УДК616-089+616.3

А. П. Михайлов, И.А. Цыбульская, А.М.Данилов, А.Н. Напалков
С.-Петербургский государственный университет, медицинский факультет Больница св. пр. Елизаветы, г. С.-Петербург

ТАКТИКА ПРИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВНУТРИБРЮШНЫХ И ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ В ХИРУРГИИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Послеоперационные кровотечения — наиболее ранние и грозные осложнения оперативных вмешательств на желудке и двенадцатиперстной кишке (ДПК). По данным
В. В. Жебровского [1], в последнее время отмечается тенденция к увеличению частоты этого осложнения. В зависимости от локализации источника различают кровотечения в брюшную полость и в просвет желудочно-кишечного тракта.

Частота внутрибрюшных кровотечений после операций на желудке составляет 0,14-1,98 % [2-5],*а гастродуоденальных - 1,47-17,6 % [1,6-10]. При этом в 55,14-83,5% случаев развитие осложнения обусловлено техническими погрешностями в оперативной технике [11, 12]. Летальность при развитии послеоперационных кровотечений высокая и даже при выполнении релапаротомии составляет 13,6-43,8 % [2,13-15].

Несмотря на значительное число публикаций о тех или иных особенностях послеоперационных кровотечений, нет работ, представляющих комплексный анализ внутрибрюшных и гастродуоденальных кровотечений после операций на желудке и ДПК. В литературе недостаточно освещены вопросы своевременной диагностики, тактические и технические особенности выполнения релапаротомии в зависимости от источника кровотечения и первичной операции на желудке и ДПК. В связи с этим определены следующие цели исследования: выявить основные причины развития послеоперационных внутрибрюшных и гастродуоденальных кровотечений; разработать оптимальный диагностический алгоритм, позволяющий своевременно диагностировать осложнение; обосновать тактические и технические особенности выполнения релапаротомий в зависимости от источника кровотечения, объема и характера первичного оперативного вмешательства.

Методы исследования. В работе представлен анализ методов диагностики и лечения 50 пациентов с, послеоперационными внутрибрюшными и гастродуоденальными кровотечениями, потребовавшими выполнения релапаротомий. В зависимости от лечебно-диагностической тактики при развитии осложнения больные были разделены на две группы.

В I группу (контрольную) вошли пациенты, находившиеся на лечении в хирургических отделениях Елизаветинской больницы в период 1990-1996 гг., а во II группу (основную) — в период 1997-2003 гг. Возраст пациентов в I группе варьировал от 26 до 80 лет, во II группе от 26 до 87 лет. Мужчины составляли 55% контрольной группы и 82% основной. Своевременной диагностике послеоперационных гастродуоденальных кровотечений у пациентов II группы

© А.П. Михайлов, **И.А.** Цыбульская.А.М.Данилов, А.П. Паналков, 2006

способствовало использование назогастрального и назоэнтерального зондов, а выявлению внутрибрюшных кровотечений — диагностической лапароскопии. При выполнении релапаротомии у больных основной группы отдавалось предпочтение радикальным оперативным вмешательствам.

Всем пациентам первичные оперативные вмешательства выполняли на желудке и ДПК как в экстренном, так и в плановом порядке (нозологические формы заболеваний, объем и характер вмешательств были идентичны в обеих группах). Показаниями к экстренным операциям в большинстве наблюдений служили:

1) осложнения язвенной болезни желудка и ДПК (кровотечение и перфорация); при этом выполняли радикальные, паллиативные и органосохраняющие: ушивание или иссечение язв в сочетании со стволовой ваготомией (СтВ) и пилоропластикой, оперативные вмешательства;

2) травматические повреждения желудка и ДПК.

Объем и характер выполненных экстренных операций представлен в табл. 1

Таблица 1

Экстренные операции на желудке и двенадцатиперстной кишке

Нозологические формы заболеваний, объем операции	I группа	II группа
Хронические язвы желудка и двенадцатиперстной кишки:		
осложненные перфорацией:	414	491
ушивание язвы	310	358
резекция желудка	78	124
ушивание язвы + СтВ + пилоропластика	26	9
осложненные кровотечением:	292	398
прошивание язвы	78	93
резекция желудка	142	279
иссечение язвы + СтВ + пилоропластика	72	26
Травматические повреждения желудка и ддк	88	85
Прочие	126	153
Всего	920	1 127

В плановом порядке оперативные вмешательства выполнялись преимущественно при осложненных формах язвенной болезни. Большинству больных была выполнена резекция желудка, а при раке желудка выполняли как паллиативные, так и радикальные операции. Нозологические формы заболеваний и объем оперативных вмешательств отражены в табл. 2.

В послеоперационном периоде у 1,65% больных I группы и у 1,60% пациентов II группы были выполнены релапаротомии, в связи с развитием кровотечений в брюшную полость и в просвет желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). У больных обеих групп значительно чаще отмечались послеоперационные гастродуоденальные кровотечения, чем внутрибрюшные (66 и 34%, соответственно; рис. 1).

Диагностика послеоперационных кровотечений носила комплексный характер и включала клинические, лабораторные и инструментальные методы обследования. При этом для пациентов I и II групп использовали различные диагностические алгоритмы.

Инструментальные методы включали: фиброгастродуоденоскопию (ФГДС) с применением эндоскопов фирмы «Olympus» (Япония), ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости с помощью аппаратов фирм «Medikal B-K 2102 Hawk» и «Siemens c-400» (Германия), а также диагностическую лапароскопию. Лапароскопическую диагностику проводили с использованием сборных комплектов эндовидеохирургической аппаратуры и инструментария

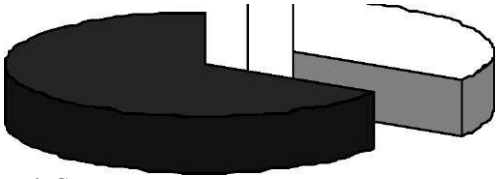

Рис. 1. Структура послеоперационных кровотечений

Таблица 2

	1 группа	11 группа
Плановые операции на желудке и двенадцатиперстной кишке	23	21
Нозологические формы заболеваний, объем операций	3	7
Формы язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненные:	97	91
пенетрацией	58	91
стенозом	78	65
кровотечением в анамнезе Рак желудка:	11	20
гастрэктомия	1	3
субтотальная резекция желудка	60	67
обходной гастроэнтероанастомоз	10	96
Прочие	6	10
Всего	7	11
	11	1
	1	5
		9
		1

фирм «Азимут> (Россия) и «Olvmpus>> (Япония). Исследование выполняли под общим обезболиванием (эндотрахеальный наркоз) по открытой методике — для введения первого троакара и формирования пневмоперитонеума диоксидом углерода снимали два-три шва со всех слоев нижнего угла ланаротомной раны. Осложнений, связанных с данным методом диагностики, отмечено не было. Необходимо отметить, что УЗИ органов брюшной полостп u лапароскопию применяли только для пациентов II группы. Оба метода использовались для диагностики внутрибрюшных кровотечений.

Релапаротомии выполняли под эндотрахеальным наркозом. Обязательными этапами релапаротомии являлись: тщательная ревизия, санация и дренирование брюшной полостп. Для всех пациентов основной группы отдавалось предпочтение радикальным оперативным вмешательствам, осуществлялась назогастральнаядекомпрессия желудка или его культи, назоинтестиналь- ная интубация тощей кишки для проведения раннего зондового питания.

Статистическую обработку данных проводили с помощью программ для персонального компьютера StatSoft Statistica (версия 6) и SPSS (версия 13). Различия считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты исследования. *Гастродуоденальные кровотечения.* Потребовавшие выполнения релапаротомий гастроденальные кровотечения были диагностированы у 17 пациентов I группы иу 16 больныхП; ихчастотасоставила1,3 и 0,9% соответственно. В большинстве случаев развитие осложнения отмечалось после экстренных оперативных вмешательств (рис. 2).

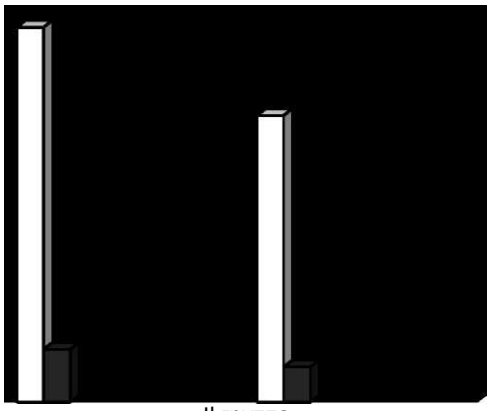

Рис. 2. Частота развития послеоперационных гастродуоденальных кровотечений в зависимости от характера первичной операции

В 76% случаев у пациентов I группы и 69% у больных II группы первичные операции выполнялись по поводу острых гастродуоденальных кровотечений, а кровотечение в послеоперационном периоде являлось рецидивирующим.

В наших наблюдениях острые гастродуоденальные кровотечения были вызваны разными причинами, что зависело от характера и объема первичного оперативного вмешательства. В большинстве наблюдений к развитию осложнения приводила аррозия сосуда хронической язвы желудка или ДПК, что выявлено у 65% пациентов I группы и у 38% — II. Другой генез геморрагий встречался значительно реже (табл. 3).

Таблица 3

Источники послеоперационных гастродуоденальных кровотечений		
Источники кровотечений	1 группа	11 группа
После экстренных операций:		
зона анастомоза и малая кривизна культи желудка	3	
прошитые хронические кровоточащие язвы ушитые	5	2
хронические перфоративные язвы невыявленные	0	1
хронические язвы пептичеекие язвы	6	3
гаетродуоденоанаетомоза (ГДА) острые язвы	1	
синдром Маллори-Вейееа		0
гаетротомичеекая рана	0	
После плановых операций:		2
пептичеекие язвы гаетроэнтероанаетомоза	1	2
острые язвы	1	0
	0	
Всего	17	16

В 100% случаев у больных контрольной группы и в 81% случаев у пациентов основной группы развитие осложнения было обусловлено техническими погрешностями или тактическими ошибками (нерациональным выбором способа и объема операции, отказом от широкой гастродуоденотомии при желудочно-кишечных кровотечениях неясного генеза, неадекватной оценке гемостаза в области культи желудка и др.), допущенными на этапе первичного оперативного вмешательства.

У пациентов обеих групп послеоперационные гастродуоденальные кровотечения возникли в сроки от 2 ч до 11 сут с момента выполнения первой операции. Диагностика осложнения основывалась преимущественно на клинико-эндоскопических данных. Лабораторные показатели — параметры гемограммыподвергали анализу на этапе выполнения релапаротомии для комплексной оценки степени тяжести кровопотери. Клиническая картина острого гастродуоденального кровотечения зависела от сроков возникновения осложнения, степени тяжести кровопотери и локализации источника кровотечения. При развитии осложнения в первые 6 сут с момента завершения первой операции основным признаком, позволяющим достоверно судить о возникновении гастродуоденального кровотечения, являлось поступление крови по назогастральному (4 больных I группы и 8 — II группы) или назоэнтеральному зонду (4 пациента основной группы). Это служило показанием к выполнению экстренного эндоскопического исследования. Если при первичном оперативном вмешательстве не выполняли декомпрессии желудка или его культи и зонд не оставляли в тощей кишке для энтерального питания (5 больных контрольной группы), было трудно диагностировать осложнение в ранние сроки послеоперационного периода. Первыми признаками (в течение 1,5 ч с момента развития осложнения) гастродуоденального кровотечения в контрольной группе пациентов являлись общие симптомы острой кровопотери; они были неспецифичными и требовали исключения внебрюшинного осложнения (острый инфаркт миокарда, тромбоэмболия ветвейлегоч- ной артерии и пр.). В последующем — в течение 2-4 ч у больных I группы при локализации источника кровотечения в желудке отмечалась тошнота и рвота кровью или цвета «кофейной гущи». При появлении местных симптомов осложнения осуществляли постановку назогастрального зонда, промывание желудка и определяли показания к ФГДС. Если кровотечение возникало из хронических язв ДПК, то местные признаки осложнения (мелена) появлялись при выраженной кровопотере, что было достаточно поздним симптомом осложнения. Показания к эндоскопическому исследованию в этом случае были очевидными. Таким образом, ранние послеоперационные гастродуоденальные кровотечения (первые 6 сут послеоперационного периода) были своевременно (первые часы) диагностированы только у 4 больных I группы и у всех пациентов II группы, ранней диагностике осложнения в основной группе способствовало использование назогастрального и назоэнтерального зондов.

При развитии осложнения на 7-е сутки послеоперационного периода и позже клиническая диагностика определялась симптомами дооперационного гастродуоденального кровотечения и не имела принципиальных различий у больных основной и контрольной групп. Выполнение ФГДС позволило у всех пациентов подтвердить развитие осложнения, а также установить его источник для 76% пациентов I группы и для 81% больных II группы.

Трудности клинической диагностики осложнения в раннем послеоперационном периоде, обусловленные отсутствием достоверных признаков осложнения (поступление крови по назогастральному и назоэнтеральному зондам), не позволили своевременно диагностировать кровотечение у 4 пациентов I группы. Осложнение было верифицировано только при аутопсии. Во всех случаях первичное оперативное вмешательство выполняли по поводу острого гастродуоденального кровотечения.

У всех пациентов основной группы и у 59% пациентов контрольной группы релапаротомии выполняли в сроки от 40 мин до 2 ч с момента подтверждения диагноза, что определялось продолжительностью необходимой предоперационной подготовки. В 41%случаев у больных I группы повторные операции осуществляли при отсутствии эффекта от консервативной терапии или в результате рецидива кровотечения в более поздние сроки.

Объем оперативного вмешательства во время выполнения релапаротомии зависел от источника кровотечения, характера первичной операции и тяжести состояния больного. В большинстве случаев (у 88% пациентов) развитие гастродуоденального кровотечения в послеоперационном периоде сопровождалось тяжелой степенью кровопо- тери.

Основными задачами повторного оперативного вмешательства являлись остановка кровотечения и профилактика его рецидива в послеоперационном периоде. Виды оперативных вмешательств, выполненных при релапаротомии, представлены в табл. 4.

Таблица 4

Повторные операции при гастродуоденальных кровотечениях

Источник кровотечения	Повторная операция	I группа	II группа
Хронические язвы желудка и	Резекция желудка	6	5
двенадцатиперстной кишки	Прошивание язвы + СтВ + пилоропластика	3	1
	Прошивание язвы	1	0
	Иссечение язвы	1	0
Пептичеекие язвы	Прошивание язвы	1	0
	Ререзекция желудка по Ру	1	0
Зона анастомоза и киль культи желудка	Косо-продольная гастротомия, гемостатический шов	3	4
Гастротомичесжая рана	Регастротомия, гемостатический шов	0	1
Синдром Маллори-Вейсса	Регастротомия, прошивание трещин	1	2
Острые язвы	Прошивание язв	0	2
	Резекция желудка	0	1
	Всего	17	16

В тех случаях, когда источником кровотечения являлись хронические язвы желудка или ДПК, практически всем пациентам II группы (5 из 6) были осуществлены радикальные оперативные вмешательства.

Летальность при выполнении релапаротомии составила 35% в контрольной группе и 19% в основной. При этом общая послеоперационная летальность от гастродуоденальных кровотечений при первичных операциях на желудке и ДПК составила 0,75% (10 человек) у больных I группы и 0,17% (3 человека) у больных II группы, ($p < 0,05$).

Внутрибрюшные кровотечения. Релапаротомии при послеоперационных внутрибрюшных кровотечениях были проведены пяти пациентам (0,4%) I группы и ^больным (0,7%) II группы. Частота осложнения в зависимости от характера первичного оперативного вмешательства представлена на рис. 3.

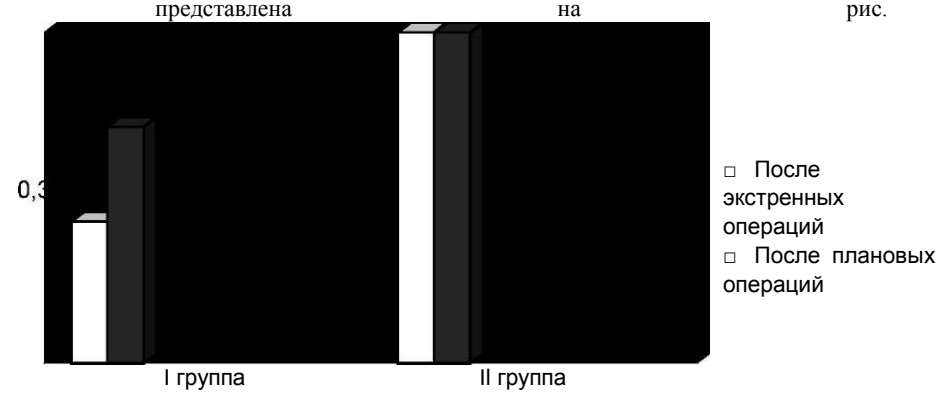

Рис. 3. Частота внутрибрюшных кровотечений в зависимости от характера нервичной операции

Во всех случаях возникновение осложнения было обусловлено тактическими или техническими ошибками, допущенными при выполнении первичных оперативных вмешательств (неадекватной ревизией внутрибрюшных и забрюшинных гематом при травматических повреждениях желудка и ДПК, перевязке магистральных сосудов без использования провизорных лигатур, недостаточным контроле гемостаза на завершающем этапе операции и др.). Первичные операции в 41% наблюдений выполнялись по поводу осложненных форм язвенной болезни и в 23,5% при травматических повреждениях желудка и ДПК.

Источники внутрибрюшных кровотечений в зависимости от характера предшествующего оперативного вмешательства отражены в табл. 5. Чаше всего к возникновению кровотечения приводили интраоперационные повреждения селезенки, не диагностированные при первичном оперативном вмешательстве и недостаточно надежный гемостаз при рассечении спаек брюшной полости.

Диагностика внутрибрюшных кровотечений зависела от сроков развития осложнения. При возникновении кровотечения в первые сутки с момента выполнения первой операции — до 4 ч, верификация осложнения у пациентов обеих групп основывалась на клинических данных: поступление крови по дренажам из брюшной полости (200500 мл), невозможность стабилизировать показатели гемодинамики (тахикардия, снижение ЛД). Если внутрибрюшное кровотечение развивалось в более поздние сроки послеоперационного периода (со 2-х по 5-е сутки), то диагностика основывалась на

Таблица 2

Источники послеоперационных внутрибрюшных кровотечений Источники кровотечений	I группа	II группа
Вне зависимости от характера первичной операции:	1	3
интраоперационные повреждения селезенки повреждение		
сосудов мезоколон или обл. культи ддк сращения	1	2
брюшной полости разрыв внутрибрюшной гематомы	0	3
После экстренных операций	2	1
не выявленные повреждения крупных сосудов при ранении желудка и ддк	0	2
сосуды брюшной стенки по ходу дренажных каналов	1	1
Всего	5	12

результатах клинико-инструментальных исследований у пациентов II группы и на оценке клинической симптоматики в динамике — у пациентов I группы. При этом клиническая картина осложнения (общие симптомы кровопотери, боли в животе, выраженный парез кишечника) не была специфичной, что требовало исключения внебрюшинных осложнений и использования дополнительных методов исследования. В этих случаях при использовании УЗИ брюшной полости (выполнено в 5 наблюдениях у пациентов основной группы) выявлена свободная жидкость у двух больных и в совокупности с клиническими данными определены показания к послеоперационной лапароскопии — наиболее достоверному методу диагностики внутрибрюшных кровотечений. Этот метод был использован еще для трех пациентов II группы с неясной клинической картиной внутрибрюшного осложнения и не достаточной информативностью УЗИ. Выявленный при лапароскопии гемоперитонеум послужил показанием к релапаротомии пяти больным основной группы. После определения параметров гемограммы на момент выполнения повторной операции была выявлена тяжелая степень кровопотери у 60% больных I группы и у 33 % пациентов II группы.

В отсутствие достоверных клинических признаков осложнения, развивающегося на 2-5-е сутки после операции, при недостаточно отработанном алгоритме применения УЗИ и лапароскопии в послеоперационном периоде не удалось своевременно диагностировать внутрибрюшное кровотечение у 8 больных I группы. Осложнение было выявлено только при аутопсии.

Во всех наблюдениях релапаротомии были выполнены в первые 1,5 ч с момента диагностики осложнения. Во время повторного оперативного вмешательства выполняли тщательную ревизию брюшной полости, начиная с месталокализации гематомы или сгустков крови. Окончательный способ остановки кровотечения определялся его источником, при этом выполнялись: спленэктомия, коагуляция или прошивание и перевязка кровоточащих сосудов, ушивание дефекта нижней полой или воротной вены.

Летальность при выполнении релапаротомии составила 60% в I группе и 33% во II группе. Общая послеоперационная летальность от внутрибрюшных кровотечений при первичных операциях на желудке и ДПК составила 0,8% (11 человек) в I группе и 0,2% (4 человека) во II группе $Qj < 0,05$).

Обсуждение результатов. Послеоперационные кровотечения входят в число относительно редких, но тяжелых осложнений оперативных вмешательств на желудке и ДПК и часто приводят к летальным исходам. Неблагоприятный исход при развитии осложнения во многом связан с трудностями его своевременной диагностики. В большинстве наблюдений (2/3 случаев) кровотечения возникают в просвет желудочно-кишечного тракта. Частота диагностированных кровотечений не всегда отражает истинную частоту развития осложнения, которое в 19-62% случаев выявляется только при аутопсии.

Своевременной диагностике гастродуоденальных кровотечений, возникших в первые 6 сут после первичной операции, способствует использование назогастрального и назоинтестинальных зондов. Для выявления внутрибрюшных кровотечений и определения показаний к выполнению релапаротомии при неясной клинической картине внутрибрюшного осложнения в раннем послеоперационном периоде целесообразно использовать УЗИ и диагностическую лапароскопию.

В наших наблюдениях мы не использовали лапароскопию с лечебной целью, так как считаем, что гемоперитонеум после операций на желудке и ДПК требует выполнения релапаротомии с тщательной ревизией всей брюшной полости и забрюшинного пространства. После возникновения осложнения следует как можно раньше выполнять повторную операцию. Предоперационная подготовка не должна быть продолжительной. Основная цель релапаротомии — выявление источника кровотечения, окончательная его остановка и профилактика рецидива. Предлагаемый нами лечебно-диагностический алгоритм позволил снизить летальность после повторных вмешательств при гастродуоденальных кровотечениях на 16%, а при внутрибрюшных — на 27%; в целом летальность от послеоперационных кровотечений уменьшилась с 1,6 до 0,4% $\phi < 0,01$).

Из анализа причин послеоперационных кровотечений и их источников у пациентов I и II групп следует, что необходимы следующие мероприятия по профилактике осложнения:

1) рациональный выбор способа и объема первичного оперативного вмешательства;

2) тщательная ревизия внутрибрюшных и забрюшинных гематом при травматических повреждениях желудка и ДПК;

3) выполнение широкой продольной гастродуоденотомии и провокации кровотечения при желудочно-кишечных кровотечениях неясного генеза;

4) тщательная перевязка магистральных сосудов желудка с использованием провизорных лигатур, особенно при выраженных рубцово-язвенных изменениях в области желудка и ДПК;

5) тщательный контроль гемостаза в зоне сформированной малой кривизны культи желудка и желудочно-кишечных анастомозов;

6) контроль гемостаза на завершающем этапе операции с обязательным осмотром зоны оперативного вмешательства, левого поддиафрагмального пространства, селезенки и париетальной брюшины вобласти дренажных каналов.

Summary

Mikhajlov A.P., Tsybubkaya I.A., Danilov A.M., Napalkov A.N. Management of postoperative internal and gastroduodenal bleeding following stomach and duodenal surgery.

The aim of investigation was to reveal the causes and to work out diagnostic and treatment modes for postoperative internal and gastroduodenal bleeding. 50 cases of relaparotomies performed for postoperative bleeding have been reviewed. All the patients were divided in two groups depending on diagnostic and treatment modes. Both groups were comparable by the types of pathology and operations performed. All the primary operations (3055 patients) were either urgent or elective. Nasogastric, and nasointestinal tubes proved to be helpful in early diagnosis of postoperative gastroduodenal bleeding and diagnostic laparoscopy was successful in detecting the internal bleeding. Advocated diagnostic algorithm, special tactical and technical features of relaparotomies resulted in 16% and 27% mortality rate decrease after secondary operations in the patients with gastroduodenal bleeding and internal bleeding respectively. The overall mortality rate from postoperative bleeding was reduced from 1,6% to 0,4% ($p < 0,01$).

Keywords: surgery, stomach, duodenum, postoperative period, gastroduodenal bleeding, internal bleeding, relaparotomy.

Литература

1. *Жебровский В.В.* Ранние и поздние послеоперационные осложнения в хирургии органов брюшной полости // Симферополь, 2000. 688 с.

2. *Мышкин К.И., Блувштейн Г.А.* Кровотечения после операций на органах брюшной полости // Вестн. хир. 1985. № 11. С. 129-131.

3. *Черный В.А., Щепотин И.Б.* Пути снижения основных послеоперационных осложнений гастрэктомии у больныхраком желудка // Там же. 1987. № 6. С. 102-104.

4. *ПетровВ.П.,БадуровБ.Ш., Каранди В.И.* Ранняя релапаротомия после операций на желудке // Там же. 1994. № 5-6. С. 16-21.

5. *Магомедов А.З., Газиев Р.М., Назаралиев Р.Г.* Ранние повторные операции после резекции желудка при гастродуоденальных язвах // Хирургия. 1999. № 8. С. 12-14.

6. *Вагнер Е.А., Смоленков С.В., Фирсов В.Д., Ильчишина Н.Б.* Ранняя релапаротомия // Тез. докл. Всерос. конф. хирургов «Травма груди. Релапаротомия. Радионуклидная диагностика в хирургии». Пермь, 1985. С. 175— 177.

7. *Шахова Т.И.* Ранняя релапаротомия: Автореф. дис.... канд. мед. наук. Львов, 1986. 21 с.

8. *Саенко В.Ф., Кондратенко П.Г., Семенюк Ю.С.* и др. Диагностика и лечение острого кровотечения в просвет пищеварительного канала. Ровно, 1997. 384 с.

9. *Ludtre-Handiery A.* Die Fruh — Relaparotomie // Aeta chir. 1983. Т. 18. № 4. P 113-119.

10. *Fredell C.H.* Peptic ulcer: complications, coexistingdisease and emergeneyoperations // Compilat. Surg. 1993. Vol. 12. № 5. P 28-30.

11. *Александрович Г.Л., Росляков А.Г., Бояринцев Н.И.* Неотложные релапаротомии. Владивосток, 1989. 148 с.

12. *Сотниченко Б.А., Макаров В.И.* Клиника и диагностика послеоперационных внутрибрюшных кровотечений // Вестн. хир. 1994. № 7. С. 102-104.

13. *Заверный Л.Г., Мельник В.М.* и др. Релапаротомия: определение показаний и результаты // Хирургия. 1996. № l.С. 66-69.

14. *Басыстюк И.И.* Диагностика и лечение рецидива гастродуоденального кровотечения в раннем послеоперационном периоде // Вестн. хир. 1999. № 4. С. 60-64.

15. *Кучин В.В.* Релапаротомии раннего послеоперационного периода: Автореф. дис.... канд. мед. наук. М., 1999. 23 с.

Статья поступила в редакцию 13 июля 2006 г.