

616.32/.33-005.1-072.1:355.721

ENDOSKOPIE PŘI AKUTNÍM KRVÁCENÍ DO HORNÍ ČÁSTI ZAŽÍVACÍHO TRAKTU V PODMÍNKÁCH VOJENSKÉ NEMOCNICE

MUDr. Jan MOŠŤÁK, CSc., pplk. MUDr. Ivan HOŠEK
Vnitřní oddělení vojenské nemocnice v Brně
(náčelník: pplk. MUDr. Ivan Hošek)

Problematicke akutního krvácení do horní části zažívacího traktu byla opakovaně věnována sympozia československých gastroenterologů a v nedávné době i dvě monografie. Je to dáno závažností tohoto stavu, který dodneška má dosti velkou úmrtnost, i nutností včasné diagnostiky a léčby. Ve své práci jsme chtěli ověřit, jak přispívá k řešení této problematiky v podmínkách vojenské nemocnice endoskopie přístroji s vláknitou optikou.

Sestava nemocných a metodika

Prošli jsme zápisy 3905 fibroendoskopických vyšetření horní části zažívacího traktu, která jsme provedli v naší nemocnici od 1. 6. 1976 do 1. 7. 1985. Z těchto zápisů jsme vybrali záznamy všech vyšetřených pro podezření na akutní krvácení do horní části zažívacího traktu. Po vyřazení nejednoznačných nálezů jsme získali soubor 113 nemocných s věkovým průměrem 45,1 roku ve věkovém rozmezí 18 až 83 let. Z toho bylo 13 žen a 100 mužů. Úplnou dokumentací, umožňující sledovat další ukazatele, jsme získali u 70 nemocných, z toho u 9 nemocných léčených na chirurgických klinikách FN Brno.

Vyšetření prováděli tři lékaři našeho oddělení, na 10 vyšetřeních se podílel lékař FN Brno využívající našeho pracoviště v době poruchy svých přístrojů. Vyšetření jsme prováděli převážně na našem endoskopickém pracovišti, 10 vyšetření bylo provedeno na našem a dalších chirurgických pracovištích v Brně. Použí-

vali jsme přístroje Olympus GIF K a od r. 1981 přístroje Olympus GIF K2 se světelným zdrojem CLE 3 stejné firmy. Premedikaci jsme volili individuálně podle stavu nemocného, při prudkých krváceních jsme vyšetřovali bez přípravy, u vyšetření v dobrém klinickém stavu nemocného jsme se blížili naší běžné přípravě — atropin, diazepam, místní znecitlivění xylocain spray, výjimečně jsme podávali místo diazepamu dolsin. V případě nutnosti jsme prováděli výplach studenou vodou bioptickým kanálem přístroje.

Výsledky

Tabulka 1 uvádí celkový počet a hlavní důvod vyšetření. V případech většího krvácení byly přítomny oba příznaky krvácení do horní části zažívacího traktu. V tabulce 2 jsou uvedeny doby, kdy bylo vyšetření provedeno ve vztahu k počátku projevů krvácení. V tabulce 3 shrnujeme výtěžnost našich vyšetření. Zjištěné příčiny krvácení jsou shrnuty v tabulce 4. Možné příčiny projevů krvácení zdroje jinde než v horní části zažívacího traktu a možné příčiny nezjištění zdroje krvácení rozvádíme v tabulce 5. V tabulce 6 jsou shrnuty výsledky vyšetření u 70 nemocných, u nichž byla k dispozici úplná dokumentace ve vztahu k požití léků, které mohou způsobovat krvácení do horní části zažívacího traktu. Tabulka 7 ukazuje určitý stupeň závažnosti krvácení u této skupiny nemocných, hodnocený podle množství podaných transfúzí. V tabulce 8 uvádíme další osudy nemocných této skupiny vyšetřených.

Tab. 1

	P	%
<u>CELKOVÝ POČET VYŠETŘENÝCH</u>	113	100
HEMATEMÉZA	64	56,6
MELÉNA	49	43,4

Tab. 2

ČASNOST VYŠETŘENÍ

VYŠETŘENO	DO 24 HOD.		DO 48 HOD.		PO 48 HOD.		CELKEM	
	P	%	P	%	P	%	P	%
HEMATEMÉZA	40	62,5	18	28,2	6	9,3	64	100
MELÉNA	19	38,8	26	53,1	4	8,1	49	100

Tab. 3

ZJIŠTĚNÍ ZDROJE KRVÁCENÍ

	ZJIŠTĚNO		NEZJIŠTĚNO	
	P	%	P	%
HEMATEMÉZA	52	81,3	12	18,7
MELÉNA	38	77,6	11	22,4

Tab. 4

ZJIŠTĚNÉ PŘÍČINY KRVÁCENÍ

	HEMATEMÉZA	MELÉNA
KRVÁČEJÍCÍ VŘED DUODENA A		
KRVÁČEJÍCÍ VŘED ŽALUDKU	18	24
AKUTNÍ SLIZNÍČNÍ LÉZE	15	8
KRVÁČIVÁ GASTROPATIE	2	—
NÁDORY	7	4
ESOFAGITIDA A VŘED ESOFAGU	6	1
MALLORY WEISS SYNDROM	2	(KRVÁČIVÉ EROZE ANTRU)
VARIXY JÍCNU	1	—
CIZÍ TĚLESO	1	—
HEMOBILIE	—	1
CELKEM	52	38

Tab. 5

MOŽNÉ PŘÍČINY PŘI NEZJIŠTĚNÍ ZDROJE KRVÁCENÍ ENDOSKOPII

HEMATEMÉZA	CELKEM	12
EPISTAXE		1
HEMORAGICKÁ TRACHEITIDA		1
HEMOPTOE U CA PULM		1
ÚPORNÉ ZVRACENÍ (NÁLEZ ZVRATKŮ		
NEOVĚŘEN ZDRAV. PRACOVNÍKEM)		3
NEKRVÁČEJÍCÍ VŘED		2
POSTBULBÁRNÍ VŘED		1
NEG. NÁLEZ PŘI VYŠETŘENÍ		
VÍČ NEŽ PO 3 DNECH		3

MELÉNA	CELKEM	11
HEMANGIOM JEJUNA		1
NÁDOR PRORŮSTAJÍCÍ DO JEJUNA		1
NÁDOR TLUSTÉHO STŘEVA (ŠLO NE		
O MELÉNU, ALE ENTERORAGII)		2
NEG. NÁLEZ PŘI VYŠ. VÍČ NEŽ PO 3 DNECH		3
MELÉNA NEPOTVRZENA OBJ.		4

Tab. 6

KRVÁCENÍ V SOUVISLOSTI S POUŽITÍM LÉKŮ

CELKOVÝ POČET VYŠETŘENÝCH	70
KRVÁCENÍ PO LÉČICH	16
Z TOHO U:	
VŘEDOVÉ CHOROBY DUODENA A VŘEDU	
ŽALUDEČNÍHO	5
AKUTNÍCH SLIZNÍČNÍCH LÉZÍ	3
KRVÁČIVÉ GASTROPATIE	2
NÁDORŮ ZAŽÍVACÍHO TRAKTU	2
JINÉHO MALIGNÍHO ONEMOCNĚNÍ	2
NEZJIŠTĚNÉHO ZDROJE,	
VYŠ. VÍČ NEŽ PO 48 HOD.	2

Výsledky ilustrujeme několika stručnými kasistikami.

1. Krvácení z vředu dvanácterníku

Nemocný K. H., 31 let, vyšetřen pro melénu trvající 24 h, zjištěn vřed bulbu duodena se známkami proběhlého krvácení. Při sledování třetí den zjištěna opět meléna, poklesá Hb. Nemocný operován, operace potvrzuje krvácející duodenální vřed. Zhojen.

2. Akutní slizniční léze

Nemocný K. J., 19 let, požil během 1 dne 20 tbl. acylcofinu a vypil 7 piv. Další den zvracení žludečnického obsahu s příměsí krve. Vyšetřen 48 h po vzniku potíží, v antru ještě krvácející akutní eroze. Zhojen konzervativně.

3. Předávkování léků

Nemocný J. Š., 58 let, po operaci srdce (by pass a trombektomie) — užívá pravidelně pe-

POČTY TRANSFÚZÍ

CELKOVÝ POČET VYŠETŘENÝCH	70
VYŽADUJÍCÍCH TRANSFÚZE	35
Z TOHO:	
1-2 TRANSFÚZE	8
3-5 TRANSFÚZÍ	12
6 A VÍCE TRANSFÚZÍ	15

Tab. 7

6. Krvácení u nádoru

Nemocný T. S., 62 let, vyšetřen 48 h po vzniku melény, která trvá. Nalezen difúzně krvácející nádor, který operován, nemocný přechází 1 rok.

7. Mallory Weissův syndrom

Nemocný A. L., 50 let, 3 hodiny po abuzu alkoholu, ráno zvracení obsahu žaludečního, velmi silné. Na konci vyzvrátil několik ml jasně červené krve. Vyšetřen do 24 h, zjištěna lehce krvácející ragáda ústí jícnu na straně velké křiviny. Zhojen konzervativně.

Tab. 8

DALŠÍ OSUDY NĚKTERÝCH NEMOCNÝCH

CELKOVÝ POČET VYŠETŘENÝCH	70
ÚSPĚŠNĚ OPEROVÁNO	11
ÚSPĚŠNĚ LÉČENO KONZERVATIVNĚ	49
ZEMŘELO	10

PŘÍČINY ÚMRTÍ

NA NÁDOR DO 1 ROKU	6 Z TOHO	2 OPEROVÁNÍ
NA IM PŘI NÁDORU		1
NA HEMOBILII A SELHÁNÍ JATER		1 OPEROVÁN
NA KRVÁČIVOU GASTROPATII		1 OPEROVÁN
NA SELHÁNÍ JATER A KRVÁCENÍ VARIXŮ		1

lentan. Pro nachlazení k němu přidal dolminu. Zvrací čerstvou krev i koagula krevní. Endoskopie za 48 h po vzniku ukazuje množství koagul v žaludku a 6 krvácejících erozí. Quickův čas pod 10 %. Zhojen konzervativně.

4. Krvácivé gastropatie

Nemocný V. N., 52 let, krvácel již před 7 lety, zdroj nejištěn rtg, krvácení ustalo. Pro hematemézu provedena resekce Bi I. 6. den po operaci masivní meléna. Ihned endoskopie na chirurgickém sále. Sliznice žaludku krvácí v celém pahýlu difúzně. Přes masivní léčbu krvácení pokračuje. Operační revize (ale bez gastrektomie) po zvýšení TK katecholaminy zdroj nenašla. Při množství transfúzí porucha koagulačních mechanismů, pravděpodobný DIK, nemocný umírá 3. den. Pitva diagnózu potvrzuje.

5. Těžké základní onemocnění a léky

Nemocný M. H., 44 let, léčený pro melanoblastom, o čemž nevěděli lékaři oddělení, kde hospitalizován pro pruritus. Pro teploty nasazen acylpyrin. Objevuje se masivní meléna, přivolaný internista 48 h po vzniku provádí endoskopii, která ukazuje difúzní krvácení sliznice distálního jícnu a žaludku. Krvácení zastaveno konzervativně, nemocný umírá tentýž měsíc na základní onemocnění.

Rozprava

Akutní krvácení do horní části zažívacího traktu se projevuje hematemézou, melénou nebo oběma příznaky. Jde o jev, který je podle údajů literatury častou komplikací chorob zažívacího traktu [1, 3, 40, 41], které jsou samy častými [13, 14, 40]. Pro tento stav je uváděno provedení endoskopie podle podmínek, v nichž autoři pracují, od 2–24 % z počtu endoskopií [12, 29, 33, 34, 39, 41]. My jsme zjistili z našich 3905 fibroendoskopií 2,9 % provedených pro podezření na akutní krvácení do horní části zažívací trubice, což odpovídá zjištěním jediného autora, který o této problematice v podmínkách naší armády referoval [70, 71] — 7 nemocných ze 227 endoskopií. Není to jistě počet značný, ale mortalita stále udávaná až 11 % [12], možnost pokračujícího krvácení [16, 31, 38, 40], nutnost dát chirurgovi orientaci, otázky účelné hemoterapie [7, 8, 12] nutí ke snaze zlepšit a zrychlit diagnostiku. V dnešní době se již jednoznačně uznává, že nejlepší diagnostickou metodou je fibroendoskopie [1, 4, 5, 6, 9, 15, 33, 34, 35, 37, 38, 40, 41, 47, 49, 61, 63, 64, 72], a námitky proti ní jsou ojedinělé [17, 31] — spíše proto, že podle těchto autorů nesnížila mortalitu. Tyto námitky vyvracejí všichni novější autoři tím, že je-li dobrá diagnostika, pak chyba je spíše v léčbě. My sami z našich výsledků se domníváme, že fibroendoskopie je skutečně základní metodou vyšetření u těchto stavů a její základní předností u našich nemocných se nám jeví snížení zbytečných operací [34], zjištění, zda je či není nutno urgentně operovat [35, 41, 53].

Velký význam tohoto zjištění dokumentujeme i kasuistikami — např. u nemocného z páté kasuistiky, kde jsme zjistili difúzní krvácení nevhodné k chirurgickému zákroku, by zbytečná operace při maligním základním onemocnění znamenala asi jeho dřívější úmrtí a byla by velkým výkonem s rozsáhlou pooperační péčí. Naproti tomu nemocný uvedený v šesté kasuistice mohl být plánovaně cíleně operován a přežívá.

Jedním z rozhodujících faktorů pro přesnost je časnost vyšetření [3, 15, 16, 29, 33, 34, 38,

39, 41, 48, 49, 53, 67] — ať již je slovní vyjádření podle jednotlivých autorů různé jakkoli — všichni udávají, že s odkladem déle než 24 h po počátku krvácení přesnost diagnostiky klesá. Je to dáno zejména tím, že akutní slizniční léze se rychle hojí, u vředů pak již nemusíme zastihnout ani stigmata krvácení (16) a mnohdy při multiplicitě poškození zažívacího traktu (33, 35, 40, 41) nemůžeme určit, které z onemocnění bylo příčinou krvácení. Naše zkušenosti to plně potvrzují — jak je patrné z výsledků — a zároveň jsou varujícím momentem, že ani v nemocnici, kde se provádí endoskopie skutečně rutinně, nemusí být jejich možností využito k včasnému vyšetření při akutním krvácení. Není to způsobeno nezvyklostí chirurgů a odesílajících lékařů — v jednotlivých letech byl počet urgentních endoskopií přímo úměrný celkovému počtu fibroendoskopií. Spíše je tento stav způsoben zbytečně opožděným odesláním na vyšetření, což nás překvapuje zvláště u hematomezií, kde jsme čekali daleko vyšší počet lichých podezření, než jsme zjistili — jde přece o příhodu alarmující jistě nemocného i lékaře. Toto zjištění nutí znovu zdůraznit i otázku melény, jejího včasného vyšetření a vyšetření per digitum, které jsme ani v našem souboru u několika nemocných nenašli v dokumentaci.

Srovnáním fibroendoskopického vyšetření s rtg vyšetřením se zabývali četní autoři (3, 5, 16, 27, 28, 29, 33, 38, 40, 41, 49, 52) a docházejí k názoru, že fibroendoskopické vyšetření je prvotní a klasické rtg metody druhotné v určení zdroje krvácení, mimo některých větších krvácení, kde může arteriografie nejen zdroj objasnit, ale i léčebně zasáhnout (26, 30, 38, 49). Z našeho souboru upozorňujeme, jak nám následný rtg při neobjevení zdroje endoskopií ukázal 1× zdroj v hemangiomu, 1× v nádoru prorůstajícím do jejuna a 1× při postbulbárním vředu.

Příčiny krvácení jsou ve velkých i menších souborech prakticky stejné a s určitými odchylkami jsme je našli i my — vředová choroba duodena, vřed žaludeční, akutní slizniční léze, nádory a jiné (2, 3, 7, 12, 15, 16, 28, 29, 32, 40, 41, 44, 51, 57, 62). Zde zaslouží zmínku 28letý muž, u něhož byl zachycen krvácející vřed bulbu duodena s tepenným krvácením — Forrest Ia (31), který byl úspěšně urgentně operován.

U těch nemocných, kde jsme nezjistili zdroj krvácení, jsme se již zmínili o těch, které nám pomohlo diagnostikovat rtg vyšetření. Z dalších příčin nezjištění zdroje je nutno znovu zdůraznit časnost vyšetření — např. zjištění vředu již bez stigmat krvácení dovoluje pouze usuzovat, že mohl krváčet, ale příčinou krvácení mohly být i již nezjistitelné akutní slizniční léze. Z méně častých příčin dokumentujeme většinou velmi rychle se hojící Mallory Weissův syndrom s typickou anamnézou (32, 49, 60) sedmou kasuistikou. Shledali jsme vět-

ší počet krvácejících postižení jícnu, než je běžně udáváno, jeden z těchto nemocných měl izolovaný vřed jícnu, který byl rychle konzervativně zhojen i za použití Sengstakenovy-Blakemoorovy cévky s cílenou kompresí krvácejícího vředu. Zvláštní zmínky si zasluhují hemoragické gastropatie, z nichž jedna, popsaná ve čtvrté kasuistice, byla smrtelná. Naši chybou byla malá rozhodnost při rozhodování o totální gastrektomii a neuvědomění si účinků katecholaminů cévy splanchnického systému. Zcela souhlasíme s názorem (21, 38, 40, 49) o opatrnosti při vyšetřování nemocných s jícnovými varixy. Sami jsme vyšetřili nemocného, který krvácel z erozí v žaludku, a přitom od poloviny jícnu se mohutně vinuly jako provazce naplněné varixy. U těžkých krvácení se uplatňují v souvislosti se základním poškozením šokovými mechanismy a množstvím transfúzí i následná poškození hemokoagulace (7, 20). Naše první kasuistika upozorňuje na to, že i zastavené krvácení může recidivovat a že jedině intenzivní klinické sledování nemocného a kontroly údajů krevního obrazu mohou toto nebezpečí odhalit.

Zvláště jsme si všímali úlohy léků, které mohou působit přímo na sliznici, zejména poškozenou základním onemocněním (např. nádory), předchozí léčbou (cytostatika), na preexistující onemocnění (peptické defekty, nádory), ale i na sliznici zdravou, zejména v kombinaci s alkoholem, což dokazují i naše zjištění, která by byla asi ještě častější, kdybychom měli k dispozici cílenou dokumentaci. Tuto úlohu léků zdůrazňují četní autoři (7, 16, 19, 23, 25, 36, 40, 41, 46, 50, 56) — my bychom chtěli v druhé, třetí a páté kasuistice upozornit na některé z těchto základních problémů. Zdůrazňujeme zde úlohu anamnézy při ordinování léků, které mohou způsobovat krvácení — zejména nejběžnějších derivátů kyseliny acetylsalicylové.

Chtěli bychom zdůraznit, že o prognóze rozhoduje základní onemocnění — u malignit je prognóza většinou špatná, rovněž u sepsí, stavů těsně po operacích, selhávání ledvin atd. (16, 31). Dokazují to i naše zjištění o dalších osudech nemocných. Naproti tomu včasné zachycení nádoru, který krvácí, může přispět k jeho relativně včasné léčbě, jak ukazuje šestá kasuistika.

Fibroendoskopie a péče o nemocné s akutním krvácením do zažívacího traktu je otázkou týmové spolupráce (1, 11, 15, 38, 41, 49, 59) a jeho organizace se ustálila u nás (10, 16, 33, 38, 49, 59, 62, 63) i v zahraničí (24) — nemocní mají být přijímáni na chirurgické oddělení. Endoskopisté pracují i u nás různě — někteří přímo na chirurgiích, jiní na endoskopických pracovištích interen. V podmínkách vojenských nemocnic považujeme za vhodné, aby pracovali tři vyškolení endoskopisté (u nás jsou to internisté, ale perspektivně i chirurgové — doménou lékařů ORL je jícen a právě

zdůrazněná zkušenost, kterou lze nabýt pouze a pouze denní rutinní prací, jim chybí při diagnostice níže od jícnu). Nemá význam, aby urgentní endoskopii prováděl někdo, kdo umí zavést přístroj a provedl několik vyšetření. Endoskopii stačí provést do 24 h, mnohdy je to i lepší — žaludek se vyprázdní. Nutnost intrahemoragické nebo i intraoperační endoskopie není častá. Proto tito 3 lékaři a endoskopicky vyškolená (!!) sestra postačí pro praxi VN. Není dořešena otázka volných dnů, ale i ta by se dala organizačně zajistit, např. ve spolupráci se státní zdravotní správou v místech VN.

V otázce přípravy nemocných se názory liší (5, 16, 28, 29, 31, 33, 38, 47, 49, 53), ale domníváme se, že řídit se doporučeními Palečkové, jak to činíme i my, je v současné době nejužitečnější: pohovor s nemocným, eventuálně diazepam. Opiáty většinou ne, místní znecitlivění pouze v případech blížících se plánované endoskopii. Atropin mimo těžké stavy podáváme. Výplachy jsme dělali vždy jen přístrojem — bioptickým kanálem. Z přístrojů za ideální v současné nabídce považujeme Olympus GIF typ 1 T-10.

Role endoskopie při krvácení do horní části zažívacího traktu se významně zvýší spojením funkce diagnostické s terapeutickou. V současné době jsou již mnohé metody propracovány a užívány, mnohé se ověřují (6, 12, 18, 22, 24, 31, 32, 38, 40, 41, 45, 55, 62, 63, 65, 68). Patří mezi ně sklerotizace krvácejících jícnových varixů, ale i vředů, obstrukcí různými látkami, např. etanolem, sprayování hemostypticky působícími látkami, elektrokoagulace různými typy sond i použití laserů různých typů. Tyto výkony mohou u vysokého procenta nemocných zastavit krvácení bez nutnosti operace, nebo zastavit krvácení dočasně s možností místo urgentní operace provést plánovaný operační výkon.

Ze skutečností, které jsme uvedli vyvozujeme tyto praktické závěry:

1. Urgentní endoskopie provedená do 24 hodin po vzniku akutního krvácení do horní části zažívacího traktu je v podmínkách vojenských nemocnic možná a je nezbytné ji zajistit.

2. Provádění urgentní endoskopie vyžaduje včas indikovat vyšetření zejména odesílajícími lékaři a chirurgy, výchovu tří endoskopujících lékařů a jedné endoskopické sestry (s možností jejího zastoupení) a základní vybavení endoskopického pracoviště.

Souhrn

Autoři na souboru 113 endoskopií provedených pro akutní krvácení z horní části trávicí trubice dokumentují ve srovnání s literárními údaji možnosti tohoto vyšetření v podmínkách vojenské nemocnice. Docházejí k závěru, že

jde o vyšetření přínosné a že je možné je ve vojenských nemocnicích provádět.

Literatura

1. Akutné krvácanie do gastrointestinálneho traktu. Skupinová rozprava na gastroenterologickém pracovním dnu, Bratislava 16. 3. 1973, Čs. Gastroent. Výž., 28, 1974, č. 2, s. 149—155.
2. BĀRDOS, L.: Krvácanie z tenkeho čreva. Výž., 34, 1980, č. 3, s. 197—198.
3. BEŇO, I. - DVORSKÝ, A.: Gastrofibriskopia pri akútnom krvácaní z hornej časti tráviacej trubice u pacientov po resekcii žalúdka. Čs. Gastroent. Výž., 25, 1971, č. 8, s. 329—334.
4. BENÝŠEK, L.: Duodenoskopia. Přednáška na mezikrajském semináři, Velké Karlovice, 9. 11. 1972.
5. BENÝŠEK, L. - KOJECKÝ, Z.: Endoskopie horního a dolního duodena. Čs. GEV 28, 1974, č. 8, s. 540—544.
6. BENÝŠEK, L.: II. kongres Polské gastroenterologické společnosti v Białystoku. Čs. Gastroent. Výž., 36, 1982, č. 2, s. 48—49.
7. BITTER, J. - KVASNIČKA, J.: Některé otázky krvácení do horní části trávicího ústrojí. Čs. Gastroent. Výž., 27, 1973, č. 2, s. 49—57.
8. BITTER, J. - KVASNIČKA, J.: K otázce krvácení do horní části trávicího ústrojí. Čs. Gastroent. Výž., 28, 1974, č. 2, s. 145—155.
9. BITTER, J. - ZUVAČOVÁ, J. - HULEC, J.: Význam endoskopie pro sekundární prevenci rakoviny žaludku při krvácení do trávicího ústrojí. Čs. Gastroent. Výž., 32, 1978, č. 4, s. 251—256.
10. BITTER, J. - HULEC, J. - ZUVAČOVÁ, J. - HRBEK, M. - JANÍK, J.: Zkušenosti s urgentní endoskopií horní části trávicí trubice v týmové spolupráci. Čs. Gastroent. Výž., 37, 1983, č. 4, s. 269—270.
11. BURČINSKIJ, G. I.: Problemy kliničeskoj gastroenterologii. Klin. med. (Moskva), LIX, 1980, č. 8, s. 38 až 42.
12. ČERV, L.: Příspěvek k otázce diagnostiky a léčení masivního krvácení do horní části trávicí trubice. Čs. Gastroent. Výž., 33, 1979, č. 8, s. 491—494.
13. DEN BESTEN, L.: The Gastrointestinal Care Unit. Surgery, 142, 1976, s. 404—405. In: Ref. výb. gastroent. 15, 1979, č. 3, s. 190—191.
14. DUDA, M. - ŠERÝ, Z.: Krvácení z jícnu u reflux. nemoci jícnu a paraesofageálních hernií. Čs. Gastroent. Výž., 34, 1980, č. 3, s. 181—183.
15. DVORSKÝ, A.: Význam urgentní endoskopie u krvácení do horní části trávicí trubice. Čs. Gastroent. Výž., 34, 1980, č. 3, s. 188—189.
16. DVOŘÁKOVÁ, H. - ŠETKA, J. - BALÁŠ, V. - LINHART, O. - ŠVÁB, J. - DOUČHA, M.: Přínos urgentní endoskopie pro rozhodování chirurga. Čs. Gastroent. Výž., 31, 1977, č. 7, s. 470—480.
17. GREGORY, L. - EASTWOOD, M.: Does early endoscopy benefit the patient with active upper gastrointestinal bleeding? Gastroenterology, 72, 1977, č. 721, s. 737—739.
18. FABIÁN, J. - BELÁN, A. - PEREFRIN, J. H. - HACO, M. - SKÁLA, J.: Cílená intraenterální farmakoterapie krvácení do trávicího traktu. Prakt. Lék., 64, 1984, č. 10, s. 381—383.
19. FAIVRE, J. - FAIVRE, M. - LERY, U.: Aspirin and gastrointestinal bleeding. Digestion, 19, 1979, č. 3, s. 218—220.
20. FIŠER, A. A. - KONOVOVA, P. P. - ĐEVKOVIČ, I. K.: Fibrynoliticheskiya sistema u bolnyh jazvennoj bolezni oslozhennoj krovotoceniim. Ter. Arch. (Moskva), LIV 1982, č. 2, s. 28—32.
21. FISCHER, J.: Krvácení z jícnu a žaludku u portální hypertenze. Čs. Gastroent. Výž., 34, 1980, č. 3, s. 184 až 185.
22. FRÜHMORGEN, P. - KADIK, B. - REIDENBACH, H.

- D. - BODEM, F. - DEMLING, L. - BRAND, H.: Long-Term Observation in Endoscopic Laser Coagulation in the Gastrointestinal Tract. *Endoscopy*, 7, 1975, č. 4, s. 189—196.
23. GALANDA, V. - VIŠŇOVSKÝ, P. - BUCHANEC, J.: Hemateméza a meléna po podání salicylanů u dětí. *Bratisl. Léč. Listy*, 76, 1981, č. 3, s. 273—276.
24. GAVRILENKO, Ja. V. - SINĚV, Ju. M.: Obostanovke gastroduodenálnych krvotěčení čerez endoskop. *Klin. Med. LVIII*, 1980, č. 3, s. 24—27.
25. GILBERT, D. - SURAWICZ, Ch. - SILVERSTEIN, F.: Prevention of acute aspirin induced gastric mucosal injury by 15-R-15 methylprostaglandin E2: an endoscopic study. *Gastroenterology*, 86, 1984, č. 2, s. 339 až 345.
26. HLEDÍK, E.: Přínos arteriografie v určení místa krvácení do trávící trubice. *Čs. Gastroent. Výž.*, 34, 1980, č. 3, s. 179—180.
27. HOLT, M. - TOMAN, R.: Srovnání rentgenových a endoskopických nálezů nemocných s čerstvým krvácením z horní části trávící trubice. *Čs. Gastroent. Výž.*, 33, 1979, č. 2—3, s. 99.
28. IVANOV, V. F. - TERENTĚV, N. M. - GALLINGER, Ju. I. - KLJAVIN, Ju. A. - JEŽOVA, G. I.: Neodložná gastrostomija pri gastroduodenálnych krvotěčenijach. *Ter. arch. (Moskva)*, XLVI, 4, 1974, s. 96—101.
29. KAŠČÁK, M.: Přínos urgentnej endoskopie k diagnostice krvácania z hornej časti gastrointestinálneho traktu. *Čs. Gastroent. Výž.*, 33, 1979, č. 2—3, s. 98.
30. KAŠPAR, M. - KAŠPAR, M. ml. - PUCHTA, V.: Akutní krvácení z gastrointestinálního ústrojí diagnostikované a léčené intraarteriální katetrizací. *Čs. Gastroent. Výž.*, 39, 1985, č. 4, s. 209—216.
31. KMENT, P.: Endoskopické novinky z V. endoskopického kongresu v Lisabonu. *Čs. Gastroent. Výž.*, 39, 1985, č. 4, s. 281—282.
32. KNOBLAUCH, M. - STEVKA, E. - LÄMMLI, J. - SCHAUECKER, H. - DEYHLE, P. - FREY, P. - SÄUBERLI, H.: The Malory-Weiss-Syndrome: A Clinical Study of 20 Cases. *Endoscopy*, 8, 1976, č. 1, s. 5—10.
33. KODLOVÁ, E. - DVOŘÁK, J.: Přínos akutního gastroscopického vyšetření z hlediska předoperační diagnostiky. *Čs. Gastroent. Výž.*, 31, 1977, č. 3, s. 180 až 181.
34. KODLOVÁ, E.: Urgentní endoskopie u krvácení do horní části trávící trubice. *Čs. Gastroent. Výž.*, 34, 1980, č. 3, s. 187—188.
35. KOREŇ, K. - PAULÍK, J. - MAŠKOVÁ, M. - ŠIMEK, J. - CHYTLO, E. - SLANČÍK, J. - PORUBSKÝ, J.: K problému masivního krvácania z gastroduodenálního vředu. *Bratisl. Léč. Listy*, 74, 1980, č. 6, s. 630 až 639.
36. LENDFELD, J.: Léčiva vyvolávající ulcerace a krvácení v trávícím ústrojí. *Čs. Gastroent. Výž.*, 34, 1980, č. 3, s. 189—190.
37. LUKÁČ, M. - HOLORMÁŇ, K. - SLABEYCIUS, J.: Endoskopická diagnostika akutního krvácania do žaludku. *Čs. Gastroent. Výž.*, 28, 1974, č. 2, s. 145 až 155.
38. LUKÁČ, M.: Endoskopia a krvácanie. 1. vyd., Martin, Osveta 1982, 152 s.
39. MAŘATKA, Z. - NEDBAL, J. - PALEČKOVÁ, M.: Gastroskopia u krvácení do žaludku. *Čs. Gastroent. Výž.*, 25, 1971, č. 2, s. 63.
40. MAŘATKA, Z.: Praktická gastroenterologie. Vydání 2. Praha, Státní zdravotnické nakladatelství 1968, 560 s.
41. MAŘATKA, Z. a kol.: Fibroendoskopie trávící trubice. Vyd. 1., Praha, Avicenum 1980, s. 193—201.
42. MAŘATKA, Z. a kol.: Pokroky v gastroenterologii 2. vyd. 1., Praha, Avicenum 1983, s. 145—164.
43. MAZÁK, J. a kol.: Vnitřní lékařství. Praha, Naše vojsko 1978, s. 132—136.
44. NAHUM, H. - RAEFF, B. - CAZARD, G.: Ulcèreux gastroduodenal chez le cirrhotique en période hémorragique. *La Presse médicale* 78, 1970, č. 55, s. 2491 až 2494.
45. ONSTAD, G. R.: Prevention and Treatment of Upper Gastrointestinal Bleeding from Acute Erosive Gastritis. Reprinted from *Minnesota Medicine*, Vol. 64, 1981, č. 2, s. 69—70.
46. PADMANABHAN, A. - DOUGALSS, Jr. H. O. - NAVA, H. R.: Role of Endoscopy in Upper Gastrointestinal Bleeding in Patient with Malignancy. *Endoscopy*, 12, 1980, č. 3, s. 101—105.
47. PALEČKOVÁ, M. - NEDBAL, J. - MAŘATKA, Z.: Gastroskopia u krvácení do žaludku. *Prakt. Léč.*, 32, 1972, č. 14—15, s. 530—533.
48. PALEČKOVÁ, M.: Urgentní či časná endoskopie u krvácejících. *Čs. Gastroent. Výž.*, 33, 1979, č. 2—3, s. 98.
49. PALEČKOVÁ, M.: Urgentní endoskopie horní části trávící trubice. Vyd. 1., Praha, Avicenum 1984, 88 s.
50. POHLE, W. - FÖRSTER, E. - HETHEY, B. - HOBRECKER, M. - ONG, T. S. - STRAUB, H. - MÜLLER, H. O. - MAY, B.: Medikamenteneinnahme und endoskopischer Befund. *Med. Welt* 29, 1978, 50, 1968—1969.
51. PROCHÁZKA, J.: Krvácení do zažívacího ústrojí u hemorragických diatéz. *Čs. Gastroent. Výž.*, 34, 1980, č. 3, s. 191—192.
52. ROČEK, V.: Diagnostika krvácení do trávící trubice klasickou rentgenovou metodou. *Čs. Gastroent. Výž.*, 34, 1980, č. 3, s. 175—176.
53. MAŘATKA, Z.: Endoskopie u krvácení do trávící trubice. *Čs. Gastroent. Výž.*, 34, 1980, č. 3, s. 177 až 178.
54. SHEGIN, V. G. - SOKOLOV, L. K. - GAVRILENKO, J. V. - IVANOV, V. F. - TERENTĚV, U. M.: Ob endoskopickom rozpoznávaní ostrých lekárenských (aspirinových) jazv lukovicy dvanadcatiperstnoji kiški. *Sov. Med. (Moskva)*, 1974, č. 4, s. 31—38.
55. SKÁLA, I. - KOČANDRLE, V. - VANĚK, I. - MAREČKOVÁ, O. - PIRK, F. - JIRKA, J. - BLÁHA, J.: Další zkušenosti s profylaxí gastroduodenálního krvácení u nemocných s chronickým selháním ledvin a po transplantaci ledviny. *Čs. Gastroent. Výž.*, 37, 1983, č. 5, s. 309—312.
56. SCHWENKE, E. - SCHWENKE, G. - WILLGEROTH, Ch.: Die grosse obere Gastrointestinalblutung unter besonderen Berücksichtigung der akuten Magenschleimhautläsionem durch Medikamente. *Z. ges. inn. Med.* 30, 1975, 5, s. 198—205.
57. SMIRNOVA, T. J. - LEBECKIJ, I. J.: Kliničeskorentgenologičeskoje charakteristika erosivnych izměněnij pri gastritidách. *Ter. Arch.*, LVI, 1984, č. 2, s. 37 až 40.
58. STREKALOVSKIJ, V. P. - KOLESNIKOVA, G. D. - ARABLINSKIJ, V. M.: Enteroskopia. *Klin. Med. (Moskva)*, LIX, 1981, č. 5, s. 51—54.
59. ŠERÝ, Z.: Krvácení do zažívací trubice. *Čs. Gastroent. Výž.*, 34, 1980, č. 3, s. 174—175.
60. ŠERÝ, Z.: Problematika krvácení z jícnu. *Čs. Gastroent. Výž.*, 34, 1980, č. 3, s. 180—181.
61. ŠINDELÁŘOVÁ, I.: Endoskopie u chorob trávícího ústrojí. *Prakt. Léč.* 51, 1971, č. 15—16, s. 618—619.
62. TESAŘ, O.: Prudká krvácení do gastroduodena. *Čs. Gastroent. Výž.*, 34, 1980, č. 3, s. 186—187.
63. TESAŘ, O.: Hematemese a meléna. V *Pokroky v gastroenterologii*, ed. Mařatka, Z., Praha, Avicenum 1975, s. 383—397.
64. Kolektiv autorů: Lékařské repetitorium. Praha, Avicenum 1981, s. 916—919.
65. TOMŠŮ, M.: Krvácení do zažívacího ústrojí a laser. *Čs. Gastroent. Výž.*, 34, 1980, č. 3, s. 196—197.
66. VLADÁR, L. - HYRDEL, R.: Urgentné endoskopie pri hemateméze a meléne. *Prakt. Léč.*, 62, 1982, č. 19, s. XX—XX.

67. VOTOČEK, J. - PAFKO, P. - KOKRLÍK, J.: VONDRÁČKOVÁ, M.: Několik poznámek k problematice krvácení do horní části zažívacího traktu. *Prakt. Lék.*, 61, 1981, č. 1, s. 14—17.
68. WARA, P.: Endoscopic coagulation of bleeding gastroduodenal ulcers in patients with assesed indication for emergency surgery. *Scand J. Gastroenterol.*, 1982, 17, Supplement 75, s. 117.
69. WELLS, F.: Peptic Ulcer in Adolescents and Young Adults. A Review of Experience in an Army General Hospital. *Military Medicine*, 127, 1962, č. 2, s. 132 až 135.
70. ZADOROŽNÝ, P.: Urgentní endoskopie horní části zažívacího traktu. *Voj. Zdrav. Listy*, 49, 1980, č. 5 až 6, s. 191—193.
71. ZADOROŽNÝ, P.: Endoskopická diagnostika krvácení do horních částí trávicího traktu. Přednáška na odborné konferenci k 40. výročí založení ÚVN, Praha 24. 5. 1978.
72. ZELENKOVÁ, J. - TOMAN, R. - MERTL, L. - MOTTL, H.: Zkušenosti ze sledování nemocných s krvácením do horní části zažívacího ústrojí. *Čs. Gastroent. Výž.*, 33, 1979, č. 2—3, s. 99.

Klíčová slova: Akutní krvácení zažívacího traktu; Endoskopie; Podmínky ve vojenské nemocnici.