

среднего и высокого кардиального риска снижает частоту сердечных сокращений ($p < 0,0001$) и уровень САД ($p < 0,05$) у больных высокого кардиального риска — сердечно-сосудистую смертность ($p < 0,05$).

ЛИТЕРАТУРА

1. Effect of atenolol on mortality and cardiovascular morbidity after noncardiac surgery. Multicenter Study of Perioperative Ischemia Research Group / D.T. Mangano, E.L. Layug, A. Wallace, I. Tateo // *N. Engl. J. Med.* — 1996. — Vol. 335. — P.1713—1720.
2. The effect of bisoprolol on perioperative mortality and myocardial infarction in high-risk patients undergoing vascular surgery. Dutch Echocardiographic Cardiac Risk Evaluation Applying Stress Echo-cardiography Study Group / D. Poldermans, E. Boersma, J.J. Bax [et al.] // *N. Engl. J. Med.* — 1999. — Vol. 341. — P.1789—1794.
3. Perioperative beta-blockade (POBBLE) for patients undergoing infrarenal vascular surgery: results of a randomized double-blind controlled trial / A.R. Brady, J.S. Gibbs, R.M. Greenhalgh [et al.] // *J. Vasc. Surg.* — 2005. — Vol. 41. — P.602—609.
4. The effects of perioperative beta-blockade: results of the Metoprolol after Vascular Surgery (MaVS) study, a randomized controlled trial / H. Yang, K. Raymer, R. Butler [et al.] // *Am. Heart. J.* — 2006. — Vol. 152. — P.983—990.
5. Effect of perioperative beta-blockade in patients with diabetes undergoing major non-cardiac surgery: randomised placebo controlled, blinded multicentre trial / A.B. Juul, J. Wetterslev, C. Gluud [et al.] // *Bmj.* — 2006. — Vol. 332. — P.1482—1488.
6. Effects of extended — release metoprolol succinate in patients undergoing non-cardiac surgery (POISE trial): a randomised controlled trial / P.J. Devereaux, H. Yang, S. Yusuf [et al.] // *Lancet.* — 2008. — Vol. 371. — P.1839—1847.
7. A meta-analysis of safety and effectiveness of perioperative beta-blocker use for the prevention of cardiac events in different types of noncardiac surgery / O. Schouten, L.J. Shaw, E. Boersma [et al.] // *Coron. Artery Dis.* — 2006. — Vol. 17. — P.173—179.
8. Bisoprolol and fluvastatin for the reduction of perioperative cardiac mortality and myocardial infarction in intermediate — risk patients undergoing non — cardiovascular surgery; a randomized controlled trial (DECREASE-IV) / M. Dunkelgrun, E. Boersma, O. Schouten [et al.] // *Ann. Surg.* — 2009. — Vol. 249. — P.921—926.
9. Guidelines for pre-operative cardiac risk assessment and perioperative cardiac management in non-cardiac surgery: the Task Force for Preoperative Cardiac Risk Assessment and Perioperative Cardiac Management in Non-cardiac Surgery of the European Society of Cardiology (ESC) and endorsed by the European Society of Anaesthesiology (ESA) / D. Poldermans, J.J. Bax, E. Boersma [et al.] // *Eur. Heart. J.* — 2009. — Vol. 30(22). — P.2769—2812.
10. Derivation and prospective validation of a simple index for prediction of cardiac risk of major noncardiac surgery / T.H. Lee, E.R. Marcantonio, C.M. Mangione [et al.] // *Circulation.* — 1999. — Vol. 100. — P.1043—1049.
11. Hlatky, M.A. A brief self-administered questionnaire to determine functional capacity (the Duke Activity Status Index) / M.A. Hlatky, R.E. Boineau, M.B. Higginbotham [et al.] // *Am. J. Cardiol.* — 1989. — Vol. 64. — P.651—654.
12. Fletcher G.F. Exercise standards for testing and training: a statement for health-care professionals from the American Heart Association / G.F. Fletcher, G.J. Balady, E.A. Amsterdam [et al.] // *Circulation.* — 2001. — Vol. 104. — P.1694—1740.

© И.С. Малков, Г.Р. Закирова, И.И. Хамзин, Х.М. Халилов, 2014

УДК 616.33/.34-005.1

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РИСКА РЕЦИДИВА КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

ИГОРЬ СЕРГЕЕВИЧ МАЛКОВ, докт. мед. наук, зав. кафедрой хирургии ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия» Минздрава России, Казань, Россия, тел. 8-965-594-40-07, e-mail: ismalkov@yahoo.com
ГУЗЕЛИЯ РАВИСЕВНА ЗАКИРОВА, канд. мед. наук, ассистент кафедры хирургии ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия» Минздрава России, Казань, Россия, тел. 8-927-407-24-16, e-mail: guzeliya-x@mail.ru

ИЛЬДАР ИЛДУСОВИЧ ХАМЗИН, зав. эндоскопическим отделением ГАУЗ «Городская клиническая больница № 7» г. Казани, тел. 8-917-275-69-36

ХАЛИЛ МАГОМЕДОВИЧ ХАЛИЛОВ, зав. отделением хирургии № 2 ГАУЗ «Городская клиническая больница № 7» г. Казани, тел. 8-960-040-50-93

Реферат. Цель исследования — улучшение результатов лечения больных с острыми кровотечениями из верхних отделов желудочно-кишечного тракта путем совершенствования методов эндоскопического гемостаза и прогнозирования риска их рецидива. **Материал и методы.** Проанализированы результаты лечения 776 больных с острыми кровотечениями из верхних отделов ЖКТ. Группу сравнения составили 499 больных, у которых использовались традиционные методы исследования и лечения (2000—2007). В основную группу вошли 277 больных, у которых применялся разработанный нами лечебно-диагностический алгоритм (2008—2010). **Результаты и их обсуждение.** Выявлено, что дифференцированный подход к выбору тактики ведения больных с кровотечениями из верхних отделов ЖКТ влияет на результаты лечения. Прогноз рецидива кровотечения с учетом основных факторов риска является основополагающим критерием при ведении больных с кровотечениями из верхних отделов желудочно-кишечного тракта. **Заключение.** Установлена необходимость дифференцированного метода эндоскопического гемостаза в зависимости от характеристик источника кровотечения, его интенсивности и эффективности при продолжающихся кровотечениях.

Ключевые слова: верхние отделы желудочно-кишечного тракта, кровотечения, эндоскопический гемостаз, прогнозирование рецидива, хирургическое лечение.

PREDICTING THE RISK OF RECURRENT BLEEDING FROM THE UPPER GASTROINTESTINAL TRACT AT THE PRESENT STAGE

IGOR S. MALKOV, M.D., Head of Department of surgery of SBEI APE «Kazan State Medical Academy» of Ministry of Health of Russia, tel. 8-965-594-40-07, e-mail: ismalkov@yahoo.com

GUZELIYA R. ZAKIROVA, Ph.D., Assistant of Department of surgery of SBEI APE «Kazan State Medical Academy» of Ministry of Health of Russia, tel. 8-927-407-24-16, e-mail: guzeliya-x@mail.ru

ILDAR I. KHAMZIN, Head of the endoscopy Department SAIH «City Clinical Hospital № 7» Kazan, Russia, tel. 8-917-275-69-36

KHALIL M. KHALILOV, Head of Department of surgery № 2 SAIH «City Clinical Hospital № 7» Kazan, Russia, tel. 8-960-040-50-93

Abstract. *Research objective* — improved results of treatment of patients with acute bleeding from the upper gastrointestinal tract by improving the methods of endoscopic hemostasis and predict the risk of recurrence. *Material and methods.* Results of treatment of 776 patients with acute bleeding from the upper gastrointestinal tract. Comparison group consisted of 499 patients who used traditional methods of research and treatment (2000—2007). The study group included 277 patients who had been used we have developed a diagnostic and treatment algorithm (2008—2010). *Results and discussion.* Demonstrated that the differentiated approach to tactics of maintaining patients with upper gastrointestinal bleedings influences to results. Forecast rebleeding with the major risk factors is the fundamental criterion in the management of patients with bleeding from the upper gastrointestinal tract. *Conclusion.* Showed the necessity of the differentiated approach to endoscopic hemostasis depending on characteristics of a bleeding point, its intensity and efficiency in proceeding bleedings.

Key words: acute gastroduodenal bleedings, endoscopic hemostasis, prediction of relapse, surgical therapy.

Лечение кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) продолжает оставаться одной из самых актуальных проблем современной неотложной хирургии [1, 2, 3, 5, 6, 7, 10, 12]. Главной причиной неудач в лечении кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта остается рецидив кровотечения [7, 9, 11]. Высока частота развития рецидива желудочно-кишечного кровотечения (10—35%) и летальность (5,0—16,7%). Также высок уровень послеоперационной летальности, достигающей 35—75% [3]. Одно из важнейших направлений улучшения результатов лечения больных с острыми кровотечениями из верхних отделов ЖКТ — совершенствование методов неоперативного гемостаза, профилактики повторного кровотечения и прогнозирования риска его рецидива, которое позволяет избежать неоправданного выжидания и необоснованного оперативного вмешательства [3, 8].

Целью исследования явилось улучшение результатов лечения больных с острыми кровотечениями из верхних отделов ЖКТ путем совершенствования методов эндоскопического гемостаза и прогнозирования рецидива заболевания.

Проанализированы результаты лечения 776 больных с острыми кровотечениями из верхних отделов ЖКТ, находившихся на лечении в отделении неотложной хирургии МУЗ ГKB № 7 г. Казани с января 2000 г. по декабрь 2010 г. Все пациенты были разделены на 2 группы. Группу сравнения составили 499 больных, у которых использовались традиционные методы исследования и лечения (2000—2007). В основную группу вошли 277 больных, у которых применялся разработанный нами лечебно-диагностический алгоритм (2008—2010).

Причиной острых кровотечений у 322 (41,5%) больных явилась язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, у 142 (18,3%) — язвенная болезнь желудка, сочетание язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки — у 13 (1,7%), синдром

Маллори—Вейсса — у 169 (21,8%), эрозивный эзофагит — у 53 (6,8%), эрозивный гастрит — у 29 (3,7%), синдром Дъелафуа — у 22 (2,8%), прочие причины (полипы желудка, пептические язвы гастроэнтероанастомоза, язвы гастродуоденоанастомоза, химический ожог пищевода и желудка, язвы двенадцатиперстной кишки с пенетрацией в поджелудочную железу, гепатодуоденальную связку и др.) — у 26 (3,4%) пациентов (табл. 1). В связи с особенностями патогенеза и лечения больных с кровотечениями, причиной которых явились портальная гипертензия и злокачественные новообразования нами не исследовались.

Обращает на себя внимание тот факт, что 32% больных были доставлены в клинику позже 24 ч от начала кровотечения (табл. 2).

По данным фиброэзофагогастродуоденоскопии устанавливали источник кровотечения и устойчивость гемостаза по классификации J.A. Forrest et al. (1974) [11]. Выделяли продолжающееся кровотечение: Ia — артериальное, струйное — 25 (3,2%) больных, Ib — капельное, диффузное — 106 (13,7%); остановившееся кровотечение: IIa — тромбированная артерия — 212 (27,3%), IIb — фиксированный ступок — 289 (37,2%), IIc — мелкие тромбированные сосуды — 118 (15,2%). Язву под «белым» тромбом характеризовали как Forrest III — 26 (3,4%) больных (табл. 3).

При изучении анамнеза было установлено, что у 158 (20,4%) больных имелось одно сопутствующее заболевание, 2 — у 107 (13,8%), 3 и более — у 33 (4,2%) больных. Наиболее распространенными заболеваниями были ишемическая болезнь сердца (14,6%) и гипертоническая болезнь (8,4%), а также их сочетание, нарушение мозгового кровообращения (5,2%).

Использование традиционного лечебно-диагностического алгоритма показало, что решающее значение при определении показаний к неотложному хирургическому вмешательству имеют два основных

Нозологическая характеристика острых кровотечений из верхних отделов ЖКТ

Нозологическая причина острых кровотечений из верхних отделов ЖКТ	Группа больных				Итого	
	сравнения (n=499)		основная (n=277)			
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки	228	29,4	94	12,1	322	41,5
Язвенная болезнь желудка	90	11,6	52	6,7	142	18,3
Сочетание язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки	9	2,0	4	0,5	13	1,7
Синдром Маллори—Вейсса	102	13,2	67	8,6	169	21,8
Эрозивный эзофагит	29	3,7	24	3,1	53	6,8
Синдром Дъелафуа	12	1,5	10	1,3	22	2,8
Эрозивный гастрит	10	1,3	19	2,4	29	3,7
Прочие	19	2,4	7	1,0	26	3,4
<i>Всего</i>	499	64,30	277	35,70	776	100

Таблица 2

Сроки поступления пациентов в стационар от начала острого кровотечения из верхнего отдела ЖКТ

Длительность заболевания, ч	Группа пациентов, абс. (%)		Всего, абс. (%)
	сравнения (n=499)	основная (n=277)	
До 24	334 (43,0)	194 (25,0)	528 (68,0)
24—48	84 (10,8)	51 (6,6)	135 (17,4)
48—72	36 (4,6)	15 (2,0)	51 (6,6)
Свыше 72	45 (5,8)	17 (2,2)	62 (8,0)
<i>Всего</i>	499 (64,2)	277 (35,8)	776 (100)

Таблица 3

Распределение интенсивности кровотечения по классификации J.A.Forrest и др. (1974)

Характеристика по J.A.Forrest	Количество больных, абс. (%)		Всего, абс. (%)
	Группа сравнения (n=499)	Основная группа (n=277)	
Ia — артериальное, струйное	20 (2,58)	5 (0,64)	25 (3,22)
Ib — капальное, диффузное	44 (5,67)	62 (7,99)	106 (13,66)
IIa — тромбированная артерия	154 (19,85)	58 (7,47)	212 (27,32)
IIb — фиксированный сгусток	192 (24,74)	97 (12,50)	289 (37,24)
IIc — мелкие тромбированные сосуды	67 (8,63)	51 (6,57)	118 (15,21)
III — язва под «белым» тромбом	22 (2,84)	4 (0,52)	26 (3,35)
<i>Всего</i>	499 (64,30)	277 (35,70)	776 (100)

критерия — тяжесть кровопотери и результаты эндоскопического исследования. Неотложная фиброэзофагогастродуоденоскопия занимает ключевое место в лечебно-диагностическом комплексе, являясь основным методом диагностики источника кровотечения и определения всех его характеристик с оценкой главного параметра — устойчивости гемостаза. При исследовании больных с острыми кровотечениями из верхних отделов ЖКТ решали следующие задачи:

1) подтвердить или опровергнуть факт кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта;

2) выявить источник геморрагии, определив его локализацию, характер;

3) если кровотечение остановлено, то оценить степень устойчивости гемостаза;

4) определить степень тяжести кровопотери;

5) оценить тяжесть сопутствующей соматической патологии;

6) прогнозировать рецидив кровотечения и исход заболевания.

Эндоскопический гемостаз оказался эффективным в 87,5% случаев. Частота рецидивов острых

кровотечений из верхних отделов ЖКТ в стационаре на фоне проводимой консервативной терапии составила 7,4%. Наибольший процент (70,3%) рецидивов кровотечений был отмечен у больных с гастродуоденальными язвами. Хирургические вмешательства выполнены у всех 37 (7,4%) больных с рецидивными кровотечениями. Умерло 9 больных, послеоперационная летальность составила 24,3%.

При изучении случаев рецидивных кровотечений установлено, что возникновение рецидива обусловлено патофизиологическими сдвигами в организме, обусловленными индивидуальной реакцией на кровопотерю, эндоскопической степени устойчивости гемостаза, локализации и размеров источника геморрагии. При проведении нашего исследования на фоне консервативной терапии в стационаре рецидив кровотечения возник у 49 (6,3%) больных. С целью прогнозирования рецидива кровотечения у больных с острыми кровотечениями из верхних отделов ЖКТ нами проведен анализ информативности общепринятых в клинике лабораторных тестов системы гемостаза.

Значение лабораторных показателей, определяющих рецидив кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта (II группа)

Показатель	Параметр	Прогностические коэффициенты
АЧТВ	<30,9	6,6
	31,0—34,6	-0,5
	>34,6	-7,5
АлАТ	<39,8	6,0
	39,9—52,6	-4,5
	>52,6	-9,4
ПТИ	<70,6	-6,7
	70,7—1,5	1,5
	>79,4	8,0
Общий белок	<53,0	-7,2
	54—64	-6,3
	65—75	0,9
	>75	7,6
МНО	<1,28	3,5
	>1,28	-8,5
Мочевина	<5,8	3,5
	>5,8	-3,5
АсАТ	<39,5	3,6
	>39,5	-3,1
α-Амилаза	<51,3	3,5
	>51,3	-3,0
Билирубин общий	<16,8	3,5
	16,9—20,6	-0,3
	>20,6	-3,5
Глюкоза крови	<4,9	2,6
	5,0—6,5	-1,0
	6,5—8,1	-4,4
	>8,2	-3,5

При сравнительной оценке результатов в отдельную категорию была выделена группа больных с сопутствующей патологией печени, так как у пациентов этой группы выявлены более выраженные отклонения показателей гемостазиограммы, сохраняющиеся до 7 сут на фоне проводимой заместительной терапии. С целью уточнения патофизиологических изменений в системе гемостаза у больных с острыми кровотечениями из верхних отделов ЖКТ и рецидивными геморрагиями исследовали микровезикулярное звено, их тромбогенность у данной категории пациентов. Было выявлено достоверное увеличение свойства тромбогенности микровезикул у пациентов с рецидивными кровотечениями. Таким образом, необходимо более глубокое изучение системы гемостаза в комплексном сопоставлении различных его параметров.

При ретроспективной оценке случаев рецидивных кровотечений изучали статистическую связь между явлениями при помощи коэффициента ран-

говой корреляции Спирмена ($r = 1 - \frac{6 \sum_{i=1}^n d_i^2}{n(n^2 - 1)}$, где $\sum_{i=1}^n d_i^2$ — сумма квадратов разностей рангов, n — число парных наблюдений).

Исходя из анализируемых параметров в основной и контрольной группах, были выделены наиболее значимые факторы в прогнозе рецидива кровотечения из верхних отделов ЖКТ, которые для удобства расчета разделены на клинико-эндоскопические (I группа) и лабораторные (II группа) показатели (табл. 4, 5).

Таблица 4

Значение клинических и эндоскопических показателей, определяющих рецидив кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта (I группа)

Факторы риска	Баллы
1. Возраст старше 60 лет	1
2. Сопутствующие заболевания печени	4
3. Гормональная зависимость, прием НПВС, антикоагулянтов	4
4. Желудочно-кишечные кровотечения в анамнезе	3
5. Тяжесть кровопотери:	
а) легкая	2
б) средняя	3
в) тяжелая	6
6. Локализация источника кровотечения:	
а) пищевод *	2
б) малая кривизна желудка	7
в) задняя стенка двенадцатиперстной кишки	7
7. Размер язвенного дефекта:	
а) < 20 мм	2
б) > 20 мм	5
8. Критерий Форреста	
а) Ib	5
б) IIa	3
в) IIb	2

* В исследование не включались кровотечения из варикозных вен пищевода.

Вероятность рецидива кровотечения определяется суммированием баллов в каждом разделе: минимальный риск рецидива < 8 баллов, умеренный риск рецидива составляет от 8 до 15 баллов, высокий риск рецидива составляет > 15 баллов.

При минимальном риске кровотечения — до 8 баллов (источник с признаками состоявшегося кровотечения) проводится консервативное лечение, включающее инфузионную, гемостатическую, антисекреторную и эрадикационную терапию.

При умеренном риске кровотечения — от 8 до 15 баллов (источник с признаками состоявшегося кровотечения) выполняется превентивный эндоскопический гемостаз, проводится консервативное лечение по стандартной схеме.

Высокий риск кровотечения — более 15 баллов также характеризуется наличием признаков состоявшегося кровотечения, но имеет место высокий риск рецидива.

Показаны разработанный метод эндоскопического гемостаза и нормализация волеических и гипоксических расстройств, восполнение кровопотери, которые входят в комплекс предоперационной подготовки. При отсутствии эффекта от консервативного лечения в течение 6—24 ч выполняется срочная операция с выбором оптимального метода на основании оценки физиологического статуса по шкале оценки POSSUM.

Для определения значимости лабораторных показателей мы использовали неоднородную последовательную процедуру (НПП) распознавания (Гублер Е.В., 1978) [4] (см. табл. 5). При уровне ошибки в 5% величина пороговой суммы составляет ± 13 . Полученная прогностическая таблица позволяет оценить возможность возникновения рецидивного кровотечения. Вероятность повторного кровотечения определялась суммированием значений устойчивости гемостаза в I и II группах, которые и отражают степень риска рецидива (табл. 6).

Низкая вероятность соответствует положительным значениям — (+) + (+), высокая — отрицательным (–) + (–).

Таблица 6

Интегральная оценка вероятности рецидива кровотечения из верхних отделов ЖКТ

Группа	Степень риска рецидива	Устойчивость гемостаза
I	Минимальная < 8 баллов	Высокая (+)
	Умеренная 8 — 15 баллов	Умеренная (+ –)
	Высокая > 15 баллов	Низкая (–)
II	Минимальная (+)	Высокая (+)
	Неопределенная (+ –)	Неопределенная (+ –)
	Высокая (–)	Низкая (–)

Таким образом, дифференцированный подход к выбору тактики ведения больных с кровотечениями из верхних отделов ЖКТ влияет на результаты лечения.

Выводы:

1. Основными причинами неудовлетворительных результатов лечения больных с рецидивными кровотечениями из верхних отделов желудочно-кишечного тракта являются несовершенство методов их прогнозирования, недостаточная эффективность применяемого эндоскопического гемостаза, а также субъективизм в выборе объема и способа хирургического вмешательства.

2. Эндоскопический метод гемостаза эффективен для остановки продолжающегося кровотечения (F Ia, Ib) из верхних отделов ЖКТ и в 87,5% случаев стал альтернативой экстренной операции у наиболее тяжелого контингента больных, при этом частота рецидива составила 7,4%.

3. Использование новых подходов в прогнозировании рецидивных кровотечений из верхних отделов ЖКТ и совершенствование методов эндоскопического гемостаза позволило сократить частоту их возникновения с 7,4 до 4,3%, длительность пребывания в стационаре больных составила с (11,8 \pm 0,2) до (9,8 \pm 0,3) сут, послеоперационная летальность — с 24,3 до 8,2%.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Вербицкий, В.Г.* Консервативное лечение желудочно-кишечных кровотечений / В.Г. Вербицкий, А.А. Кузьмич // Хирургическая гастроэнтерология. — М.: Медицина, 2001. — С.94—108.
2. *Горбашко, А.И.* Диагностика и лечение кровопотери / А.И. Горбашко. — М.: Медицина, 1982. — 224 с.

3. *Гостищев, В.К.* Острые гастродуоденальные язвенные кровотечения: от стратегических концепций к лечебной тактике / В.К. Гостищев, М.А. Евсеев. — М.: Анта-Эко, 2005. — 352 с.
4. *Гублер, Е.В.* Вычислительные методы анализа и распознавания патологических последствий / Е.В. Гублер. — Л.: Медицина, 1978. — 296 с.
5. *Загидов, М.З.* Тактика лечения синдрома Меллори—Вейсса / М.З. Загидов, А.М. Загидова, Ц.К. Велиева // Неотложная и специализированная хирургическая помощь: Первый конгресс московских хирургов: сб. тез. — М., 2005. — С.14.
6. *Луцевич, Э.В.* Пятидесятилетний опыт лечения больных с желудочно-кишечными кровотечениями: с эндоскопией и без нее / Э.В. Луцевич, И.Н. Белов, М.В. Семенов // Проблемы неотложной помощи в клинической практике. — М.: Талант, 2001. — С.52—57.
7. *Мусинов, И.М.* Острые язвенные желудочно-кишечные кровотечения. Причины рецидивов, состояние системы гемостаза, лечение: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / И.М. Мусинов. — М., 2008. — 58 с.
8. *Тимен, Л.Я.* Кровопотеря. Возможности эндоскопического гемостаза и значение эндоскопии в выборе тактики при лечении гастродуоденальных кровотечений / Л.Я. Тимен, Б.А. Хаит, А.И. Черепанин // Медицинский консультант. — 1995. — № 3. — С.8—15.
9. Outcomes of weekend admissions for upper gastrointestinal hemorrhage: a nationwide analysis / A.N. Ananthkrishnan, E.L. McGinley, K. Saeian [et al.] // Clin. Gastroenterol. Hepatol. — 2009. — № 7. — P.296—302.
10. *Desmond, A.M.* Erosive gastritis its diagnosis management and surgical treatment / A.M. Desmond, K.W. Reynolds // Brit. J. Surg. — 1972. — Vol. 59. — P.5—15.
11. *Forrest, J.A.* Endoscopy in gastrointestinal bleeding / J.A. Forrest, N.D. Finlayson, D.J. Shearman // Lancet. — 1974. — P.394—397.
12. *Hollender, L.F.* Le syndrome de Mallory-Weiss / L.F. Hollender, G. Sava // Aktualites hepato-gastroent. — 1969. — Vol. 5. — P.A229—A246.

REFERENCES

1. *Verbickii, V.G.* Konservativnoe lechenie zheludochno-kishechnykh krvotachenii [Conservative treatment of gastrointestinal bleedings] / V.G. Verbickii, A.A. Kuz'mich // Hirurgicheskaya gastroenterologiya. — M.: Medicina, 2001. — S.94—108.
2. *Gorbashko, A.I.* Diagnostika i lechenie krvopoteri [Diagnostics and hemorrhage treatment] / A.I. Gorbashko. — M.: Medicina, 1982. — 224 s.
3. *Gostishev, V.K.* Ostrye gastroduodenal'nye yazvennye krvotacheniya: ot strategicheskikh koncepcii k lechebnoi taktike [Acute gastroduodenal ulcer bleedings: from strategic concepts to medical tactics] / V.K. Gostishev, M.A. Evseev. — M.: Anta-Eko, 2005. — 352 s.
4. *Gubler, E.V.* Vychislitel'nye metody analiza i raspoznavaniya patologicheskikh posledstviy [Computing methods of the analysis and recognition of pathological consequences] / E.V. Gubler. — L.: Medicina, 1978. — 296 s.
5. *Zagidov, M.Z.* Taktika lecheniya sindroma Mellori—Veissa [Tactics of treatment of a syndrome of Mellory—Veiss] / M.Z. Zagidov, A.M. Zagidova, C.K. Velieva // Neotlozhnaya i specializirovannaya hirurgicheskaya pomoshch': Pervyi kongress moskovskikh hirurgov: sb. tez. — M., 2005. — S.14.
6. *Lucevich, E.V.* Pyatidesyatiletanii opyt lecheniya bol'nykh s zheludochno-kishechnymi krvotacheniyami: s endoskopiei i bez nee [Fifty years' experience of treatment of patients with gastrointestinal bleedings: with an endoscopy and without it] / E.V. Lucevich, I.N. Belov, M.V. Semenov //

- Problemy neotložnoi pomoshchi v klinicheskoj praktike. — M.: Talant, 2001. — S.52—57.
7. Musinov, I.M. Ostrye yazvennye zheludочно-kishechnye krovotечeniya. Prichiny recidivov, sostoyanie sistemy gemostaza, lechenie: avtoref. dis. ... d-ra med. nauk / I.M. Musinov. — M., 2008. — 58 s.
 8. Timen, L.Ya. Krovopoterya. Vozmožnosti endoskopicheskogo gemostaza i znachenie endoskopii v vybore taktiki pri lechenii gastroduodenal'nyh krovotечenii [Hemorrhage. Possibilities of an endoscopic hemostasis and value of an endoscopy in tactics choice at treatment of gastroduodenal bleedings] / L.Ya. Timen, B.A. Hait, A.I. Cherepanin // Medicinskii konsultant. — 1995. — № 3. — S.8—15.
 9. Outcomes of weekend admissions for upper gastrointestinal hemorrhage: a nationwide analysis / A.N. Ananthakrishnan, E.L. McGinley, K. Saeian [et al.] // Clin. Gastroenterol. Hepatol. — 2009. — № 7. — P.296—302.
 10. Desmond, A.M. Erosive gastritis its diagnosis management and surgical treatment / A.M. Desmond, K.W. Reynolds // Brit. J. Surg. — 1972. — Vol. 59. — P.5—15.
 11. Forrest, J.A. Endoscopy in gastrointestinal bleeding / J.A. Forrest, N.D. Finlayson, D.J. Shearman // Lancet. — 1974. — P.394—397.
 12. Hollender, L.F. Le syndrome de Mallory-Weiss / L.F. Hollender, G. Sava // Aktualites hepato-gastroent. — 1969. — Vol. 5. — P.A229—A246.

© Т.В. Матвеева, Р.Ф. Муллаянова, 2014

УДК 616.8

ОСТРЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПОРАЖЕНИЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА

ТАТЬЯНА ВСЕВОЛОДОВНА МАТВЕЕВА, докт. мед. наук, профессор кафедры неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Казань, Россия, тел. 8-917-250-42-64

РЕГИНА ФАНУДАРОВНА МУЛЛАЯНОВА, врач-невролог отделения неотложной неврологии ГАУЗ «Городская клиническая больница № 7» г. Казани, Россия, тел. 8-917-281-89-42, e-mail: murefa@mail.ru

Реферат. Поражение нервной системы при соматических заболеваниях обусловлено главным образом обменными, токсическими, сосудистыми и рефлекторными расстройствами, возникающими вследствие нарушения белкового, углеводного, водно-электролитного, витаминного обмена и тканевой гипоксии. Острые поражения головного мозга характеризуются сочетанием различной степени выраженности общемозговой и очаговой симптоматики, иногда могут начинаться психическими нарушениями: двигательным беспокойством, неадекватным поведением, которые сменяются возникновением неврологической симптоматики, проявляющейся различными симптомами, редко в виде парезов, параличей, менингеальных симптомов. Важное значение имеет внешний вид больного, наличие вегетативных расстройств, уровень сознания. Часто острые состояния в неврологии возникают при поражении головного мозга, реже — периферической нервной системы и спинного мозга. Работа предназначена для неврологов и врачей других специальностей.

Ключевые слова: острые поражения нервной системы, кома, метаболическая энцефалопатия, эндогенная интоксикация.

ACUTE MANIFESTATIONS OF NERVOUS SYSTEM IN THE PRACTICE A PHYSICIAN

TATIANA V. MATVEEVA, M.D., Professor of Department of neurology, neurosurgery and medical genetics SBEI HPE «Kazan State Medical University» of Ministry of Health of Russia tel. 8-917-250-42-64

REGINA F. MULLAIANOVA, neurologist neurology of emergency Department SAIN «City Clinical Hospital № 7» Kazan, Russia, tel. 8-917-281-89-42, e-mail: murefa@mail.ru

Abstract. Nerve damage in somatic diseases due mainly metabolic, toxic, vascular and reflex disorders arising from the breach of protein, carbohydrate, water-electrolyte, vitamin metabolism and tissue hypoxia. Acute brain lesions are characterized by a combination of different severity and cerebral focal symptoms can sometimes begin mental disorders: restlessness, inappropriate behavior, which are replaced by the appearance of neurological symptoms, which is manifested by various symptoms, rarely in the form of paresis, paralysis, meningeal symptoms. Important is the appearance of the patient, the presence of autonomic disorders, the level of consciousness. Often acute conditions in neurology occur in lesions of the brain, at least — the peripheral nervous system and spinal cord. The work is intended for neurologists and other doctors.

Key words: acute lesions of the nervous system, coma, metabolic encephalopathy, endogenous intoxication.

К острым проявлениям поражения нервной системы при соматической патологии относятся обмороки, остро возникшие количественные и качественные нарушения сознания, острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК), острые метаболические энцефалопатии (МЭ) [1, 4, 5, 6, 8]. Основу повреждения нервной ткани при заболева-

ниях внутренних органов составляют сопутствующая им гипоксия; сложные нарушения метаболизма, ферментативного и минерального обменов, микроциркуляции; эндотоксикоз, деструкция тканей с развитием иммунного конфликта, дефицит витаминов и пр. [1, 2, 3, 6]. Остро возникший неврологический дефицит у больного с соматическим страданием