

## **ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПЕРИОДА ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА, ОСЛОЖНЕННОГО НОЗОКОМИАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ**

**АГАФОНОВ КОНСТАНТИН ИГОРЕВИЧ**, ассистент кафедры неврологии и нейрохирургии  
ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия,  
214019, Смоленск, ул. Крупской, 28, e-mail: agafonov-konstantin@ya.ru

**ТРЯСУНОВА МАРИНА АЛЕКСАНДРОВНА**, врач-невролог ОГБУЗ «Смоленская областная клиническая  
больница», ассистент кафедры неврологии и нейрохирургии ФГБОУ ВО «Смоленский государственный  
медицинский университет» Минздрава России, Россия, 214019, Смоленск, ул. Крупской, 28,  
e-mail: tryassunowa\_marina@mail.ru

**АЛЁШИНА ЕЛЕНА НИКОЛАЕВНА**, канд. мед. наук, врач-невролог, зам. начальника Военно-врачебной  
комиссии ФКУЗ «Медико-санитарная часть Министерства внутренних дел России по Смоленской  
области», капитан внутренней службы, Россия, 214000, Смоленск, ул. Октябрьской революции, 14,  
e-mail: hellen.al@mail.ru

**МАСЛОВА НАТАЛЬЯ НИКОЛАЕВНА**, докт. мед. наук, профессор, зав. кафедрой неврологии  
и нейрохирургии ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава  
России, Россия, 214019, Смоленск, ул. Крупской, 28, e-mail: maslovasm@yahoo.com

**ТИМОФЕЕВ СЕРГЕЙ ИВАНОВИЧ**, начальник ФКУЗ «Медико-санитарная часть Министерства внутренних  
дел России по Смоленской области», врач, полковник внутренней службы, Россия, 214000, Смоленск,  
ул. Октябрьской революции, 14, e-mail: smol.timofeev@gmail.com

**ТАГИЕВА ЭЛЬНАРА ДЖЕЙХУНОВНА**, студентка IV курса факультета клинической психологии  
ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия,  
214019, Смоленск, ул. Крупской, 28, e-mail: tagievamagda@mail.ru

**ГАПОНОВА ВЕРА НИКОЛАЕВНА**, студентка IV курса факультета клинической психологии  
ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия,  
214019, Смоленск, ул. Крупской, 28, e-mail: verkagar@gmail.com

**Реферат. Цель** — оценить частоту возникновения инфекционных осложнений у пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения, установить наличие корреляционных связей между возникновением пневмонии в остром периоде острого нарушения мозгового кровообращения и прогнозом на восстановление мобильности. **Материал и методы.** Проанализированы 132 случая госпитализации в Региональный сосудистый центр Смоленской областной клинической больницы (РСЦ СОКБ). Проведен статистический анализ летальности, частоты выявления пульмонологической патологии клинически и по данным методов лучевой диагностики, частоты назначения консультаций клинического фармаколога и антибактериальной терапии вне зависимости от наличия клинического диагноза «пневмония». Кроме того, проведен качественный анализ биохимических показателей, отражающих уровень нутритивной состоятельности пациентов. **Результаты и их обсуждение.** Выявлена корреляционная зависимость ( $p \leq 0,05$ ;  $r_s = 0,85$ ) между выявлением гипопротеинемии, нарушением мобильности пациента (по шкалам Рэнкина и Ривермида, NIHSS) и частотой развития гипостатических и инфекционных осложнений. Данные сочетанные состояния приводят к увеличению сроков госпитализации пациента (более чем на 10 койко-дней) и увеличивают риск неблагоприятного прогноза на выздоровление и жизнь (прямая корреляционная связь с увеличением летальности,  $p \leq 0,01$ ;  $r_s = 0,67$ ). **Заключение.** Пациентам, имеющим выраженные нарушения активности по шкале Рэнкин (от 4 баллов), при поступлении должны проводиться усиленные мероприятия по профилактике гипостатических инфекционных осложнений. Данная группа больных нуждается в дополнительной нутритивной поддержке с целью уменьшения риска развития инфекционных осложнений, снижения риска неблагоприятного исхода.

**Ключевые слова:** инсульт, нарушения глотания, дисфагия, нозокомиальные инфекции, пневмония.

**Для ссылки:** Особенности течения острого периода ишемического инсульта, осложненного нозокомиальной инфекцией / К.И. Агафонов, М.А. Трясунова, Е.Н. Алёшина [и др.] // Вестник современной клинической медицины. — 2016. — Т. 9, вып. 6. — С. 16—20.

# CLINICAL FEATURES OF ISCHEMIC STROKE COMPLICATED BY NOSOCOMIAL INFECTION

**AGAFONOV KONSTANTIN I.**, assistant of professor of the Department of neurology and neurosurgery of Smolensk State Medical University, Russia, 214019, Smolensk, Krupskaya str., 28, e-mail: agafonov-konstantin@ya.ru

**TRIASUNOVA MARINA A.**, neurologist of Smolensk regional Clinical hospital, assistant of professor of the Department of neurology and neurosurgery of Smolensk State Medical University, Russia, 214019, Smolensk, Krupskaya str., 28, e-mail: tryassunowa\_marina@mail.ru

**ALYOSHINA ELENA N.**, C. Med. Sci., neurologist, deputy director of Military physician board of the Medical Care unit of the Ministry of Internal Affairs of Russia in the Smolensk region, captain of internal service, Russia, 214000, Smolensk, Oktyabrskaya revolyutsiya str., 14, e-mail: hellen.al@mail.ru

**MASLOVA NATALIA N.**, D. Med. Sci., professor, Head of the Department of neurology and neurosurgery of Smolensk State Medical University, Russia, 214019, Smolensk, Krupskaya str., 28, e-mail: maslovasm@yahoo.com

**TIMOFEEV SERGEY I.**, Head of the Medical Care unit of the Ministry of Internal Affairs of Russia in the Smolensk region, physician, colonel of internal service, Russia, 214000, Smolensk, Oktyabrskaya revolyutsiya str., 14, e-mail: smol.timofeev@gmail.com

**TAGIEVA ELNARA J.**, 4<sup>th</sup> year student of the faculty of clinical psychology of Smolensk State Medical University, Russia, 214019, Smolensk, Krupskaya str., 28, e-mail: tagievamagda@mail.ru

**GAPONOVA VERA N.**, 4<sup>th</sup> year student of the faculty of clinical psychology of Smolensk State Medical University, Russia, 214019, Smolensk, Krupskaya str., 28, e-mail: verkagap@gmail.com

**Abstract. Aim.** Assessment of the prevalence of infectious complications in patients with acute stroke. Establishing correlations between the presence of pneumonia and rehabilitation prognosis. **Material and methods.** 132 hospitalized to Regional Vascular Centre of Smolensk Regional Clinical hospital patient cases were analyzed. Statistical analysis of mortality, incidence of pneumonia (clinical and x-ray features) and number of clinical pharmacologist consultation was performed. Biochemical indicators of nutritional status were also analyzed. **Results and discussion.** Significant correlations between hypoproteinemia, mobility disorders (according to Rankin scale, Rivermead mobility index and NIHSS) and infectious complications incidence was established ( $p \leq 0,05$ ;  $rs = 0,85$ ). These complicated conditions in patients with stroke increase the duration of hospital treatment (for more than 10 days) and worsen recovery prognosis (significant correlation with mortality,  $p \leq 0,01$ ,  $rs = 0,67$ ). **Conclusion.** Hospital patients with severe and moderate mobility disorders (4 points according to Rankin scale) require significant prevention measures for infectious complications. This group of patients needs additional nutritional support to decrease risk of infectious complications and mortality rates.

**Key words:** stroke, dysphagia, nosocomial infections, pneumonia.

**For reference:** Agafonov KI, Triasunova MA, Alioshina EN, Maslova NN, Timofeev SI, Tagieva ED, Gaponova VN. Clinical features of ischemic stroke complicated by nosocomial infection. The Bulletin of Contemporary Clinical Medicine. 2016; 9 (6): 16—20.

Острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) — одна из наиболее актуальных проблем современной неврологии. По данным Всемирной федерации неврологических обществ, в мире ежегодно регистрируется 15 млн инсультов.

Основа патогенеза гибели нервных клеток при инсульте — неуправляемая и некомпенсированная активация процессов перекисного окисления липидов и синтеза NO при истощении эндогенной системы антиоксидантной защиты. Патобиохимические механизмы оксидантного стресса после острой церебральной ишемии приводят не только к прямому цитотоксическому действию на нервные клетки, но и к повреждению тонких нейроиммунных взаимодействий.

Именно поэтому прогноз инсульта определяется не только топикой и объемом поражения мозга, но и формированием у больного полиорганной патологии в связи с утратой вегетативных церебровисцеральных рефлексов и с индуцированной иммунной недостаточностью. Данное состояние известно в мировой литературе как «инсультиндуцированные инфекции», наиболее часто это нозокомиальные пневмонии [1, 2, 3]. По результатам многих наблюдений частота развития пневмоний достигает 85% [1, 3, 4, 5]. В первые трое суток данные инфекционные осложнения развиваются наиболее часто. Вторая волна пневмоний регистрируется через 2—6 нед от момента госпитализации. Не каждый инсульт одно-

значно приводит к госпитальному инфекционному осложнению. Ранние пневмонии наиболее часто возникают при массивных кровоизлияниях или обширной полушарной ишемии мозга, а также в очагах в стволе мозга любого объема. Как уже говорилось, патогенез нозокомиальных пневмоний при ОНМК связан как с нарушением церебровисцеральных рефлексов и легочной перфузии, так и с первичными церебральными симптомами — дисфагией и аспирацией.

Кроме того, в последнее время много внимания уделяется изучению иммунного статуса в остром периоде мозгового инсульта. Доказано угнетение Т-клеточного звена иммунной системы (уменьшение числа Т-лимфоцитов, Т-хелперов, цитотоксических Т-лимфоцитов), снижение активности НК-клеток [6, 7]. Иницируется дисбаланс продукции про- и противовоспалительных цитокинов, системно активируются процессы апоптоза [6]. В ходе нарушения вегетативных церебровисцеральных взаимодействий реализуется комплекс глобальных соматоневрологических расстройств: системная гипоксия, эндотоксикоз, вторичные блокады микроциркуляции, прогрессирующий ДВС-синдром, декомпенсация хронических заболеваний, сердечной недостаточности. Именно системная воспалительная реакция на фоне тяжелого мозгового инсульта запускает механизмы полиорганной недостаточности [4, 5, 6]. И даже на фоне тяжелого ишемического инсульта

(большого объема или стволовой локализации) в тяжести клинического состояния пациента на первый план часто выступает патология со стороны других органов в систем, приводящая к формированию полиорганной недостаточности и неблагоприятному исходу.

Поэтому инфекционные осложнения у пациентов с острой очаговой патологией центральной нервной системы — состояния, которые часто в большей степени определяют прогноз данного пациента на восстановление утраченных функций и на здоровье в целом, нежели объем и топика поражения головного мозга. По данным литературного анализа, микробиологическая этиология пневмоний при ОНМК — грамотрицательная и смешанная флора (стрептококки, стафилококки, пневмококки) [1, 8]. В половине случаев высеваются анаэробы. Большой риск развития пневмоний при инсульте имеют пациенты старческого возраста, с сопутствующей множественной соматической патологией, с ожирением, курильщики. Прохождение через блок интенсивной терапии, нарушение сознания более одних суток, необходимость в ИВЛ также повышают риск развития инфекционных осложнений [7].

Одним из наиболее потенциально опасных в плане вторичных инфекционных осложнений инсульта является дисфагия [3, 5, 9]. Проведенные эпидемиологические исследования показали, что риск развития пневмонии на фоне ОНМК напрямую связан с возможностью и тяжестью аспирации [2, 5]. Кроме того, дисфагия может привести к нутритивному дефициту и вторичному иммунодефициту. Поэтому у пациентов в остром периоде мозгового инсульта следует оценивать функцию глотания. Дисфагия — нарушение любого этапа акта глотания. Однако чаще всего у больных с ОНМК происходит задержка и снижение эффективности глоточной фазы. Основные признаки наличия у пациента дисфагии: поперхивание пищей и/или кашель во время еды; обильное слюнотечение; выпадение пищи изо рта; пища остается за щекой; слишком медленный прием пищи; трудности при проглатывании таблеток; отказ от приема пищи или жидкости; жалобы на застревание пищи в горле; гастроэзофагеальный рефлюкс; изжога. Основное и клинически значимое осложнение дисфагии — это аспирация пищевыми массами. Аспирация — это попадание любой инородной частицы в дыхательные пути ниже уровня истинных голосовых связок. Основные признаки аспирационного синдрома: субъективные жалобы на затруднение глотания; изменение тембра голоса (тихий или хриплый); громкие влажные крупнопузырчатые хрипы, усиливающиеся после приема пищи или воды; увеличение латентного периода глотательного рефлекса; кашель в момент приема пищи; частое покашливание в течение дня. Естественно, данные симптомы должны быть подтверждены наличием «воспалительной реакции» крови, рентгенологическими данными, подъемом температуры тела.

Жизненно важным мероприятием у пациентов с дисфагией является модификация диеты с целью снижения риска аспирации, либо полное исключение самостоятельного глотания на период 3—5—7 дней

с постоянной тренировкой самостоятельного глотания (логопедический массаж, прием воды мелкими глотками 3—4 раза в день). В то же время необходимо обеспечить полноценное питание и достаточный объем жидкости [1, 9, 10].

**Цель** — оценить частоту возникновения инфекционных осложнений у пациентов с ОНМК, установить наличие корреляционных связей между возникновением пневмонии в остром периоде ОНМК и прогнозом на восстановление мобильности и здоровье в целом.

**Материал и методы.** Проанализированы 132 случая госпитализации в Региональный сосудистый центр Смоленской областной клинической больницы (РСЦ СОКБ). Проведен статистический анализ летальности, частоты выявления пульмонологической патологии клинически и по данным методов лучевой диагностики, частоты назначения консультаций клинического фармаколога и антибактериальной терапии вне зависимости от наличия клинического диагноза «пневмония». Кроме того, проведен качественный анализ биохимических показателей, отражающих уровень пищевой безопасности пациентов. Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием СУБД «SQLServer 2005», пакета прикладных программ для статистических расчетов с использованием языка R (R version 3.1.3, среда разработки R Studio version 0.98.1103, дополнительные пакеты psych\_1.5.8, plyr\_1.8.3) и приложения для работы с электронными таблицами «Microsoft Office Excel 2010». При описании полученных данных использованы методы описательной статистики. Качественные переменные представлены абсолютными (N) и относительными (%) частотами. Поиск взаимосвязей осуществлялся с использованием анализа корреляций. Был использован непараметрический метод — коэффициент ранговой корреляции Спирмена (Spearman rank correlation coefficient) с уровнем значимости 5% ( $\alpha=0,05$ ). Коэффициент корреляции рангов Спирмена (rs) используется для оценки качества связи между двумя совокупностями и может принимать значения от  $-1$  до  $+1$ . Чем ближе значение коэффициента к единице (положительной или отрицательной), тем сильнее связь. Равенство rs нулю говорит о полном отсутствии взаимосвязи.

**Результаты и их обсуждение.** Средний возраст пациентов исследуемой группы составил  $(67 \pm 14)$  лет. Гендерный состав распределен неравномерно: 60,61% — женщины, 39,39% — мужчины. Большинство пациентов (60%) являлись городскими жителями, 76,5% — неработающие пенсионеры. В отношении потери трудоспособности 20% пациентов на момент госпитализации имели группу инвалидности (14,5% из них — инвалиды 2-й группы). В зависимости от установленного диагноза, пациенты распределились следующим образом: 50% пациентам был установлен диагноз «ишемический инсульт с подтверждением ишемии» по данным спиральной компьютерной томографии головного мозга на 3—5-е сут госпитализации; 13,64% — «геморрагический инсульт», 36,36% — «транзиторная ишемическая атака». Общее состояние большинства пациентов

(64,3%) при поступлении в стационар оценивалось как средняя степень тяжести с выраженным неврологическим дефицитом: среднее значение тяжести инсульта по шкале NIHSS составило 5,9 балла, нарушение мобильности — 5,6 балла по шкале Ривермиды, функциональная независимость по шкале Рэнкина — 3,8 балла. Среднее число койко-дней, проведенных в стационаре, составило (13,7±10) дней, что превышает региональный стандарт лечения больных с данной патологией. Увеличение числа дней стационарного лечения в 20,3% случаев было связано с инфекционными осложнениями. Только 13,64% пациентам, по данным рентгенографии органов грудной клетки, была установлена пневмония. Всем пациентам с наличием рентген-данных об инфильтративной или очаговой патологии легких была выполнена мультиспиральная компьютерная томография органов грудной клетки, в 100% случаев был установлен полисегментарный воспалительный процесс. При этом 18,94% пациентов по каким-либо причинам были проконсультированы у клинического фармаколога с целью назначения антибактериальной терапии. В 100% случаев по результатам консультации была назначена антибактериальная терапия. Независимо от наличия пульмонологической патологии у 40,15% пациентов с ОНМК была выявлена массивная лейкоцитурия, при этом только половина из них (18,94%) получала антибактериальную терапию. Снижение нутритивного статуса было зафиксировано у 30,3% пациентов (уровень общего белка составил менее 65 г/л), таким образом, данная группа пациентов изначально находилась в группе риска по гипостатическим и инфекционным осложнениям. При этом средний уровень общего белка в группе исследования в целом был удовлетворительным и составил (67,5±6,5) г/л. В 14,39% случаев госпитализация завершилась летальным исходом.

В результате проведения корреляционного анализа установлена прямая средней степени выраженности корреляционная зависимость между выраженным неврологическим дефицитом при поступлении с нарушением активности по шкале Рэнкина (5 баллов) и частотой летальных исходов госпитализации ( $r=0,65$ ), назначением антибактериальной терапии ( $r=0,58$ ) и развитием пневмонии ( $r=0,56$ ).

Установлена прямая средней степени выраженности корреляционная зависимость между летальностью и гипопроотеинемией менее 65 г/л ( $r=0,5$ ); тяжелым нарушением мобильности (5 баллов по шкале Рэнкина) и применением антибиотиков ( $r=0,36$ ); тяжелым нарушением мобильности и госпитализацией более 13 койко-дней ( $r=0,4$ ). Кроме того, прослеживается прямая средней степени выраженности корреляционная зависимость между наличием гипопроотеинемии менее 65 г/л и риском возникновения пневмонии ( $r=0,39$ ).

**Заключение.** Иными словами, гипопроотеинемия и нарушение мобильности пациента являются фоном для развития гипостатических и инфекционных осложнений, которые приводят к увеличению сроков госпитализации пациента и увеличивают риск неблагоприятного прогноза на выздоровление и

жизнь. Таким образом, пациентам, имеющим выраженные нарушения активности по шкале Рэнкина, при поступлении должны проводиться усиленные мероприятия по профилактике гипостатических инфекционных осложнений. Кроме того, данная группа пациентов должна получать дополнительную нутритивную поддержку с целью уменьшения риска развития инфекционных осложнений, а значит, и снижения летальности.

**Прозрачность исследования.** Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать.

**Декларация о финансовых и других взаимоотношениях.** Все авторы принимали участие в разработке концепции, дизайна исследования и в написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами. Авторы не получали гонорар за исследование.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Пневмония при инсульте / Ю.С. Мартынов, О.Н. Кевдина, Н.А. Шувахина [и др.] // Неврологический журнал. — 1998. — № 3. — С. 18—21.
2. Виленский, Б.С. Осложнения инсульта: профилактика и лечение / Б.С. Виленский. — СПб.: Фолиант, 2002. — С. 77—79.
3. Complications following acute stroke / R. Davenport [et al.] // Stroke. — 1996. — Vol. 27. — P.415—420.
4. Medical complications during stroke rehabilitation / K. Kalra [et al.] // Stroke. — 1995. — Vol. 26. — P.990—994.
5. Рагимов, В.С. Патоморфологические изменения в легких у больных с тяжелыми черепно-мозговыми травмами / В.С. Рагимов, Ш.М. Мусаев, А.Б. Гасанов // Анестезиология и реаниматология. — 2007. — № 1. — С. 57—60.
6. Раков, А.Л. Местный клеточный и гуморальный иммунитет у больных пневмонией / А.Л. Раков, Д.Н. Панфилов, Б.И. Гельцер // Клиническая медицина. — 2000. — № 10. — С. 32—36.
7. Ершов, А.Л. Этиологические и патогенетические особенности нозокомиальной пневмонии, связанной с ИВЛ (НПивл) / А.Л. Ершов // Анестезиология и реаниматология. — 2000. — № 3. — С. 69—73.
8. Яковлев, С.В. Современные проблемы антибактериальной терапии госпитальных инфекций: «горячие точки» резистентности / С.В. Яковлев // Медицинские новости. — 2005. — № 3. — С. 37—43.
9. Dysphagia therapy following stroke: a controlled trial / K.L. De Pippo [et al.] // Neurology. — 1994. — Vol. 44. — P.1655—1660.
10. Кондратьев, А.Н. Анестезия и интенсивная терапия травмы центральной нервной системы / А.Н. Кондратьев, И.М. Ивченко. — СПб.: Мед. изд-во, 2002. — 128 с.

## REFERENCES

1. Martynov JuS, Kevdina ON, Shuvahina NA et al. Pnevmonija pri insul'te [Pneumonia in stroke]. Neurologicheskij zhurn [Neurological journal]. 1998; 3: 18-21.
2. Vilenskij BS. Oslozhnenija insul'ta: profilaktika i lechenie [Stroke complications: prevention and treatment]. SPb: Foliant. 2000; 77-79.
3. Davenport R et al. Complications following acute stroke. Stroke. 1996; 27: 415-420.
4. Kalra K et al. Medical complications during stroke rehabilitation. Stroke. 1995; 26: 990-994.

5. Ragimov BC, Musaev ShM, Gasanov AB. Patomorfologicheskie izmeneniya v ljogkih u bol'nyh s tjazhjolymi cherepno-mozgovymi travmami [Pathomorphological features in lungs in patients with severe brain injury]. Anesteziologija i reanimatologija [Anesthesiology and Intensive Care]. 2007; 1: 57-60.
6. Rakov AL, Panfilov DN, Gel'cer BI. Mestnyj kletochnyj i gumoral'nyj immunitet u bol'nyh pnevmoniej [Local cell and humoral immunity in patients with pneumonia]. Klinicheskaya medicina [Clinical medicine]. 2000; 10: 32-36.
7. Ershov AL. Etiologicheskie i patogeneticheskie osobennosti nozokomial'noj pnevmonii, svjazannoj s IVL (NPIV) [Etiological and pathogenetic features of nosocomial pneumonia related to artificial ventilation]. Anesteziologija i reanimatologija [Anesthesiology and Intensive Care]. 2000; 3: 69-73.
8. Jakovlev CB. Sovremennye problemy antibakterial'noj terapii gospital'nyh infekcij: «gorjachie tochki» rezistentnosti [Nowadays problems of nosocomial infections treatment: «hot points» of resistance]. Medicinskie novosti [Medical news]. 2005; 3: 37-43.
9. De Pippo KL et al. Dysphagia therapy following stroke: a controlled trial. Neurology. 1994; 44: 1655-1660.
10. Kondrat'ev AN, Ivchenko IM. Anestezija i intensivnaja terapija travmy central'noj nervnoj sistemy [Anesthesiology and intensive care of central nervous system injuries]. SPb: Medicinskoje izdatel'stvo [SPb: Medical Publishing House]. 2002; 128 p.

© А.Ю. Анисимов, Э.Х. Мамкеев, Н.Б. Амиров, А.В. Логинов, М.В. Кузнецов, А.А. Анисимов, 2016

УДК [616.36-004-06:616.329/.33-005.1]-089

DOI: 10.20969/VSKM.2016.9(6).20-27

## СПОРНЫЕ ВОПРОСЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ С КРОВОТЕЧЕНИЯМИ ИЗ ВАРИКОЗНО-РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА

**АНИСИМОВ АНДРЕЙ ЮРЬЕВИЧ**, докт. мед. наук, профессор, зав. кафедрой скорой медицинской помощи, медицины катастроф и мобилизационной подготовки здравоохранения ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия» Минздрава России, главный внештатный специалист-хирург Министерства здравоохранения Республики Татарстан, Россия, 420012, Казань, ул. Муштары, 11, тел. 8-843-221-36-70, e-mail: aanisimovbsmp@yandex.ru

**МАМКЕЕВ ЭЛЬДАР ХАМЗЯЕВИЧ**, канд. мед. наук, доцент кафедры эпидемиологии и дезинфектологии ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия» Минздрава России, Россия, 420012, Казань, ул. Муштары, 11

**АМИРОВ НАИЛЬ БАГАУВИЧ**, докт. мед. наук, профессор кафедры общей врачебной практики ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, 420012, Казань, ул. Бултерова, 49, зам. начальника Клинического госпиталя ФКУЗ «МСЧ МВД России по Республике Татарстан», Казань, ул. Оренбургский тракт, 132, e-mail: namirov@mail.ru

**ЛОГИНОВ АЛЕКСАНДР ВИКТОРОВИЧ**, врач-хирург приемного отделения ГАУЗ «Городская клиническая больница № 7» г. Казани, Россия, 420103, Казань, ул. Чуйкова, 54

**КУЗНЕЦОВ МАКСИМ ВЛАДИМИРОВИЧ**, канд. мед. наук, зам. главного врача ГАУЗ «Клиника медицинского университета» г. Казани, Россия, 420012, Казань, ул. Толстого, 4

**АНИСИМОВ АНДРЕЙ АНДРЕЕВИЧ**, студент педиатрического факультета ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, 420012, Казань, ул. Бултерова, 49

**Реферат. Цель исследования** — улучшение результатов лечения больных циррозом печени, осложненным кровотечением из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка, путем применения активной хирургической тактики. **Материал и методы.** Выполнен клинический анализ результатов лечения 105 больных циррозом печени с синдромом внутрипеченочной портальной гипертензии за период с 2006 по 2014 г. **Результаты и их обсуждение.** Выжидательная консервативная тактика у больных циррозом печени, осложненным пищеводно-желудочным кровотечением, не позволяет избежать большого количества осложнений и существенно уменьшить показатели летальности. Включение в лечебную программу больных с компенсированным (класс А) и субкомпенсированным (класс В) циррозом печени, осложненным кровотечением из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка, активной хирургической тактики позволяет уменьшить общее количество осложнений с 97,4 до 25,0%, в том числе рецидивов кровотечений — с 12,9 до 7,1%, частоту развития печеночной недостаточности — с 16,9 до 14,3%, нагноений срединной раны — с 6,5 до 3,6%, пневмоний и плевритов — с 2,3 до 0%, снизить послеоперационную летальность с 100 до 35,7%, госпитальную летальность — с 76,6 до 35,7%, сократить сроки стационарного лечения пациентов с благоприятным исходом в классе А с (18,1±3,0) до (13,0±2,0) сут, в классе В — с (22,0±2,0) до (17,25±1,0) сут. **Заключение.** Активная хирургическая тактика с использованием операции М.Д. Пациора позволяет достичь стойкой ремиссии гастроэзофагеального кровотечения как основного симптома болезни. Необходимо подтверждение первоначальных клинических результатов эффективности эндоскопического гемостаза стентами Даниша в дальнейших сравнительных рандомизированных контролируемых исследованиях.

**Ключевые слова:** портальная гипертензия, цирроз печени, кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка, хирургическое лечение, эндоскопический гемостаз.

**Для ссылки:** Спорные вопросы хирургического лечения больных циррозом печени с кровотечениями из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка / А.Ю. Анисимов, Э.Х. Мамкеев, Н.Б. Амиров [и др.] // Вестник современной клинической медицины. — 2016. — Т. 9, вып. 6. — С.20—27.