

© БОГДАНОВИЧ А.В., ШИЛЕНКО В.Н., ЗЕЛЬДИН Э.Я., 2016

СТРУКТУРА И ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

БОГДАНОВИЧ А.В., ШИЛЕНКО В.Н., ЗЕЛЬДИН Э.Я.

УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет», г. Витебск, Республика Беларусь

Вестник ВГМУ. – 2016. – Том 15, №3. – С. 40-46.

STRUCTURE AND TACTICS OF THE TREATMENT OF BLEEDINGS FROM THE UPPER PARTS OF THE GASTROINTESTINAL TRACT

BOGDANOVICH A.V., SHILENOK V.N., ZELDIN E.Y.

Educational Establishment «Vitebsk State Order of Peoples' Friendship Medical University», Vitebsk, Republic of Belarus

Vestnik VGMU. 2016;15(3):40-46.

Резюме.

Цель исследования – изучить структуру кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта, провести анализ диагностической и лечебной тактики.

Материал и методы. Изучены результаты диагностики и лечения 1548 пациентов с гастродуоденальными кровотечениями, поступивших за период с 2009 по 2014 год в хирургические отделения Витебской городской больницы скорой медицинской помощи. Кровотечения язвенной этиологии отмечены у 1127 (72,8%), синдром Меллори-Вейсса у 260 (16,8%), эрозивно-геморрагический гастродуоденит и синдром Дъелафуа у 45 (2,9%), варикозное расширение вен эзофаго-кардиальной зоны на фоне портальной гипертензии у 116 (7,5%) пациентов.

Результаты. Лечение пациентов с продолжающимися язвенными кровотечениями начиналось с эндоскопического гемостаза. При безуспешности эндоскопического гемостаза и рецидиве профузного кровотечения проводили экстренные операции по абсолютным показаниям. При синдроме Меллори-Вейсса стойкий эндоскопический гемостаз достигнут у 72 (92,3%), рецидив кровотечения отмечен у 5 (6,4%) пациентов. При синдроме Дъелафуа у 8 пациентов эндоскопический гемостаз оказался неэффективен. При кровотечениях из варикозно расширенных вен пищевода и желудка на фоне портальной гипертензии лечебная тактика была консервативной с использованием для остановки кровотечения зонда Блэкмора.

Заключение. В структуре кровотечений из верхних отделов ЖКТ наиболее часто встречаются язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. Эндоскопический гемостаз эффективен при язвенных кровотечениях и синдроме Меллори-Вейсса, менее эффективен в случаях кровотечения из варикозного расширения вен, ангиодисплазии Дъелафуа.

Ключевые слова: кровотечение, язва, эндоскопический гемостаз, синдром Меллори-Вейсса, Дъелафуа.

Abstract.

Objectives. To study the structure of bleedings from the upper parts of the gastrointestinal tract, to make an analysis of the diagnostic and therapeutic tactics.

Material and methods. The results of the diagnosis and treatment of 1548 patients with gastroduodenal bleedings admitted to the surgical department of the Vitebsk Town Acute Hospital over the period from 2009 to 2014 were studied. Peptic etiology bleedings were observed in 1127 (72,8%), Mallory-Weiss syndrome in 260 (16,8%), erosive and hemorrhagic gastroduodenitis and Delafua syndrome in 45 (2,9%), varicose veins of the esophagocardial zone on the background of portal hypertension in 116 (7,5%) patients.

Results. Treatment of patients with continuing ulcer bleedings began with endoscopic hemostasis. When endoscopic hemostasis was ineffective and there was a recurrence of profuse bleeding emergency surgery was performed on absolute grounds. Stable endoscopic hemostasis was achieved in 72 (92,3%) patients in Mallory-Weiss syndrome,

the recurrence of bleeding was observed in 5 (6,4%) cases. In 8 patients with Delafua syndrome endoscopic hemostasis was ineffective. In case of bleeding from esophageal and gastric varicose veins on the background of portal hypertension the treatment strategy was conservative with the use of Blackmore's probe.

Conclusions. In the structure of bleedings from the upper parts of the gastrointestinal tract gastric and duodenal ulcers occur most frequently. Endoscopic hemostasis is effective for bleeding ulcers and in Mallory-Weiss syndrome, it is less effective in case of bleeding from varicose veins, Delafua angiodysplasia.

Key words: bleeding, ulcer, endoscopic hemostasis, Mallory-Weiss syndrome, Delafua syndrome.

Проблема гастродуоденальных кровотечений остаётся на сегодняшний день одной из наиболее актуальных в медицине [1]. В 70-х годах прошлого столетия среди гастродуоденальных кровотечений (ГДК) доминировали язвенные – до 60-75% [2, 3]. Однако в последние годы появились сообщения о снижении частоты язвенного кровотечения в структуре всех ГДК [4]. Этот факт обусловлен успехами фармакологии в лечении язвенной болезни, увеличением числа пациентов с острыми язвами и эрозиями, обусловленными широким применением ulcerогенных лекарственных средств.

Несмотря на внедрение в практику новых хирургических, эндоскопических и медикаментозных методов лечения, летальность в странах Западной Европы колеблется от 5 до 15%, а в группе пациентов с тяжелым рецидивирующим кровотечением достигает 30-40% [5]. В США ежегодное количество госпитализаций по поводу кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта составляет от 36 до 102 пациентов на 100 тысяч населения [6].

За последние годы частота возникновения гастродуоденальных кровотечений в Республике Беларусь значительно выросла. Рост числа пациентов с язвенными гастродуоденальными кровотечениями объясняется особенностями течения язвенной болезни. Клиническая практика свидетельствует о том, что у пациентов язвенной болезнью процессы заживления язвы, ее рецидива и обострения многократно сезонно повторяются. Так, в ближайшие 1–5 лет после медикаментозного лечения рецидивы язвенной болезни отмечаются у 90% пациентов [7]. Внедрение современных эндоскопических методов исследования позволило снизить долю кровотечений неустановленной этиологии с 20–25% до 1–3%, а также диагностировать другие редкие источники кровотечений.

В настоящее время в хирургии язвенной болезни, осложненной гастродуоденальными кровотечениями, различают активную и активно-выжидательную тактику. Внедрение в клиническую практику современной эндоскопической техники, позволяющей проводить остановку кровотечения из аррозированных сосудов в дне язвы, появление новых поколений противоязвенных, кислотоснижающих и гемостатических средств, совершенствование методов консервативного лечения язвенной болезни склоняют чашу весов в пользу активно-выжидательной тактики [8]. Однако среди основных причин летальных исходов при желудочно-кишечном кровотечении, далеко не последнее место занимает запоздалое решение о необходимости операции [9].

Таким образом, в диагностике и лечебной тактике при кровотечениях из верхних отделов желудочно-кишечного тракта существуют спорные и нерешенные вопросы.

Цель исследования – изучить структуру кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта, провести анализ диагностической и лечебной тактики.

Материал и методы

Изучены результаты диагностики и лечения 1548 пациентов с гастродуоденальными кровотечениями, поступивших за период с 2009 по 2014 год в хирургические отделения Витебской городской больницы скорой медицинской помощи. Кровотечения язвенной этиологии отмечены у 1127 (72,8%), синдром Меллори-Вейсса у 260 (16,8%), эрозивно-геморрагический гастродуоденит у 30 (1,9%), синдром Дъелафуа у 15 (1%) и варикозное расширение вен эзофаго-кардиальной зоны на фоне портальной гипертензии у 116 (7,5%) пациентов.

Результаты и обсуждение

Среди поступивших 1037 (67%) мужчин и 511 (33%) женщин. Все поступившие обследованы в соответствии с протоколами Министерства здравоохранения Республики Беларусь. При поступлении пациента с желудочно-кишечным кровотечением необходимо ответить на следующие вопросы:

1. Что является источником кровотечения, его размеры, локализация.
2. Продолжается кровотечение или нет.
3. Определить тяжесть перенесенной кровопотери.

Ответить на эти вопросы можно только после тщательно собранного анамнеза, изучения клинической картины заболевания и оценки результатов вспомогательных методов исследования.

Основным методом диагностики кровотечений из верхнего отдела желудочно-кишечного тракта является эндоскопическая визуализация места кровотечения при фиброгастродуоденоскопии. Широкое распространение получила классификация язвенных кровотечений по Форресту [10].

Эндоскопическая классификация язвенных кровотечений по Форресту:

F Ia – продолжающееся струйное кровотечение;

F Ib – продолжающееся капиллярное, в виде диффузного просачивания, кровотечения;

F IIa – видимый крупный тромбированный сосуд;

F IIb – плотно фиксированный к язвенному кратеру тромб-сгусток;

F IIc – мелкие тромбированные сосуды в виде окрашенных пятен;

F III – отсутствие стигм кровотечения в язвенном кратере.

При продолжающемся кровотечении проводится эндоскопическая остановка кровотечения. Диагностика в условиях неотложной хирургии часто осложнена тем, что пациенты поступают неподготовленные, поэтому часто приходится проводить промывание желудка и повторно выполнять ФГДС.

Для определения дефицита объема жидкости (крови), циркулирующей в сосудистом русле, использовали шоковый индекс Алговера. В норме этот показатель составляет 0,5. По-

тери объема циркулирующей жидкости до 30% повышают шоковый индекс до 1, при этом показатели ЧСС и систолического АД около 100. При выраженной картине шока (ЧСС - 120 в 1 мин и систолическое АД - около 80 мм.рт. ст.) показатель шокового индекса повышается до 1,5, что свидетельствует об опасности для жизни больного. Шоковый индекс, равный 2 (ЧСС - 140 в 1 мин, систолическое АД - 70 мм.рт. ст.), соответствует уменьшению объема циркулирующей жидкости на 70%.

Степень тяжести кровопотери определялась на основе клинико-лабораторных критериев:

1 степень - легкая: объем кровопотери - около 500 мл; дефицит ОЦК - менее 15%; пульс - до 100 уд/мин; систолическое АД - более 100 мм рт. ст.; гемоглобин - более 100 г/л, гематокрит более 40%; число эритроцитов - более 3,5 млн/мл.

2 степень - средней тяжести: объем кровопотери - до 1000 мл; дефицит ОЦК - 15-25%; пульс - 100-120 уд/мин; систолическое АД - 90-100 мм рт. ст.; гемоглобин - 80-100 г/л, гематокрит - 30-40%, число эритроцитов 2-3,5 млн/мл.

3 степень - тяжелая: объем кровопотери - более 1500 мл; дефицит ОЦК - более 25%; пульс - более 120 уд/мин; систолическое АД - менее 90 мм рт. ст.; гемоглобин - менее 80 г/л, гематокрит - менее 30%, число эритроцитов менее 2 млн/мл.

Язвы желудка, осложненные кровотечением, обнаружены у 596 (52,8%), язвы двенадцатиперстной кишки, осложненные кровотечением, - у 531 (47,2%) пациента. У 501 (44,5%) язвы острые, у 626 (55,5%) - хронические.

Легкая степень кровопотери выявлена у 776 (69%), средняя - у 210 (18,6%), тяжелая у 141 (12,4%).

Острые язвы чаще всего носили медикаментозный и «стрессовый» характер. В анамнезе 182 (36%) пациента отмечали прием медикаментов (нестероидных противовоспалительных препаратов, кортикостероидов). Особенностью течения таких язв является отсутствие болевого синдрома и склонность к кровотечениям, что объясняется анальгезирующим и антикоагулянтным действием нестероидных противовоспалительных препаратов. 152 (30%) пациента имели тяжелую сопутствующую патологию (ишемическая болезнь серд-

ца, атеросклероз, почечная недостаточность, сахарный диабет и др.), у 167 (34%) пациентов причину образования острых язв выявить не удалось.

Лечение пациентов с продолжающимися язвенными кровотечениями проводилось путем инъекционно-инфильтрационного эндоскопического гемостаза (в подслизистое пространство рядом с источником кровотечения при помощи инъектора, проведенного через канал эндоскопа, вводится смесь 0,18% раствора адреналина и 3% раствора NaCl) у 277 пациентов (79%), клипирование сосуда – у 73 (21%). Всем пациентам проводилась комплексная терапия: строгий постельный режим, диета Мейленграхта, антифибринолитическая, гемостатическая, противоязвенная (ингибиторы протонной помпы, блокаторы H_2 -гистаминовых рецепторов), инфузионная терапия. При средней и тяжелой кровопотере проводили переливание эритроцитарной массы, свежезамороженной плазмы. При остановившихся кровотечениях с целью профилактики рецидива проводили инъекционно-инфильтрационный гемостаз с последующей противоязвенной терапией. При безуспешности эндоскопического гемостаза и рецидиве профузного кровотечения проводили экстренные операции по абсолютным показаниям. Оперированы 80 (7%) пациентов. Умерли 2 (2,5%).

Среди неязвенных кровотечений у 260 (16,8%) пациентов источником геморрагии был синдром Меллори-Вейсса (СМВ). По Международной статистической классификации болезней (МКБ10) официальное название СМВ звучит как «Желудочно-пищеводный разрывно-геморрагический синдром». СМВ чаще проявлялся выраженным кровотечением из продольных разрывов различной глубины стенки абдоминального отдела пищевода, пищеводно-кардиального перехода и кардиального тела желудка [11]. При эндоскопическом исследовании выявлено, что у 191 (73,4%) разрывы были одиночные, а у 69 (26,6%) множественные.

Частый прием алкогольных напитков приводит к эрозивному эзофагиту и атрофии пищевода и желудка, часто провоцирует рвоту. Длительная алкогольная интоксикация отмечена у 168 (64,6%) пациентов. У одного из пациентов причиной возникновения СМВ

был упорный кашель, еще у трех разрыв возник при попытке искусственного вызывания рвоты.

Легкая степень кровопотери выявлена у 182 (70%), средняя – у 56 (21,5%), тяжелая у 22 (8,5%). Однако, несмотря на значительное падение количества эритроцитов и гемоглобина, клинически коллаптоидное состояние отмечено только у трех пациентов.

У пациентов с синдромом Меллори-Вейсса трещины локализовывались в зоне абдоминального отдела пищевода у 55 человек (21%), в зоне пищевод-желудок – у 114 (44%), желудок – 91 (35%). По классификации Н. Bellman, В. Wohlgemut (1974) разрыв I степени (ограничен слизистой оболочкой) отмечен у 48 (18,5%), II степени (разрыв слизистой и подслизистого слоев) – у 208 (80%), III степени (разрыв стенки органа вплоть до мышечно-серозного слоя) – у 4 (1,5%).

Продолжающееся кровотечение имело место у 78 (30%) пациентов, у остальных пациентов на момент осмотра кровотечение остановилось. При продолжающихся кровотечениях использовали эндоскопические методы гемостаза – инъекционно-инфильтрационный гемостаз, у двух пациентов гемостаз был достигнут методом клипирования сосуда. При наличии признаков состоявшегося кровотечения проводили эндоскопическую профилактику рецидива кровотечения (инъекционно-инфильтрационный метод, орошение поверхности трещины гемостатическими препаратами). Стойкий эндоскопический гемостаз достигнут у 72 (92,3%). Рецидив кровотечения отмечен у 5 (6,4%) в сроки от 1 до 24-30 часов. Повторный эндоскопический гемостаз был эффективен у 4 пациентов. Оперированы два пациента: у одного вследствие неудавшегося эндоскопического гемостаза, у второго – вследствие рецидива массивного кровотечения через 24 часа после эндоскопического гемостаза.

После эндоскопического гемостаза проводили консервативное лечение. Контроль гемостаза проводили через 8-10 часов и перед выпиской пациента из стационара.

Умерли два пациента, летальность была связана с наличием конкурирующих заболеваний (декомпенсированная сердечно-сосудистая недостаточность, цирроз печени с портальной гипертензией).

Ангиодисплазия Дъелафуа представляет собой аневризмы мелких артерий подслизистого слоя желудка. Для этого заболевания характерно поражение проксимального отдела желудка с локализацией язвы на задней стенке по малой кривизне. Макроскопически язва представляет собой эрозированную артерию в виде кратера вулкана с обесцвеченным участком слизистой оболочки в центре и неизменной по цвету слизистой оболочкой вокруг него (иногда с наличием фонтаника артериальной крови на высоте кровотечения). В типичных случаях отмечается внезапное начало без всяких предвестников. Отличительной чертой этого заболевания является рецидивирующее течение. Эндоскопически и интраоперационно диагностирована у 11 (0,8%), а у четверых подтверждена морфологически. Кровотечения плохо поддавались эндоскопическому инъекционно-инфильтрационному гемостазу. Эффект отсутствовал у 8 пациентов, в связи с чем они были оперированы. Выполнены гастротомия и прошивание изъязвлений, рецидив кровотечения возник у двух. У одного из них произведена гастрэктомия с благоприятным исходом, второй умер.

Эрозивный гастрит был причиной кровотечения у 30 (1,9%) пациентов. При эндоскопическом исследовании выявлялись поверхностные повреждения слизистой диаметром до 1 см. По этиологическому признаку у 15 (50%) пациентов выявлена алкогольная интоксикация, прием нестероидных противовоспалительных препаратов у 9 (30%) пациентов, у 6 (20%) – ИБС, почечная недостаточность, сахарный диабет. Консервативное лечение включало гемостатическую, противоязвенную терапию. В 3 случаях при тяжелой степени кровопотери понадобилось переливание эритроцитарной массы.

Кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода и желудка на фоне портальной гипертензии отмечалось у 116 пациентов (7,5%). Причиной портальной гипертензии был цирроз печени, при этом наблюдалось расширение вен нижней трети пищевода с переходом на кардиальный отдел желудка 2-3 стадии по классификации Европейского общества гастроинтестинальной эндоскопии.

Лечебная тактика была консервативной с использованием для остановки кровотечения

зонда Блэкмора. С целью предупреждения образования пролежней на слизистой оболочке пищевода зонд держали в раздутom состоянии не более 8-10 часов с последующим контролем гемостаза. В случае рецидива кровотечения баллоны повторно раздували. В последующем для профилактики рецидива 87 пациентам (75%) произведено эндовенозное склерозирование этоксисклеролом.

Кровотечения усугубляют тяжесть печеночно-клеточной недостаточности при циррозе печени. У больных циррозом печени в стадии декомпенсации тампонада кровоточащих вен пищеводным зондом-обтуратором в сочетании с инфузионной терапией единственная надежда на гемостаз, т.к. оперативное вмешательство для них оказывается, как правило, непереносимым, а эндоскопическое лигирование или склерозирование сопровождается большим процентом осложнений. Поэтому сроки пребывания зонда в пищеводе у таких пациентов иногда продлевали до 2-3 сут. Летальность при этих кровотечениях составила 30%.

Заключение

1. В структуре кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта наиболее часто встречаются язвы желудка и двенадцатиперстной кишки (72,8%). Среди язвенных кровотечений преобладает синдром Меллори-Вейсса, что составляет 16,8% от всех гастродуоденальных кровотечений.

2. Эндоскопический гемостаз эффективен у 93% пациентов с язвенными кровотечениями и в 99% при синдроме Меллори-Вейсса.

3. При ангиодисплазии Дъелафуа предпочтительна активная тактика, так как эндоскопический гемостаз эффективен лишь у 46,7% пациентов.

Литература

1. Тактика хирургического лечения больных пожилого и старческого возраста с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением / А. И. Чернооков [и др.] // *Анналы хирургии*. – 2010. – № 1. – С. 12–16.
2. Скрипниченко, Д. Ф. Неотложная хирургия брюшной полости / Д. Ф. Скрипниченко. – 2-е изд. – Киев : Здоров'я, 1970. – 400 с.
3. Хирургическое лечение язвенных гастродуоденаль-

ных кровотечений / В. Н. Шиленок [и др.] // Декабрьские чтения по неотложной хирургии : сб. тр. – Минск, 1997. – Т. 2. – С. 125–128.

4. Неотложная абдоминальная хирургия : справ. пособие для врачей / А. А. Гринберг [и др.] ; под ред. А. А. Гринберга. – М., Триада-Х, 2010. – 496 с.
5. Зыблев, С. Л. Применение антиоксидантов при остром гастродуоденальном язвенном кровотечении / С. Л. Зыблев, З. А. Дундаров // Новости хирургии. – 2014. – Т. 22, № 2. – С. 155–163.
6. Тактика лечения больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями / Н. В. Лебедев [и др.] // Вестн. хирургии им. Грекова. – 2007. – Т. 166, № 4. – С. 76–79.
7. Афендулов, С. А. Тактика ведения больных с состоявшимся кровотечением из пилородуоденальной язвы / С. А. Афендулов, Г. Ю. Журавлев // XI съезд хирургов Российской Федерации, 25–27 мая 2011 г.

: материалы съезда. – Волгоград : Изд-во ВолгМУ, 2011. – С. 646–647.

8. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки: выбор тактики при кровотечении / Г. К. Жерлов [и др.] // Бюл. сибир. медицины. – 2006. – № 1. – С. 76–80.
9. Кровоточащая язва двенадцатиперстной кишки: тактика при ненадежном гемостазе / Г. Л. Ратнер [и др.] // Хирургия. – 1999. – № 6. – С. 23–24.
10. Predictive clinical factors of visible vessel in bleeding peptic ulcer / F. Fuster [et al.] // Endoscopy. – 1987. – Vol. 19, N 1. – P. 11–13.
11. Синдром Меллори-Вейса и эрозивно-геморрагический гастрит как причина острых кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта / П. В. Гарелик [и др.] // Журн. Гродн. мед. ун-та. – 2009. – Т. 26, № 2. – С. 206–209.

Поступила 07.04.2016 г.

Принята в печать 16.06.2016 г.

References

1. Chernookov AI, Naumov BA, Kotaev AYU, Silchuk ES, Belykh EN. Taktika khirurgicheskogo lecheniia bol'nykh pozhilogo i starcheskogo vozrasta s iazvennoi bolezniu zheludka i dvenadtsatiperstnoi kishki, oslozhnennoi krvotocheniem [Tactics of surgical treatment of patients of advanced and senile age with the peptic ulcer of a stomach and a duodenum complicated by bleeding]. Annaly khirurgii. 2010;(1):12-6.
2. Skripnichenko DF. Neotlozhnaia khirurgiia briushnoi polosti [Urgent surgery of an abdominal cavity]. 2-e izd. Kiev, Ukraine: Zdorov'ia; 1970. 400 p.
3. Shilenok VN, Zeldin EN, Bogdanovich VB, Kulazhenko ANN. Khirurgicheskoe lechenie iazvennykh gastroduodenal'nykh krvotachenii [Surgical treatment of ulcerative gastroduodenal bleedings]. V: Dekabr'skie chteniia po neotlozhnoi khirurgii: sb tr. Minsk, RB; 1997. T 2. P. 125-8.
4. Grinberg AA, Abakumov MM, Bogdanov AE, Gridchik IE, Grinberg AA, red. Neotlozhnaia abdominal'naia khirurgiia [Urgent abdominal surgery]: sprav posobie dlia vrachei. Moskva, RF: Triada-X; 2010. 496 p.
5. Zyblev SL, Dundarov ZA. Primenenie antioksidantov pri ostrom gastroduodenal'nom iazvennom krvotachenii [Use of antioxidants at acute gastroduodenal ulcerative bleeding]. Novosti Khirurgii. 2014;22(2):155-63.
6. Lebedev NV, Klimov AE, Barkhudarova TV, Malkarov MA. Taktika lecheniia bol'nykh s iazvennymi gastroduodenal'nymi krvotacheniiami [Tactics of

treatment of patients with ulcerative gastroduodenal bleedings]. Vestn Khirurgii im Grekova. 2007;166(4):76-9.

7. Afendulov SA, Zhuravlev GYu. Taktika vedeniia bol'nykh s sostoiavshimsia krvotacheniem iz piloroduodenal'noi iazvy [Tactics of maintaining patients with the taken place bleeding from a piloroduodenal ulcer]. V: KhI s'ezd khirurgov Rossiiskoi Federatsii, 25–27 maia 2011 g: materialy s'ezda. Volgograd, RF: Izd-vo VolgMU; 2011. P. 646-7.
8. Zherlov GK, Koshel AP, Vorobyev VM, Ermolaev YuD. Iazvennaia bolezni' zheludka i dvenadtsatiperstnoi kishki: vybor taktiki pri krvotachenii [Peptic ulcer of a stomach and duodenum: the choice of tactics at bleeding]. Biul Sibir Meditsiny. 2006;(1):76-80.
9. Ratner GL, Koryttsev VK, Afanasenko VP, Katkov SA. Krovotochashchaia iazva dvenadtsatiperstnoi kishki: taktika pri nenadezhnom gemostaze [The bleeding duodenum ulcer: tactics at an unreliable hemostasis]. Khirurgiia. 1999;(6):23-4.
10. Fuster F, Piqué JM, Terés J, Bordas JM, Perez RM, Rodés J. Predictive clinical factors of visible vessel in bleeding peptic ulcer. Endoscopy. 1987 Jan;19(1):11-3.
11. Garelik PV, Polynskiy AA, Dubrovshchik OI, Marmysh GG, Dovnar IS, Tsilindz IT i dr. Sindrom Mellori-Weisa i erozivno-gemorragicheskii gastrit kak prichina ostrykh krvotachenii iz verkhnikh otelov zheludochno-kishechnogo trakta [Mellori-Weiss's syndrome and erosive and hemorrhagic gastritis as the reason of acute bleedings from upper parts of a digestive tract]. Zhurn Grodn Med Un-ta. 2009;26(2):206-9.

Submitted 07.04.2016

Accepted 16.06.2016

Сведения об авторах:

Богданович А.В. – к.м.н., доцент кафедры факультетской хирургии УО «Витебский государственный орден Дружбы народов медицинский университет»;

Шиленок В.Н. – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой факультетской хирургии УО «Витебский государственный орден Дружбы народов медицинский университет»;

Зельдин Э.Я. – к.м.н., доцент кафедры факультетской хирургии УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет».

Information about authors:

Bogdanovich A.V. – Candidate of Medical Sciences, associate professor of the Chair of Faculty Surgery, Educational Establishment «Vitebsk State Order of Peoples' Friendship Medical University»;

Shilenok V.N. – Doctor of Medical Sciences, professor, head of the Chair of Faculty Surgery, Educational Establishment «Vitebsk State Order of Peoples' Friendship Medical University»;

Zeldin E.Y. – Candidate of Medical Sciences, associate professor of the Chair of Faculty Surgery, Educational Establishment «Vitebsk State Order of Peoples' Friendship Medical University».

Адрес для корреспонденции: Республика Беларусь, 210023, г. Витебск, пр. Фрунзе, 27, УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет», кафедра факультетской хирургии. E-mail: a.v.bogdanovich@gmail.com – Богданович Алексей Викторович.

Correspondence address: Republic of Belarus, 210023, Vitebsk, 27 Frunze ave., Educational Establishment «Vitebsk State Order of Peoples' Friendship Medical University», Chair of Faculty Surgery. E-mail: a.v.bogdanovich@gmail.com – Bogdanovich A.V.