

- 2008). San Francisco. October 31 — November 4, 2008. — Abstr. 1860.
30. Kwo P., Lawitz E., McCone J. et al. // Program and abstracts of the 59th Annual Meeting of the AASLD; October 31 — November 4, 2008; San Francisco, California. — Abstr. LB16.
31. McHutchison J. G., Shiffman M., Terrault N. et al. // 59th Annual Meeting of the American Association for the Study of Liver Diseases (AASLD 2008). San Francisco, October 31 — November 4, 2008. — Abstr. 269.
32. Millazo L. et al. // Am. J. Gastroenterol. — 2006. — Vol. 101. — P. 399—402.
33. Zhu H., Liu C. // Virology. — 2003. — Vol. 77. — P. 5493—5498.
34. Dillon J. // J. Viral Hepatit. — 2004. — Vol. 11 (suppl. 1). — P. 23—97.
35. McHutchison J. G., Manns M. P., Muir A. et al. // N. Engl. J. Med. — 2010. — Vol. 362. — P. 1292—303.
36. Rwo P., Lawitz E. J., McCone J. et al. // Hepatology. — 2008. — Vol. 48 (suppl. 1). — Abstr. 1027A.
37. Manns M. P., Gane E., Rodriguez-Torres M. et al. // Hepatology. — 2009. — Vol. 50 (suppl. 1). — P. S384.
38. Forestier N., Zeuzem S., Larrey D. et al. // Hepatology. — 2008. — Vol. 48. — Abstr. A1847.
39. Schaefer C. J., Kossen K., Lim S. R. // Hepatology. — 2010. — Vol. 52 (suppl. 1). — P. S415.
40. Manns M., Reesink H., Moreno C. et al. // Hepatology. — 2009. — Vol. 50 (suppl. 1). — P. S7.
41. Sulkowski M. S., Ferenci P., Emanoil Q. et al. // Program and abstracts of the 60th Annual Meeting of the American Association for the Study of Liver Diseases; October 30 — November 3, 2009; Boston, Massachusetts. — Abstr. LB3.
42. Manns M. P., Bourliere M., Benhamou Y. et al. // Hepatology. — 2008. — Vol. 48. — Abstr. A1882.
43. Manns M. P., Bourliere M., Benhamou Y. et al. // Hepatology. — 2008. — Vol. 48. — Abstr. A1882.
44. Reddy R., Rodriguez-Torres M., Gane E. et al. // Hepatology. — 2007. — Vol. 46 (suppl.). — Abstr. 862—863A.
45. Gane E. J., Rodriguez-Torres M., Nelson D. E. et al. // Hepatology. — 2010. — Vol. 52 (suppl. 1). — P. S16.
46. Gane E. J., Roberts S. K., Stedman C. et al. // Hepatology. — 2009. — Vol. 50 (suppl. 1). — P. S380.
47. Flisiak R., Horban A., Gallay P. et al. // Hepatology. — 2008. — Vol. 47, № 3. — P. 817-826.

Поступила 21.11.11

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2012

УДК 616.33-005.1-002.44-085.273.5-036.8

В. П. Сажин^{2*}, С. В. Грыженко¹, И. В. Сажин, Д. Е. Климов, В. М. Савельев

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОГО ГЕМОСТАЗА ПРИ ЯЗВЕННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

¹Кафедра хирургии и ОВП с курсом эндохирургии ФПДО Рязанского государственного медицинского университета им. И. П. Павлова;

²РНИМУ им. Н. И. Пирогова; ³Новомосковская городская клиническая больница

*Сажин Александр Вячеславович, д-р мед. наук, проф., зав. каф. общей хирургии педиатрического ф-та 117997, Москва, ул. Островитянова, д. 1

В последние годы появляется все больше работ, посвященных новым разработкам для выполнения гемостаза при острых язвенных гастродуоденальных кровотечениях (ЯГДК). Этому способствовало внедрение в клиническую практику эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС), новых малоинвазивных технологий, которые позволяли в 93—98% случаев эндоскопически устанавливать источник кровотечения, определять его характер и активность [23, 36, 38, 74].

Язвенная болезнь желудка (ЯБЖ) и двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК) сохраняет лидирующие позиции в структуре заболеваний желудочно-кишечного тракта и в целом выявляется примерно у 10% населения [42, 80]. По мнению большинства отечественных и зарубежных авторов, наиболее частыми причинами острых кровотечений из верхних отделов пищеварительного тракта являются гастродуоденальные язвы (ГДЯ), составляющие в общей структуре кровотечений 30—60%, с преимущественной локализацией язвы в ДПК [39, 43, 73].

В большинстве работ отечественных и зарубежных авторов при оценке активности ЯГДК используется классификация по Forrest, которая предусматривает учет эндоскопических признаков кровотечения [15, 36, 55, 74, 76, 79].

Кровотечение язвенной этиологии — самое грозное осложнение ЯБЖ и ЯБДПК, которое наблюдается у 13—25% лиц с язвенной болезнью и является одной из главных причин летальности, колеблющейся от 10 до 13% [6, 9, 31, 41].

Благодаря внедрению в повседневную практику современных методик эндоскопического гемостаза (ЭГ) удалось добиться улучшения результатов. Лечебная эндоскопия показала высокую эффективность при этапном и многократном воздействии на язву после остановки кро-

вотечения [2] для ускорения заживления. При отсутствии эффекта такого воздействия является поводом для обоснования показаний к операции [20, 25, 44, 45, 54, 57].

В настоящее время большинство клиницистов применяют комбинированные способы остановки кровотечения, включающие общие лечебные, гемостатические меры и местную гемостатическую терапию [72, 78]. Вопрос повышения эффективности остановки кровотечения, помимо общепринятых методов гемостатической терапии, заключается в поиске оптимального сочетания эндоскопических и лапароскопических методик, обеспечивающих надежный гемостаз и профилактику рецидива кровотечения [16, 35]. Высокий эффект ЭГ при ЯГДК позволяет применять его в сочетании с комплексной противоязвенной терапией [10, 52].

Отдельный метод или комбинацию методов для конкретного больного выбирают главным образом в соответствии с характеристиками источника кровотечения [16]. Подбор методов ЭГ в первую очередь зависит от их клинической результативности, а при равенстве этого показателя — от соотношения эффективности с простотой выполнения, безопасностью и доступностью [35, 67].

Лечебная эндоскопия при ЯГДК позволяет осуществить временный гемостаз у 96—98% больных, продолжить гемостатическую терапию и адекватно подготовить больных к оперативному вмешательству [25, 32, 37].

Для воздействия через эндоскоп на источник кровотечения с целью достижения гемостаза и профилактики рецидива кровотечения (РК) в настоящее время применяются термическая коагуляция током высокой частоты, лазерным излучением, аргонно-плазменная и тепловая коагуляция; инъекционные методы с введением склерозирующих и сосудосуживающих растворов, клеевых ком-

понентов; орошение пленкообразующими веществами, клеем, спиртовыми растворами; механическое клипирование или лигирование сосудов [1, 4, 7, 14, 26, 51, 78].

Диатермокоагуляция (моно-, биполярная) — наиболее универсальный, проверенный временем и эффективный способ эндоскопической остановки и профилактики кровотечения [17, 52].

Ряд авторов считают целесообразным применение диатермокоагуляции (гидротермокоагуляции) при ЯГДК в комбинации с орошением, подслизистыми инъекциями абсолютного или 70° этанола по краям язвенных дефектов [11, 52].

Чтобы коагуляционный струп лучше удерживался после диатермокоагуляции и не растворялся пищеварительными соками, прибегают к эффективному методу орошения коагулируемой поверхности пленкообразующими препаратами (лифузол, статизоль, клей МК-6). На месте бывшего фиброза разрастается грануляционная ткань. Таким образом, комбинированный метод является не только эффективным способом остановки кровотечения, но и лечения язв и эрозий. При активных кровотечениях (по классификации Forrest I a,b), когда источник кровотечения плохо визуализируется, практикуется введение вазоконстрикторов с последующей комбинацией вышеуказанных методов. Эффективность гемостаза при этом составляет 97,7% [52, 64].

Сочетание диатермокоагуляции с обработкой изъязвленной поверхности "Капрофером" способствует остановке кровотечения в тех случаях, когда применение каждого из этих методов в отдельности неэффективно. Этот метод может применяться в двух вариантах. При использовании первого из них кровоточащий сосуд или рыхлый сгусток сначала орошают "Капрофером", затем производится коагуляция [18]. Второй вариант предусматривает коагуляцию тканей, окружающих кровоточащий сосуд, до обработки "Капрофером". При этом снижение интенсивности кровотечения за счет сдавления сосуда коагулированными тканями создает условия для более эффективного воздействия "Капрофера" [18, 21].

М. П. Королев и соавт. (1999) считают лазерную фотокоагуляцию обнадеживающим способом гемостаза, эффективность которого составляет 95—97% [12]. По данным ряда авторов, остановка кровотечения лазерной коагуляцией достигается в 91—94% случаев [41, 77].

Для остановки и профилактики ЯГДК эффективным методом ЭГ является аргоно-плазменная коагуляция. Благодаря этому методу при активных ЯГДК остановить кровотечение удавалось у 95,2—97,3% больных, рецидив кровотечения возникал в 12,2—15% случаев [19, 69].

Пленкообразующие аэрозольные препараты и биологический клей для эндоскопической остановки гастроудуоденальных кровотечений отечественные исследователи применяют с середины 70-х годов прошлого столетия. К ним относятся лифузол-К, гастрозоль (статизоль), клей МК-6, МК-7, МК-8 [28]. Клиническое применение этого метода у больных с кровотечениями из острых и хронических язв дало положительный гемостатический эффект в 94—95% случаев [48].

Ю. А. Пархисенко (2002) приводит результаты струйного клеевого гемостаза клеем МК-8, при этом эффективность временного гемостаза составила 95,6% [27].

Воздействие гемостатическими и сосудосуживающими препаратами (хлорид кальция, тромбин, фибриноген, аминокaproновая кислота, адреналин, мезатон и пр.) путем прицельного орошения источника гастроудуоденального кровотечения является наиболее простым и общедоступным способом лечения, поэтому в настоящее время его применяют многие исследователи [34, 37].

А. Н. Лищенко (2002) представляет результаты эффективного использования ЭГ при капиллярных ЯГДК мето-

дом орошения источника кровотечения "Капрофером" в разведении с аминокaproновой кислотой, который обладает выраженными гемостатическими свойствами. При массивном язвенном кровотечении дополнительно применяют электрокоагуляцию вокруг язвы с последующим нанесением на зону коагуляции пленкообразующих препаратов — статизоля, лифузоля [21].

Инъекционные методы гемостаза широко используются в клинической практике [5, 17, 62]. Большинство авторов отмечают, что инъекционные методы превосходят остальные по таким показателям, как портативность, транспортабельность и стоимость, не уступая им в эффективности [24, 71].

Цель инъекционного способа — вызвать тромбоз, ишемию и последующее склерозирование тканей в центре источника кровотечения посредством химического, медикаментозного и механического воздействий. В регионарной зоне этот метод ведет к образованию временного подслизистого депо, дающего "эффект жгута" на центростремительный кровоток. Последовательность инъекционного гемостаза (ИГ) играет важную роль в достижении его эффективности: гемостаз начинается с инфильтрации выбранного раствора в центр, а затем по краям язвы. После этого поочередно могут вводиться аскорбиновая и аминокaproновая кислота, а при язвах ДПК — смесь новокаина, адреналина и аскорбиновой кислоты по способу "ползущего инфильтрата". Окончательный гемостаз по такой методике достигается в 95,2% случаев [33].

Д. Г. Сордия (2002) сообщает об эффективном применении комбинированного ИГ адреналином и этанолом при интенсивных гастроудуоденальных кровотечениях. Первичный гемостаз был эффективен в 100% случаев. Рецидив кровотечения развился у 19,5% больных. После повторного гемостаза из-за высокой вероятности рецидива у 10% больных выполнено оперативное вмешательство [30].

N. I. Church (2000) характеризует ИГ при ЯГДК как эффективный метод остановки кровотечения и профилактики его рецидивов [52]. По мнению автора, хорошие результаты получены в результате применения адреналина. Его использование в комбинации со склерозантами не подтверждает каких-либо преимуществ, наоборот, появляется риск серьезных побочных эффектов склеротерапии. Эффективны при остановке язвенного кровотечения инъекции фибринового клея, тромбина [47, 69]. Хорошие результаты при активном кровотечении и профилактике рецидива дают такие способы гемостаза, как электро- и термокоагуляция и их комбинированное применение с инъекционными методами [49, 52, 59].

В. П. Введенский (2002) и другие авторы считают, что оптимизировать процесс лечения осложненных кровотечением дуоденальных язв позволяют методы местного эндоскопического воздействия путем инъекций в зону кровотечения растворов адреналина и этилового спирта, эндоскопической медикаментозной денервации тела желудка инъекциями 40% спиртоновокаинового раствора, дробного субмукозного введения актовегина. Таким образом удается добиться окончательного гемостаза и активизировать заживление язв [3, 71].

К введению склерозирующих препаратов при ЯГДК прибегают в клинической практике нечасто [61]. Даже небольшие дозы склерозантов могут приводить к распространению некроза до подслизисто-мышечного слоя. Поэтому W. Scharnke и соавт. (1997) рекомендует проводить комбинированный ИГ эпинефрином с фибриновым клеем, который оказался эффективным при ЯГДК в 86% случаев. Рецидив кровотечения возник в 14% случаев, что потребовало оперативного лечения [75].

Механические методы гемостаза, такие как эндоскопическое лигирование (ЭЛ) и клипирование, привлекают все более пристальное внимание специалистов. Их ис-

пользование для остановки и профилактики кровотечения, если судить по достигнутому результату, позволило вплотную приблизить ЭГ к открытому хирургическому ушиванию источника кровотечения [35, 50, 67].

По данным S. P. Misra и соавт. (2005), С. Н. Park и соавт. (2004), ЭЛ выполнено при кровотечениях из пептических язв после неудачной инъекционной терапии. Авторы считают ЭЛ эффективным и безопасным способом гемостаза при пептических язвах [65, 70].

При кровотечениях из хронических и каллезных язв применение ЭЛ для эндоскопического гемостаза является не столь эффективным [35]. Эндоскопическое клипирование позволяет остановить кровотечение у 85% больных, частота рецидива кровотечения составляет 1,8—37% [53, 56, 63]. I. K. Chung и соавт. (1999, 2000), сравнивая результаты эндоклипирования, инъекций эпинефрина и их комбинаций, установили, что клипирование при активном и состоявшемся кровотечении из пептических язв является самым надежным методом его остановки (95,1%), а в комбинации с инъекциями эпинефрина не обеспечивает существенные преимущества — 95,2% [50]. Рецидив кровотечения чаще возникал у больных при остановке активного кровотечения: после клипирования у 15%, после инъекций этанола у 29% больных [51, 66, 68].

М. П. Королев и соавт. (2006) при выполнении эндоскопического клипирования у больных с хроническими дефектами рекомендуют дополнять клипирование диатермокоагуляцией проксимальных отрезков клипс и обкалыванием дефекта раствором адреналина. Надежного гемостаза удалось добиться в 93% случаев при эндоскопическом клипировании в комбинации с инъекционным и коагулирующим способами или орошением "Капрофером" [13].

И. В. Московченко и соавт. (2002) предлагают комбинированный ЭГ при больших каллезных язвах желудка и ДПК. При одновременном выполнении гастроскопии и лапароскопии производится освещение эндоскопом стенки органа, благодаря чему устанавливается источник кровотечения. При помощи лапароскопа со стороны брюшной полости определяется место язвенного дефекта и аррозированных сосудов. Затем с двух сторон производится ушивание иглами кровоточащего сосуда. Сочетание эндоскопического подхода и механического лигирования позволяет достичь эффективного гемостаза и избежать операцию при ЯГДК [22].

J. L. Bouillot и соавт. (1996), R. G. Karanfilian и соавт. (1996) применили комбинированный метод остановки кровотечения из язв Дьелафуа после неэффективного ЭГ. Особенность методики заключалась в проведении лапароскопической клиновидной резекции участка с источником кровотечения (через три троакара) под интраоперационным гастроскопическим контролем [46, 58].

Возможности и основные принципы внутрижелудочных вмешательств — лапароскопическая внутрижелудочная (внутрипросветная) хирургия "Laparoscopic intragastric surgery" — были сформулированы на IV Всемирном конгрессе эндоскопических хирургов в 1994 г. Применение данной методики позволило удалять подслизистые опухоли желудка, останавливать язвенное желудочное кровотечение [8, 60].

С. И. Емельянов и соавт. (1996) разработали в эксперименте концепцию лапароскопического внутрижелудочного вмешательства при желудочных кровотечениях. Особенность методики состоит в комбинированном применении лапароскопической и эндоскопической технологий. При лапароскопии проводится множественная чрескожная пункционная гастротомия, а при интраоперационной гастроскопии выполняются все гемостатические манипуляции в просвете желудка [8].

В 2005 г. нами разработаны способы комбинированной эндоскопической и лапароскопической остановки

кровотечения при ЯБЖ. Данный способ предусматривает прошивание язвы желудка при помощи лапароскопии с одновременной интраоперационной фиброгастроскопией [29].

Таким образом, активный поиск методов комбинированного гемостаза при ЯГДК является одним из путей улучшения непосредственных и отдаленных результатов лечения. К наиболее перспективным разработкам следует отнести комбинации малоинвазивных и инъекционных методов гемостаза при острых ЯГДК.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бокерия Л. А., Ярустовский М. Б., Шипова Е. А. Острые гастродуоденальные кровотечения в сердечно-сосудистой хирургии. — М., 2004.
2. Борисов А. Е., Кубачев К. Г., Солоницын Е. Г. и др. // *Вестн. хир.* — 2008. — № 6. — С. 18—21.
3. Введенский В. П. // Сборник тезисов 6-го Московского международного конгресса по эндоскопической хирургии. — М., 2002. — С. 78—79.
4. Виокуров М. М., Капитонова М. А. // *Хирургия.* — 2008. — № 2. — С. 33—36.
5. Галлингер Ю. И., Годжелло Э. А., Хрусталева М. В. // Сборник тезисов 7-го Московского международного конгресса по эндоскопической хирургии. — М., 2003. — С. 97—99.
6. Гостищев В. К., Евсеев М. А. Гастродуоденальные кровотечения язвенной этиологии (патогенез, диагностика, лечение). — М., 2008.
7. Григорьев П. Я., Щеглов А. А., Крапивин Б. В. Профилактика рецидивов кровотечения при эрозивно-язвенных поражениях из верхних отделов пищеварительного тракта: Метод. указания. — М., 2002.
8. Емельянов С. И., Писаревский Г. Н., Ходос Г. В. и др. // *Эндоскоп. хир.* — 1996. — № 1. — С. 13—16.
9. Жерлов Г. К., Кошель А. П., Гибадуллин Н. В. // *Вестн. хир.* — 2001. — № 2. — С. 18—21.
10. Казьмов И. Л., Кириленко А. С., Файбушевич А. Г. и др. // *Хирургия.* — 2007. — № 7. — С. 21—25.
11. Кондратенко П. Г. // Сборник тезисов 6-го Московского международного конгресса по эндоскопической хирургии. — М., 2002. — С. 169—170.
12. Королев М. П. // *Вестн. хир.* — 1999. — № 3. — С. 16—20.
13. Королев М. П., Федотов Л. Е., Антипова М. В. и др. // *Вестн. хир.* — 2006. — № 6. — С. 47—50.
14. Короткевич А. Г. // Сборник тезисов Рос. симпозиума по осложнениям эндоскопической хирургии. — М., 2001. — С. 196—197.
15. Короткевич А. Г., Антонов Ю. А., Лобыкин Ф. И. и др. // *Эндоскоп. хир.* — 2004. — № 4. — С. 41—44.
16. Крылов Ю. М. Сравнительная оценка эффективности методов эндоскопического гемостаза при язвенной болезни, осложненной кровотечением, и синдроме Меллори-Вейсса: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Кемерово 2000.
17. Кубышкин В. А., Шишин К. В. // *Хирургия: Прил. к Consilium medicum.* — 2004. — Т. 6, № 1. — С. 38—42.
18. Курыгин А. А., Гринев М. В., Скрябин О. Н. // *Вестн. хир.* — 1995. — № 1. — С. 91—95.
19. Лебедев Н. В., Климов А. Е., Бархударова Т. В., Малкаров М. А. // *Вестн. хир.* — 2007. — № 4. — С. 76—79.
20. Лебедев Н. В., Климов А. Е., Абулдадзе И. О. // *Вестн. хир.* — 2009. — № 3. — С. 31—34.
21. Лиценко А. Н. // Сборник тезисов 6-го Московского международного конгресса по эндоскопической хирургии. — М., 2002. — С. 194—195.
22. Московченко И. В. // Сборник тезисов 6-го Московского международного конгресса по эндоскопической хирургии. — М., 2002. — С. 230—231.
23. Нурманова М. Ж. Диагностическая и лечебная эндоскопия при гастродуоденальных кровотечениях после операций на сердце и аорте: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 2004.
24. Оганесян С. С., Апоян В. Т., Чалтыкян Г. В. // *Эндоскоп. хир.* — 2002. — № 1. — С. 9—15.
25. Панцырев Ю. М., Михалев А. И., Федоров Е. Д. // *Хирургия.* — 2000. — № 3. — С. 21—25.
26. Панцырев Ю. М., Федоров Е. Д., Михалев А. И. Диагностика и лечение кровотечений из верхних отделов пищеварительного тракта с использованием эндоскопических вмешательств: Метод. рекомендации. — М., 2001.

27. Пархисенко Ю. А. // Сборник тезисов 6-го Московского международного конгресса по эндоскопической хирургии. — М., 2002. — С. 259—260.
28. Рыжов Е. А. // Consilium medicum. — 2005. — Т. 7, № 2. — С. 78—79.
29. Сажин В. П., Грыженко С. В., Сажин А. В. и др. Способы эндоскопической остановки кровотечения при язвенной болезни желудка (варианты). — Пат. на изобретение № 2264178; 2005. — С. 1—2.
30. Сордия Д. Г. // Сборник тезисов 6-го Московского международного конгресса по эндоскопической хирургии. — М., 2002. — С. 359—360.
31. Станулис А. И., Кузеев Р. Е., Гольдберг А. П. // Хирургия. — 2001. — № 3. — С. 4—7.
32. Стойко Ю. М., Багненко С. Ф., Курьгин А. А. // Хирургия. — 2002. — № 8. — С. 32—35; 49—50.
33. Тимен Л. Я., Хаит Б. А., Стоногин С. В. // Мед. консультация. — 1995. — № 3. — С. 815.
34. Тимен Л. Я., Шерцингер А. Г., Стоногин С. В. // Материалы 6-й Рос. гастроэнтерол. недели. — М., 2000. — С. 129.
35. Федоров Е. Д., Михалев А. И., Орлов С. Ю. // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. — 2002. — № 1. — С. 9—18.
36. Хаджибаев А. М., Маликов Ю. Р., Холматов Р. М. // Хирургия. — 2005. — № 4. — С. 24—27.
37. Ханевич М. Д., Кошовой А. П. // Вестн. хир. — 2000. — № 2. — С. 27—30.
38. Харченко В. П., Синев Ю. В., Наседкин Г. К. // Хирургия. — 2003. — № 10. — С. 33—35.
39. Шапкин Ю. Г., Потахин С. Н., Беликов А. В. и др. // Вестн. хир. — 2002. — № 1. — С. 43—45.
40. Шапкин Ю. Г., Чалык Ю. В., Капралов С. В. // Хирургия. — 2002. — № 11. — С. 32—33.
41. Шапкин Ю. Г., Маслякова Г. Н., Капралов С. В. и др. // Хирургия. — 2006. — № 5. — С. 23.
42. Ярема И. В., Уртаев Б. М., Ковальчук Л. А. Хирургия язвенной болезни желудка. — М., 2004.
43. Aabakken L. // Endoscopy. — 2001. — Vol. 33, № 1. — P. 16—23.
44. Adamsen S. // Ugeskr. Laeger. — 2007. — Vol. 169, № 17. — P. 1551—1555.
45. Barkun A., Bardou V., Marshall J. R. // Ann. Intern. Med. — 2003. — Vol. 139, № 10. — P. 843—857.
46. Bouillot J. L., Alexandre J. H., Petite J. P. et al. // Endoscopy. — 1996. — Vol. 28, № 4. — P. 394—395.
47. Caers J., Reekmans A., Jochmans K. // Endoscopy. — 2003. — Vol. 35, № 7. — P. 542—544.
48. Cannistra F. // Minerva Gastroenterol. Dietol. — 1996. — Vol. 42, № 3. — P. 121—126.
49. Chan A. Y., Ramsey W. H. // Conn. Med. — 2000. — Vol. 64, № 3. — P. 139—141.
50. Chung I. K., Ham J. S., Kim H. S. et al. // Gastrointest. Endosc. — 1999. — Vol. 49, № 1. — P. 13—18.
51. Chung I. K., Kim E. J., Lee M. S. et al. // Gastrointest. Endosc. — 2000. — Vol. 52, № 6. — P. 721—724.
52. Church N. I., Palmer K. R. // Baillieres. Best Pract. Res. Clin. Gastroenterol. — 2000. — Vol. 14, № 3. — P. 427—441.
53. Cipolletta L., Bianco M. A., Marmo R. et al. // Gastrointest. Endosc. — 2001. — Vol. 53, № 2. — P. 147—151.
54. Defreyne L., Vanlangenhove P., De Vos M. et al. Embolization as a first approach with endoscopically unmanageable acute nonvariceal gastrointestinal hemorrhage. Radiology. — 2001. — Vol. 218, № 3. — P. 739—748.
55. Forrest J. A. H., Finlayson N. D. C., Shearman D. J. C. // Lancet. — 1974. — Vol. 17. — P. 394—397.
56. Gevers A. M., De G. E., Simoens M. et al. // Gastrointest. Endosc. — 2002. — Vol. 55, № 4. — P. 466—469.
57. Hokari K., Kato M. // Rinsho Byori. — 2001. — Vol. 49, № 4. — P. 345—351.
58. Karanfilian R. G., Gendler S., Yang H. K. // J. Laparoendosc. Surg. — 1996. — Vol. 6, № 5. — P. 345—348.
59. Kassem A. M. // Endoscopy. — 2000. — Vol. 32, № 11. — P. 845—849.
60. Kitano S., Kavanaka H., Tomikawa M. // Surg. Endosc. — 1994. — Vol. 8, № 5. — P. 405—407.
61. Lee G. H., Kim J. H., Lee K. J. // Endoscopy. — 2000. — Vol. 32, № 5. — P. 422—424.
62. Lee K. J., Kim J. H., Hahn K. B. // Endoscopy. — 2000. — Vol. 32, № 7. — P. 505—511.
63. Lin L. F., Siau W. C. P., Ho K. S. et al. // Chang Gung Med. J. — 2001. — Vol. 24, № 5. — P. 307—312.
64. Machicado G. A., Jensen D. M. // Baillieres Best Pract. Res. Clin. Gastroenterol. — 2000. — Vol. 14, № 3. — P. 443—458.
65. Misra S. P., Dwivedi M., Misra V. // Endoscopy. — 2005. — Vol. 37, № 7. — P. 626—629.
66. Nagayama K., Tazawa J., Sakai Y. et al. // Am. J. Gastroenterol. — 1999. — Vol. 94, № 10. — P. 2897—2901.
67. Nikolaidis N., Zazos P., Giouleme O. et al. // Endoscopy. — 2001. — Vol. 33, № 9. — P. 754—760.
68. Nishiaki M., Tada M., Yanai H. et al. // Hepatogastroenterology. — 2000. — Vol. 47, № 34. — P. 1042—1044.
69. Palmer K. R. // Endoscopy. — 2000. — Vol. 32, № 2. — P. 118—123.
70. Park C. H., Lee W. S., Joo Y. E. et al. // Endoscopy. — 2004. — Vol. 36, № 1. — P. 79—82.
71. Rollhauser C., Fleischer D. E. // Baillieres Best Pract. Res. Clin. Gastroenterol. — 2000. — Vol. 14, № 3. — P. 391—410.
72. Sandel M. H., Kolkman J. J., Kuipers E. J. et al. // Am. J. Gastroenterol. — 2000. — Vol. 95, № 9. — P. 2357—2362.
73. Savides T. J., Jensen D. M. // Gastroenterol. Clin. N. Am. — 2000. — Vol. 29, № 2. — P. 465—487.
74. Schacher G. M., Lesbros-Pantoflickova D., Ortner M. A. et al. // Endoscopy. — 2005. — Vol. 37, № 4. — P. 324—328.
75. Scharnke W., Schumm W., Braun B. // Dtsch. Med. Wschr. — 1997. — Vol. 122, № 19. — P. 606—609.
76. Schilling D., Demel A., N'sse T. // Endoscopy. — 2003. — Vol. 35, № 5. — P. 393—396.
77. Skok P. // Endoscopy. — 1998. — Vol. 30, № 7. — P. 590—594.
78. Sofia C., Portela F. // Hepatogastroenterology. — 2000. — Vol. 47, № 35. — P. 1332—1336.
79. Van Leerdam M. E. // Endoscopy. — 2000. — Vol. 32, № 12. — P. 935—942.
80. Zapata-Colindres J. C., Zepeda-Gomez S., Montano-Loza A. et al. // Can. J. Gastroenterol. — 2006. — Vol. 20, № 4. — P. 277—280.

Поступила 04.10.11