

11. Acute disseminated encephalomyelitis: a follow-up study in Taiwan / C.H. Lin, J.S. Jeng, S.T. Hsieh [et al.] // J. Neurol. Neurosurg Psychiatry. — 2007. — Vol. 78. — P.162—167.
12. Acute Disseminated Encephalomyelitis An Update / T. Menge, B. Hemmer, S. Nessler [et al.] // Arch. Neurol. — 2005. — Vol. 62. — P.1673—1680.
13. Acute Disseminated Encephalomyelitis: Current Understanding and Controversies / P. Nathan, D.O. Young, B.G. Weinshenker [et al.] // Semin Neurol. — 2008. — Vol. 28(1). — P.84—94.
14. Perivenous demyelination: association with clinically defined acute disseminated encephalomyelitis and comparison with pathologically confirmed multiple sclerosis / P. Nathan, D.O. Young, B.G. Weinshenker [et al.] // Brain. — <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/201299322010>. — Vol. 133 (Pt 2). — P.333—348.
15. Özhan, M. Acute Disseminated Encephalomyelitis Following Pulmonary Tuberculosis / M. Özhan, T.Ö. Aydoğan, E. Kumral // Turkish Respiratory Journal. — 2005. — Vol. 6(3). — P.161—163.
16. Pender, M.P. Acute disseminated encephalomyelitis / M.P. Pender // Autoimmune Neurological Disease. — UK: Cambridge University Press, 1995. — P.155—165. — URL: <http://espace.library.uq.edu.au/view.php?pid=UQ:10516>
17. Acute disseminated encephalomyelitis: A follow-up study of 40 adult patients / S. Schwarz, A. Mohr, M. Knauth [et al.] // Neurology. — 2001. — Vol. 56. — P.1313.
18. Tenenbaum, S. Acute disseminated encephalomyelitis: A long-term follow-up study of 84 pediatric patients / S. Tenenbaum, N. Chamoles, N. Fejerman // Neurology. — 2002. — Vol. 59. — P1224—1231.
19. Wong, A.Y.S. Acute confusion in a middle-aged woman / A.Y.S. Wong, T.W. Wong, C.C. Lau // Hong Kong. J. Emerg. Med. — 2000. — Vol. 7(1). — P.46—50.

© В.Ф. Чикаев, Р.А. Ибрагимов, Ю.В. Бондарев, Р.Р.Шавалеев, Д.М.Петухов, 2014

УДК 616.33/.34-005.1-02

ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПИИ ПРИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ В НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИИ ПО ЭТИОЛОГИЧЕСКОМУ ПРИЗНАКУ

ВЯЧЕСЛАВ ФЕДОРОВИЧ ЧИКАЕВ, докт. мед. наук, профессор кафедры травматологии, ортопедии и ХЭС ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Казань, Россия, e-mail: prof.chikaev@gmail.com

РИНАТ АБДУЛКАБИРОВИЧ ИБРАГИМОВ, канд. мед. наук, хирург хирургического отделения № 3 ГАУЗ ГКБ № 7 г. Казани, e-mail: rinatibr@mail.ru

ЮРИЙ ВИКТОРОВИЧ БОНДАРЕВ, канд. мед. наук, зав. хирургическим отделением № 3 ГАУЗ ГКБ № 7 г. Казани

РУСТЕМ РАФИСОВИЧ ШАВАЛЕЕВ, хирург хирургического отделения № 3 ГАУЗ ГКБ № 7 г. Казани

ДЕНИС МИХАЙЛОВИЧ ПЕТУХОВ, хирург хирургического отделения № 3 ГАУЗ ГКБ № 7 г. Казани, руководитель медицинского отдела лаборатории KDL, e-mail: petuhoff@gmail.com

Реферат. Желудочно-кишечные кровотечения (ЖКК) продолжают оставаться одним из серьезных осложнений различных заболеваний желудочно-кишечного тракта. *Цель исследования* — анализ диагностики и особенностей лечения больных с желудочно-кишечными кровотечениями по этиологическим признакам. *Материал и методы.* Проведен анализ особенностей лечения 194 пациентов с острыми желудочно-кишечными кровотечениями (ЖКК). *Результаты и их обсуждение.* Наибольшую группу в структуре ЖКК составили язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки — 85 (47,4%) пациентов. С кровотечением из варикозно-расширенных вен (ВРВ) госпитализировано 17 (8,8%) больных. Чаще причиной портальной гипертензии было сочетание цирроза печени (ЦП) алкогольной и вирусной этиологии — 12 (70,6%). Синдром Мэллори—Вейсса составил 40 (20,8%) пациентов. 92% (36) пациентов мужского пола. Эрозивный гастрит наблюдался у 18 (9,3%) пациентов. Кровотечение из нижних отделов желудочно-кишечного тракта наблюдалось в 4 (2%) случаях. Авторами рассмотрены особенности лечения желудочно-кишечных кровотечений, которое заключается в комплексной терапии с учетом основного патологического процесса.

Ключевые слова: желудочно-кишечное кровотечение, анемия, лечение.

FEATURES OF THERAPY OF GASTROINTESTINAL BLEEDING IN EMERGENCY SURGERY DUE TO ETIOLOGICAL ATTRIBUTES

VYACHESLAV F. CHIKAEV, M.D., Professor of Department of traumatology, orthopaedics and ECS of SBEI HPE «Kazan State Medical University» of Ministry of Health of Russia, Kazan, Russia, e-mail: prof.chikaev@gmail.com

RINAT A. IBRAGIMOV, Ph.D., surgeon of Department of surgical № 3 SAIH CCH № 7 of Kazan, e-mail: rinatibr@mail.ru

YURY V. BONDAREV, Ph.D., Head of Department of surgical № 3 SAIH CCH № 7 of Kazan

RUSTEM R. SHAVALEEV, surgeon of Department of surgical № 3 SAIH CCH № 7 of Kazan

DENIS M. PETUKHOV, surgeon of Department of surgical № 3 SAIH CCH № 7 of Kazan, Head of the medical Department of KDL group of companies, e-mail: petuhoff@gmail.com

Abstract. Gastrointestinal bleeding (GIB) continues to be one of the most serious complications of various diseases of the gastrointestinal tract. *Objective:* To analyze the diagnosis and treatment of patients with gastrointestinal bleeding due to etiological attributes. *Material and methods.* The analysis of the features of the treatment of 194 patients with

acute gastro-intestinal bleeding (GIB). *Results and discussion.* The largest group in the structure of the GIB is gastric and duodenal ulcer in 85 (47,4%) patients. Bleeding from esophageal varices we diagnosed in 17 patients (8,8%). The most common cause of portal hypertension is liver cirrhosis (LC) of alcohol or viral etiology, and in 12 patients (70,6%) it was a combination. Mallory—Weiss syndrome was in 40 patients (20,8%), 36 (92%) of them were male patients. Erosive gastritis was diagnosed in 18 patients (9,3%). Bleeding from the lower gastrointestinal tract was observed only in 4 (2%) cases. The authors summarized the features of the treatment of gastrointestinal bleeding, which is a complex therapy due to the primary pathological process.

Key words: gastrointestinal bleeding, anemia, treatment.

Желудочно-кишечные кровотечения (ЖКК) продолжают оставаться одним из серьезных осложнений различных заболеваний желудочно-кишечного тракта [5]. Ежегодно ЖКК становятся причиной более 300 тыс. случаев госпитализации в США. В европейских странах от 48 до 144 пациентов на 100 тыс. населения обращаются в стационары с признаками ЖКК. ЖКК значительно чаще возникают у мужчин, возраст которых превышает 40 лет, а вероятность появления кровотечений у больных пожилого возраста значительно выше, достигая 70—90% [1, 13]. Среди причин кровотечений из верхних отделов ЖКТ на первом месте стоят эрозивно-язвенные поражения желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК). Одним из трагичных является кровотечение из варикозно-расширенных вен (ВРВ) пищевода. Оно колеблется от 4,8 до 15,6% от числа умерших экстренных хирургических больных [4, 5].

Не менее актуальна проблема ЖКК у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС). До 30% случаев инфаркта миокарда сопровождается формированием гастродуоденального «стрессового» повреждения слизистых оболочек, осложненных ЖКК, с летальностью до 50—80% наблюдений [13]. Развитию эрозивного ЖКК у пациентов с ИБС может также способствовать прием антиагрегантных или антикоагулянтных препаратов [9, 10, 11].

К редким, но порой сопровождающимся тяжелым кровотечением можно отнести геморрагические осложнения у пациентов с неспецифическим язвенным колитом.

Цель исследования — анализ диагностики и особенностей лечения больных с желудочно-кишечными кровотечениями по этиологическим признакам.

Материал и методы. Нами проведен анализ особенностей лечения 194 пациентов с острыми желудочно-кишечными кровотечениями (ЖКК), госпитализируемых в хирургическое отделение № 3 ГАУЗ ГKB № 7 г. Казани. Возраст больных колебался от 18 до 93 лет. Чаще всего желудочно-кишечные кровотечения наблюдались в возрастной группе старше 40 лет (63,4%).

Результаты и их обсуждение. Наибольшую группу в структуре ЖКК составили пациенты с язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки — 85 человек (47,4%).

Всем пациентам при госпитализации с ЖКК в условиях приемного отделения проводилась экстренная фиброэзофагогастродуоденоскопия (ФЭГДС). Сложность диагностики при ФЭГДС в условиях неотложной хирургии заключается в том,

что больные, как правило, поступают не подготовленные к исследованию. В случае неинформативности и содержания в желудке пищевых масс проводилось промывание желудка и повторная ФЭГДС. При эндоскопическом исследовании и оценке по классификации J.A. Forest [7] группу F1A-B составили 15 пациентов (17,6%), группу F2a — 29 (35,3%), группу F2b — 7 (20%), группу F2c — 15 (17,6%), состоявшееся кровотечение F3 — 8 (4%) человек. При наличии язвенных кровотечений по F1A-B в четырех случаях срочно проводилась аргон-плазменная коагуляция. Если риск кровотечения был велик, то в динамике лечения проводили повторно ФЭГДС для контроля возможного рецидива кровотечения.

При диагностике язвенных кровотечений проводилась комплексная терапия: восполнение объема циркулирующей крови, согласно потери, (этамзилат натрия внутримышечно, внутривенно, транексамовая кислота), гемостатическая противоязвенная терапия (парентерально ингибиторы протонной помпы квамател, ультоп, антибактериальная терапия). При тяжелых кровотечениях, что наблюдалось в 20 (17%) случаях, проводили переливание компонентов крови, эритроцитарную массу, свежезамороженную плазму. Адекватная консервативная терапия в 86% случаев позволила добиться успеха. Рецидив кровотечения являлся показанием к оперативному лечению. Оперативное лечение проведено в 12 случаях, из них в трех случаях ввиду тяжести состояния и ишемической болезни сердца (ИБС) произведена гастротомия, в двух случаях ушивание кровоточащей язвы с благоприятным исходом, в 9 случаях произведена резекция желудка по Б-2 на короткой петле с благоприятным исходом.

Как в диагностике, так и в лечении тяжелыми являются пациенты с ЖКК и ИБС. Под нашим наблюдением находилось 16 пациентов с ЖКК и ИБС в возрасте 52—78 лет. Все больные первоначально госпитализированы в кардиологическое отделение в связи с дестабилизацией ИБС. Прогрессирующая стенокардия явилась причиной госпитализации 10 (62,5%) больных, ОИМ — 6, в том числе у 3 — повторный. Пациенты с ИБС получали традиционную терапию, включающую гепарин (болусно, затем инфузия и подкожное введение), аспирин и клопидогрель. При эндоскопическом исследовании язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки выявлена у 10 (52,8%) пациентов, эрозивный гастродуоденит — у 4 (27,8%), синдром Меллори—Вейса — у 2 (19,4%). По прогностической шкале Рокли [11] практически у всех был высокий риск повторных кровотечений и

вероятность неблагоприятных исходов (7—8 баллов).

13 (36%) пациентов помимо ИБС страдали сопутствующей хронической патологией ЖКТ. Причиной обращения за медицинской помощью послужили общее недомогание, дискомфорт в прекардиальной области, давящие боли за грудиной. На ЭКГ этих пациентов выявлены депрессия сегмента ST в отведениях I, aVL, V3—V6 (16%), II, III, aVF (16%), отрицательный зубец T в I, aVL, V3—V6 (2,8%), в отведениях II, III, aVF (12%). Невзирая на прием ингибитора протонной помпы (омепразола) в первые два дня госпитализации у этих пациентов развилось ЖКК, возможно, спровоцированное активной антикоагулянтной и двойной антитромбоцитарной терапией.

Трагичность ЖКК у пациентов с ИБС заключается в том, что проводимая им гемостатическая терапия ухудшает реологию крови, способствуя тромбообразованию, что крайне нежелательно для больных ИБС. Мы считаем, что при продолжающем кровотечении у этой группы пациентов наиболее оптимальным является применение малоинвазивного эндоскопического метода гемостаза [3, 7].

С кровотечением из варикозно-расширенных вен (ВРВ) госпитализировано 17 (8,8%) больных. Чаще причиной портальной гипертензии был цирроз печени (ЦП) в сочетании с алкогольной и вирусной этиологией у 12 (70,6%) больных. По данным ФЭГДС кровотечение из ВРВ 2-й степени наблюдалось у 5 (29,4%) пациентов; у 12 (70,6%) — 3—4-й степени. ВРВ 2—3-й степени было характерно для ЦП класса А-В, для класса С — 4-й степени. Как правило, наблюдалось расширение вен нижней трети пищевода с переходом в кардиальный отдел желудка. Лечебная программа в момент остро возникшего кровотечения в большинстве случаев предполагала консервативную тактику. После постановки диагноза «кровотечение из ВРВ пищевода или желудка» ввели зонд-обтуратор Сенгстака—Блекмора. С целью предупреждения образования пролежней на слизистой оболочке пищевода в надутом состоянии зонд держали не более 6 ч, в последующем для контроля зонд сохраняли в желудке еще в течение 12 ч, а затем удаляли. В случае рецидива кровотечения у пациентов с ЦП зонд-обтуратор вводили повторно, баллоны раздували. 5 больным при рецидиве кровотечения с ЦП (группа А и В) проводили оперативное лечение по методике М.Д. Пациора [6]. Активная хирургическая тактика в 3 случаях с использованием усовершенствованного варианта операции М.Д. Пациора позволила достичь стойкой ремиссии гастроэзофагеального кровотечения. Вынужденное оперативное вмешательство у пациентов с кровотечением ЦП класса С закончилось летальным исходом ввиду нарастающей печеночной недостаточности в послеоперационном периоде, что свидетельствует о необходимости применения щадящих эндоскопических методов остановки кровотечения у этих пациентов. Очевидно, что кровотечение само существенно снижает компенсаторные возможности печени при циррозе. В комплексе консервативной

гемостатической терапии назначали синтетический аналог соматостатина (октреотид). Октреотид (сандостатин) вводили в дозе 25—50 мкг/ч в течение 5 дней, кроме того, в лечебную программу включали гепатопротекторы.

Синдром Мэллори—Вейсса выявлен у 40 (20,8%) пациентов, в 92% (36) случаев это были пациенты мужского пола. Практически во всех случаях предшествующей была тяжелая рвота, которая в последующем становилось кровавой. У пациентов с данным синдромом прослеживается связь с хроническим употреблением алкоголя и портальной гипертензией. В наших исследованиях в 73% случаев причиной разрыва слизистой было длительное употребление алкоголя. При эндоскопическом исследовании линейные разрывы достигали от 5 мм до 3 см. В одном случае наблюдался разрыв подслизистого слоя с профузным кровотечением. Больной оперирован в экстренном порядке, произведена лапаротомия, гастротомия, ушивание разрыва. В 97% случаев комплексная консервативная гемостатическая терапия с учетом основного патологического процесса (злоупотребление алкоголя, гипертоническая болезнь) была успешной в лечении этой группы больных.

По литературным данным, 12% всех острых ЖКК и около 31% кровотечений неязвенной этиологии обусловлено эрозивным гастритом. В наших наблюдениях оно встречалось у 9,3% (18 пациентов). При эндоскопическом исследовании поверхностные повреждения слизистой колебались от точечных до 10 мм в диаметре и более. Локализация эрозий не имела закономерностей. Как правило, поверхность эрозий были покрыты соляно-кислым гематином. По этиологическому признаку в 56% случаев были алиментарный алкогольный фактор, хроническая почечная, печеночная недостаточность (14%), прием нестероидных противовоспалительных препаратов (10%), в 9% — ИБС, сахарный диабет. Консервативное лечение включало гемостатическую, противоязвенную терапию и коррекцию нарушений гомеостаза, связанную с основным патологическим процессом. В 6 случаях при тяжелой степени кровопотери понадобилось переливание свежезамороженной плазмы и эритроцитарной массы.

Кровотечение из нижних отделов желудочно-кишечного тракта наблюдалось в 2% (4 пациента). При фиброколоноскопии (ФКС) причиной кровотечения был впервые выявленный неспецифический язвенный колит. Диагностика причины кровотечения у этой категории больных была связана со значительными трудностями. Сложность заключается в том, что эти больные были с тяжелой анемией (гемоглобин < 60 г/л), традиционная подготовка кишечника была непростая, и технически выполнить ФКС было трудно и неинформативно. Щадящая подготовка очистительными клизмами позволила установить причину кишечных кровотечений. Геморрагия характеризовалась рецидивным течением, что потребовало гемотрансфузий компонентов крови (эритроцитарная масса, свежезамороженная плазма). Комплексная консер-

вативная терапия проводилась в содружестве с гастроэнтерологом с назначением специфической терапии.

Выводы:

1. Кровотечения из желудочно-кишечного тракта в неотложной хирургии характеризуются полиэтиологичностью.

2. Трудность в диагностике желудочно-кишечных кровотечений в неотложной хирургии заключается в неподготовленности пациентов и требует особого тщательного подхода к эндоскопическим исследованиям.

3. Комплексное лечение при желудочно-кишечных кровотечениях должно проводиться с учетом основного и сопутствующего патологических процессов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Васильев, Ю.В. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненная кровотечением и *Helicobacter pylori* / Ю.В. Васильев // *Consilium medicum*. — 2002. — Т. 4, № 7. — URL: www.consilium-medicum.com/media/consilium/02_07c/11.shtml
2. Малков, И.С. Избранные разделы неотложной абдоминальной хирургии / И.С. Малков. — Казань, 2013. — 405 с.
3. Мошарова, А.А. Лечение и профилактика кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода / А.А. Мошарова, А.Л. Верткин // Неотложная терапия. — 2012. — № 1. — С.12—19.
4. Современное состояние проблемы кровотечений из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка / Е.А. Киценко, А.Ю. Анисимов, А.И. Андреев // *Вестник современной клинической медицины*. — 2014. — Т. 7, вып. 5. — С.89—98.
5. Неотложная хирургическая гастроэнтерология / А.А. Курыгин, Ю.М. Стойко, С.Ф. Багненко. — СПб.: Питер, 2001. — 568 с.
6. Пациора, М.Д. Хирургия портальной гипертензии / М.Д. Пациора. — Ташкент: Медицина, 1984. — 319 с.
7. Endoscopic hemostasis using argonoplasmic coagulation in acute gastrointestinal bleedings: first experience / E.D. Fedorov, R.V. Plakhov, M.V. Timofeev, A.I. Mikhalev // *Clinical Endoscopy*. — 2003. — № 1. — P.12—15.
8. Endoscopy in gastrointestinal bleeding / J.A. Forrest, N.D. Finlayson, D.J. Shearman // *Lancet*. — 1974. — Vol. 17, № 2(7877). — P.394—397.
9. Bleedings in patients with coronary heart disease during dezagregant therapy / A.B. Sumarokov, L.I. Buryachkovskaya, I.A. Uchitel // *Cardio Somatics*. — 2011. — № 3. — P.29—35.
10. Impact of clopidogrel loading dose on clinical outcome in patients undergoing percutaneous coronary intervention: a systemic review and meta-analysis / J. Siller-Matula, K. Huber, G. Christ [et al.] // *Heart*. — 2011. — Vol. 97. — P.98—105.
11. Validation of the Rockall risk scoring system in upper gastrointestinal bleeding / E. Vreeburg, C. Terwee, P. Snel [et al.] // *Gut*. — 1999. — Vol. 44(3). — P.331—335.
12. Combination Antiplatelet Therapy for Secondary Stroke Prevention: Enhanced Efficacy or Double Trouble? / M.H. Usman, I. Notaro, D.J. Nagarakanty [et al.] // *Stroke*. — 2009. — Vol. 103. — P.1107—1112.

/ M.H. Usman, I. Notaro, D.J. Nagarakanty [et al.] // *Stroke*. — 2009. — Vol. 103. — P.1107—1112.

13. A patient with diabetes mellitus and recurrent peristomal bleeding / E.J. Van der Wouden, B.D. Westerveld // *J. Med.* — 2006. — Vol. 64, № 8. — P.314—316.

REFERENCES

1. Vasil'ev, Yu.V. Yazvennaya bolezni' zheludka i dvenadcatiperstnoi kishki, oslozhnennaya krvotocheniem i *Helicobacter pylori* [Gastric and duodenal ulcers, complicated with bleeding and H. Pylory.] / Yu.V. Vasil'ev // *Sonsilium medicum*. — 2002. — T. 4, № 7. — URL: www.consilium-medicum.com/media/consilium/02_07c/11.shtml
2. Malkov, I.S. Izbrannye razdely неотложной абдоминальной хирургии [Elected sections of emergency abdominal surgery] / I.S. Malkov. — Kazan', 2013. — 405 s.
3. Mosharova, A.A. Lechenie i profilaktika krvotocheniya iz varikozno-rasshirenykh ven pischevoda [Treatment an profilactics of bleedings from esophageal varices] / A.A. Mosharova, A.L. Vertkin // *Neotlozhnaya terapiya* [Emergency therapy]. — 2012. — № 1. — S.12—19.
4. Sovremennoe sostoyanie problemy krvotochenii iz varikozno-rasshirenykh ven pischevoda i zheludka [Current status on problem of bleeding from gastric and esophageal varices] / E.A. Kicenko, A.Yu. Anisimov, A.I. Andreev // *Vestnik sovremennoi klinicheskoi mediciny* [Bulletin of modern clinical medicine]. — 2014. — T. 7, vyp. 5. — S.89—98.
5. Neotlozhnaya hirurgicheskaya gastroenterologiya [Emergency surgical gastroenterology] / A.A. Kurygin, YU.M. Stoiko, S.F. Bagnenko. — SPb.: Piter, 2001. — 568 s.
6. Paciora, M.D. Hirurgiya portal'noi gipertenzii [Surgery of portal hypertension] / M.D. Paciora. — Tashkent: Medicina, 1984. — 319 s.
7. Endoscopic hemostasis using argonoplasmic coagulation in acute gastrointestinal bleedings: first experience / E.D. Fedorov, R.V. Plakhov, M.V. Timofeev, A.I. Mikhalev // *Clinical Endoscopy*. — 2003. — № 1. — P.12—15.
8. Endoscopy in gastrointestinal bleeding / J.A. Forrest, N.D. Finlayson, D.J. Shearman // *Lancet*. — 1974. — Vol. 17, № 2(7877). — P.394—397.
9. Bleedings in patients with coronary heart disease during dezagregant therapy / A.B. Sumarokov, L.I. Buryachkovskaya, I.A. Uchitel // *Cardio Somatics*. — 2011. — № 3. — P.29—35.
10. Impact of clopidogrel loading dose on clinical outcome in patients undergoing percutaneous coronary intervention: a systemic review and meta-analysis / J. Siller-Matula, K. Huber, G. Christ [et al.] // *Heart*. — 2011. — Vol. 97. — P.98—105.
11. Validation of the Rockall risk scoring system in upper gastrointestinal bleeding / E. Vreeburg, C. Terwee, P. Snel [et al.] // *Gut*. — 1999. — Vol. 44(3). — P.331—335.
12. Combination Antiplatelet Therapy for Secondary Stroke Prevention: Enhanced Efficacy or Double Trouble? / M.H. Usman, I. Notaro, D.J. Nagarakanty [et al.] // *Stroke*. — 2009. — Vol. 103. — P.1107—1112.
13. A patient with diabetes mellitus and recurrent peristomal bleeding / E.J. Van der Wouden, B.D. Westerveld // *J. Med.* — 2006. — Vol. 64, № 8. — P.314—316.