртовой раствор, разведённый аминокапроновой кислотой в соотношении 1:3–1:4, вводился через эндоскоп с помощью фторопластикового катетера. Монополярная диатермокоагуляция осуществлялась по направлению от периферии кровоточащего сосуда к его центру.

У 120 пациентов с язвенным гастродуоденальным кровотечением было изучено состояние системы гемостаза. Коагуляционный, антикоагулянтный и фибринолитический звенья, а также состояние тромбоцитарного компонента распределялись следующим образом:

- лёгкая кровопотеря — у 30 (21,4%) пациентов,
- средняя кровопотеря — у 30 (21,4%) пациентов,
- тяжёлая кровопотеря — у 48 (34,3%) пациентов,
- крайне тяжёлая кровопотеря — у 12 (22,9%) пациентов.

В качестве контроля анализировались показатели крови здоровых лиц.

В постгеморрагическом периоде, с целью минимизации влияния трансфузии факторов коагуляции на систему гемостаза, при лёгкой и средней степени кровопотери пациентам назначались только кристаллоидные растворы и гемостатическая терапия.

- При тяжёлой кровопотере 30 пациентам (62,5%) переливалось не более 300 мл свежезамороженной плазмы.
- У оставшихся 18 пациентов (37,5%) с тяжёлой кровопотерей и у 11 пациентов в крайне тяжёлом состоянии были выявлены лабораторные признаки ДВС-синдрома; объём перелитой плазмы у них превышал 1000 мл.

Лабораторные показатели: протромбиновое время (с расчётом МНО) [Дугина Т.Н., 2004], активность антитромбина III [Abildgaard U. et al., 1970], растворимые фибрин-мономерные комплексы [А.П. Момот и соавт., 1996], АЧТВ, тромбиновое время [Иванов Э.П., 1991], D-димеры и ПДФ (методом латекс-агглютинации) [Папаян Л.П., Князева Э.С., 2002], фибринолитическая активность крови [Котовщиков М.А., 1971; Рутберг Р.А., 1961], количество тромбоцитов и скрининг тромбоцитарного звена [Шитикова А.С. и соавт., 1997]. Исследования выполнялись с использованием реагентов НПО «РЕНАМ» (Москва) и «Diagnostica Stago/Roche Diagnostics» (Франция).

Рентгенологические исследования проводились на аппарате Duodiagnost (Philips, Германия) с применением электронно-оптического преобразователя изображения. Для выявления *Helicobacter pylori* использовался метод ПЦР. Дополнительно исследовались анти-HP IgG антитела и CagA IgG антитела. Всего обследовано 95 пациентов: у 85 из них выявлена язва двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК), у 10 — язва желудка (ЯБЖ). Во всех случаях диагноз был подтверждён при госпитализации с помощью ЭФГДС.

Для анализа брали около 7,5 мл крови. Сыворотка, отделённая от крови, до исследования хранилась при температуре –20 °C. Anti-*H. pylori* и anti-CagA IgG антитела определялись методом ELISA (E-plate Eiken *H. pylori* antibody, Eiken Chemical Company, Ltd., Токио, Япония; CagA IgG EIA kit, Radim SpA, Рим, Италия). Результаты ≥10,0 единиц считались серопозитивными.

Пациенты с язвенным гастродуоденальным кровотечением поступали в отделение экстренной медицинской помощи хирургической клиники в различные сроки от начала заболевания (таблица 4).

В течение первых 6 часов обратились 31 пациент (12%), в интервале 6–12 часов — 33 (13%), в 12–24 часа — 18 (7,1%), в течение 1–3 суток — 77 (30%), в течение 3–7 суток — 84 (33%), позднее 7 суток — 12 пациентов (5%).

Таблица 4.

Сроки обращения пациентов с язвенным гастродуоденальным кровотечением в стационар

Срок обращения	Основная группа (n=235)		Контрольная группа (n=275)	
	abs.	%	abs.	%
В первые 6 часов	23	10,0	38	14,0
6–12 часов	34	14,3	32	11,7
12–24 часа	15	6,5	21	7,7
1–3 суток	71	30,0	83	30,0
3–7 суток	79	33,5	89	32,3
Более 7 суток	13	5,7	12	4,3
Всего	235	100	275	100

Согласно анамнезу язвенной болезни и клиническим проявлениям, у 69 (13,5%) пациентов язвенный анамнез составлял до 1 года, у 53 (10,4%) — до 5 лет, а у 154 (30,1%) — более 5 лет.Следует отметить, что примерно у половины пациентов — в 234 (45,9%) случаях язвенный анамнез желудка или двенадцатиперстной кишки отсутствовал. В то же время у 73 (14,4%) пациентов в анамнезе было зафиксировано язвенное кровотечение. Ранее 30 (5,8%) пациентов перенесли хирургические вмешательства по поводу язвы желудка и её осложнений.

При поступлении у 215 (42,2%) пациентов наблюдался болевой синдром. У 18 (3,5%) пациентов отмечалась рвота с алой кровью, у 301 (59,1%) — рвота по типу «кофейной гущи». У 441 пациента (86,5%) была выявлена мелена (чёрный стул). У 2/3 больных наблюдались жалобы на слабость и головокружение.

У 243 (47,6%) пациентов имелись сопутствующие хронические заболевания, из которых у 148 наиболее часто встречались заболевания сердечно-сосудистой системы.

У пациентов с язвенным кровотечением (ЯК) активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ) было удлинено в среднем на 22,7%, а у больных с осложнённым язвенным кровотечением (ОЯК) — на 28,1%. Показатели протромбинового времени (ПВ), оцененные по международному нормализованному отношению (МНО), увеличивались у всех пациентов с язвенным кровотечением независимо от локализации язвенного дефекта: при язве желудка — на 19,63%, при язве двенадцатиперстной кишки — на 24,3%.

У больных с язвой двенадцатиперстной кишки наблюдалась прямая корреляционная зависимость между протромбиновым временем (ПТВ) и лейкоцитарным индексом интоксикации (ЛИИ) (r=+0,26), что свидетельствует о влиянии воспалительного процесса на систему коагуляции. Кроме того, в этой группе пациентов на фоне инфекции *H. pylori* выявлена прямая зависимость между уровнем миелопероксидазы (МПО) и титром анти-HP антител (r=+0,36).

У пациентов с неосложнённой язвой желудка и двенадцатиперстной кишки отмечалось

среднее повышение уровня растворимых фибрин-мономерных комплексов в 2,2 раза. Этот факт указывает на высокую активацию коагуляционной и фибринолитической систем, а также на развитие потреблённой коагулопатии.

Продукты деградации фибрина оказывали влияние на все звенья гемостаза, вызывая снижение гемокоагуляционных свойств крови, что имеет существенное клиническое значение.

Все пациенты имели рассчитанный шоковый индекс по методу Алговери–Бурри (1967). В результате обследования выявлено:

- Шок I степени — у 148 пациентов (28,9%),
- Шок II степени — у 107 пациентов (21%),
- Шок III степени — у 92 пациентов (18,1%).

Кроме того, у 163 пациентов (32%) признаки шока не были выявлены (рис. 1).

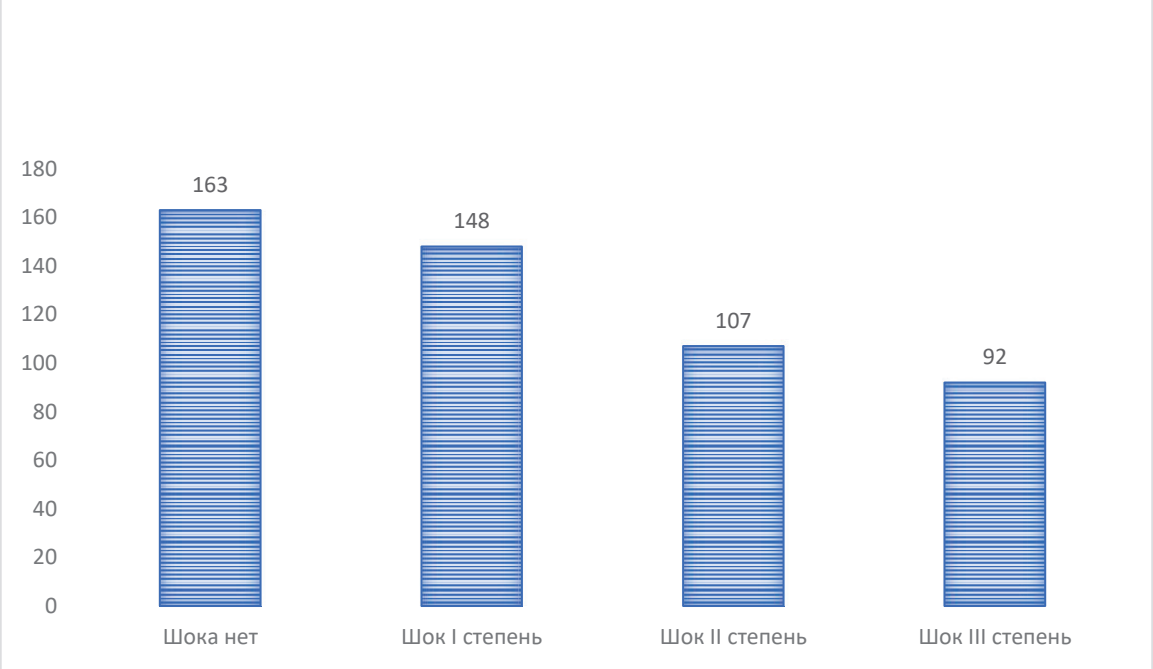


Рис. 1. **Распределение пациентов в зависимости от степени шока**

Тяжесть шока не всегда полностью соответствовала объему кровопотери. Так, даже при легкой кровопотере у более чем 44% пациентов отмечалось повышение индекса шока. При этом шок I степени наблюдался у 32% больных, а II степени – у 12%.

У большинства пациентов с выраженной кровопотерей преобладали состояния II и III степени шока.

Решение проблемы кровотечения из язвы в первую очередь связано со степенью устойчивости гемостаза. Рецидивное кровотечение может рассматриваться как признак продолжающихся деструктивных изменений в тканях язвы. Однако данные критерии клинически до настоящего времени не получили окончательного подтверждения.

В связи с этим нами были проведены специальные исследования у 45 пациентов по определению в плазме крови продуктов обмена соединительной ткани слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки. Эти показатели могут использоваться как критерии оценки стадии деструкции или рубцевания язвенного процесса.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что комбинированный эндоскопический гемостаз обладает значительными преимуществами в быстром остановлении кровотечения, снижении числа рецидивов и сокращении сроков госпитализации. Новая тактика позволила уменьшить количество осложнений и снизить показатели летальности.

Вывод: Применение АИТ (активной инфузионной терапии) при кровотечениях из гастродуоденальных язв с учетом эндоскопических признаков активности по классификации Forrest и объективной оценки состояния пациентов улучшило непосредственные результаты хирургического лечения и позволило снизить количество послеоперационных осложнений с 21% до 11%, летальность — с 3,8% и 6,7% до 1,2% и 4,3%, а также частоту рецидивных кровотечений — с 8,1% до 4,4%. Использование АВТ (активной внутрижелудочной терапии) оказалось не только неэффективным, но и сопряжено с высокой летальностью, что связано с поздней диагностикой рецидивного кровотечения.

Факторами риска развития кровотечения у пациентов с язвой желудка и двенадцатиперстной кишки являлись: мужской пол, возраст старше 40 лет, проживание в городе, длительный анамнез язвенной болезни (более 5 лет), сопутствующая патология сердечно-сосудистой системы и органов пищеварения, хроническая алкогольная интоксикация, применение нестероидных противовоспалительных препаратов и наличие в анамнезе гастродуоденальных кровотечений.

Кроме того, язвы желудка чаще локализовались на передней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки (47,7%) и в теле желудка (23%). В большинстве случаев (67%) диаметр язв не превышал 1 см. При легкой кровопотере у более чем 40% пациентов отмечалось повышение индекса шока.

ЛИТЕРАТУРА

1. Королев М.П. Лечебная тактика при кровоточащих острых гастродуоденальных язвах и синдроме Маллори-Вейса // Вестн.хир. 1997.- № 3. - С. 38-39.

2. Пиманов С.И.. Эзофагит, гастрит, язвенная болезнь. Н.Новгород, 2000, 377 с.

3. Поташов А.В., Морозов В.П., Савранский В.М., Кудреватых И.П. и др. Прогнозирование развития кровотечений из язв двенадцатиперстной кишки // Хирургия. 1998. № 7. - С. 4-6.

4. Пономарев А.А., Курыгин А.А. Редкие неопухолевые хирургические заболевания пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки. Медицина, 1987. Глава 3. С. 232. М.:

5. Стойко Ю.М., Куригин А.А., Мусинов И.М. Ваготомия в лечении острых изъязвлений желудка, осложненных тяжелым кровотечением //Вестн. хир. - 2001. - Т. 160, № 3. - С. 25-29.

6. Тимен Л.Я., Зерцингер А.Г., Щигалова С.Б., Трубицина И.Е., Чикунова Б.З., Сидоренко Т.П., Стоногин С.В. Геморрагический шок. Новая концепция эндоскопического гемостаза и перспективы неоперативного лечения гастродуоденальных кровотечений, осложненных геморрагическим шоком // Экспер, и клин, гастроэнтерол. 2002.- Т.133, № 4. - С. 66-71.

7. Саламов А.С. Тактика лечения гастродуоденальных кровотечений у больных пожилого возраста // Актуальные вопросы абдоминальной хирургии: Материалы науч.-практ. конф. Ташкент, 2004. - С. 186-187.

8. Albillos A., Lledo J.L., Rossi 1. Continuous prazosin administration in cirrhotic patients: effects on portal hemodynamics and on liver and renal function // Gastroenterology. 1995. Vol. 109.-P. 1257-1265.

9. Berenholtz S: Management of upper gastrointestinal hemorrhage. Resident Reporter 1999; 4: 112-118

2. Королев М.П., Ореховская С.В., Петров В.Ю., Филиппов А.В. Диагностика и лечение синдрома Дьелафуа // Вестн. хир. 1996. Т. 155, № 6. С. 26-27.

3. Курыгин А.А., Баранчук В.Н. Принципы лечения острых желудочно-кишечных кровотечений. СПб, 1992. - 57 с.

4. Лапина Т.Л.. Лечение эрозивно-язвенных поражений желудка и Двенадцатиперстной кишки. РМЖ, том 9, № 13-14, 2001.

5. Михайлов А. П., Данилов А. М., Напалков А. Н., Шульгин В. Л. Острые язвы и эрозии пищеварительного тракта: Уч. пособие. СПб, 2004.-96 с.

6. Осинов В. В. Значение факторов риска в развитии осложнений и определение лечебной тактики при язвенной болезни желудка: Автореф дис....канд. мед. наук.- М., 1996. - 28 с.

7. Панцирев Ю.М., Сидоренко В.И., Чернякевич Е.А., Федоров Е.А.. Бабков И.В. Наш опыт хирургического лечения дуоденальной язвы //Тезисы докладов 8-го Всероссийского съезда хирургов. Краснодар, 1995.-С. 210-213.

8. Панцырев Ю.М., Федоров Е.Д., Тимофеев М.Е., Михалев А.И. Эндоскопическое лечение кровотечений, обусловленных синдромом Меллори-Вейса // Хирургия. 2003. № 10. - С. 35-40.

9. Петров В.П., Ерюхин И.А., Шемякин И.С. Кровотечения при заболеваниях пищеварительного тракта. М.: Медицина, 1987. – 256 с.