

АССФ/АНА (2009), назначение аспирина (табл. 3: критерий 13).

Обсуждение. Полученные в данном исследовании результаты свидетельствуют о возможности применения большинства критериев АССФ/АНА (2009) для оперативного управления качеством первичной профилактики в организованных коллективах, поданных сотрудникам УИС. Достоинством данных критериев является их наглядность. Относительная простота вычисления и интерпретации критериев снижает вероятность субъективной трактовки текущей ситуации. Недостатки, выявляемые критериями, должны учитываться в ходе пошагового совершенствования профилактической помощи.

Сотрудники УИС представляют собой когорту достаточно высокого уровня здоровья, относительно общего населения России, что обеспечивается военно-врачебной комиссией при приеме на службу и регулярных переосвидетельствованиях, а также развитой системой диспансеризации. Тем не менее критерии АССФ/АНА (2009) позволили выявить ряд текущих недостатков в профилактической работе среди указанного контингента, устранение которых позволит снизить риск развития ССЗ в будущем. Отметим, что критерии, посвященные оценке липидного профиля крови и гиполипидемической терапии (№10 и 11), не согласуются с текущим внутренним приказом, регламентирующим условия измерения полного липидного профиля у сотрудников УИС, поэтому не могут полноценно использоваться в настоящее время в ЦМСР. Изменение внутреннего регламента проведения профилактических осмотров в ЦМСР может в перспективе создать возможность применения данных критериев для контроля мероприятий первичной профилактики ССЗ в полном объеме, в соответствии с [2].

Критерий («Лечение аспирином») может быть исключен из оценки качества первичной профилактики среди сотрудников УИС, наблюдающихся в ЦМСР, так как среди них отсутствует целевая группа лиц.

Оптимальным вариантом внедрения критериев АССФ/АНА (2009) в практику профилактической помощи в УИС является организация на их основе клинического аудита [4]. Данная технология может базироваться как на использовании современных информационных систем (что предпочтительней [5]), так и на традиционном бумажном документообороте. Возможна реализация различных переходных вариантов.

Недостаточный объем профилактических мероприятий в изучаемой когорте применительно к таким факторам ССР, как низкая физическая активность, повышенный уровень АД и дислипидемия, — существенный недостаток, учитывая важное значение перечисленных факторов в формировании общего ССР [6, 7].

Критерии АССФ/АНА (2009) — новый тип оценок, позволяющий судить о состоянии здоровья когорты

пациентов не по абсолютному значению признака (например, по уровню АД или общего холестерина крови), а по доле лиц, у кого данный показатель в норме. Это позволяет четко обозначить целевую группу, на которую следует направить мероприятия по улучшению качества профилактической помощи. Это делает показатели АССФ/АНА более эффективными в аспекте совершенствования качества, чем традиционные уровни встречаемости отдельных факторов риска.

Заключение. В представленной работе показана возможность применения большинства критериев АССФ/АНА (2009) (кроме критериев, посвященных гиполипидемической терапии и лечению аспирином: критерии 10, 11 и 13) для оценки качества мероприятий по первичной профилактике ССЗ в организованном коллективе сотрудников УИС Саратовской области. Выявлен ряд недостатков текущей первичной профилактики в ЦМСР применительно к следующим факторам ССР: низкая физическая активность, повышенный уровень АД, дислипидемия. Получаемые оценки могут являться основой для оперативного управления качеством профилактической помощи, в том числе в рамках клинического аудита.

References (Литература)

1. State Health Programme of the Russian Federation. URL: <http://www.gosprogrammy.gov.ru/Main/Start>. Russian (Государственная программа развития здравоохранения Российской Федерации). URL: <http://www.gosprogrammy.gov.ru/Main/Start>.
2. Redberg RF, Benjamin EJ, Bittner V, et al. ACCF/AHA 2009 performance measures for primary prevention of cardiovascular disease in adults. *J Am Coll Cardiol* 2009; 54: 1364–1405.
3. Bonow RO, Masoudi FA, Rumsfeld JS, et al. ACC/AHA classification of care metrics: performance measures and quality metrics: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Performance Measures. *J Am Coll Cardiol* 2008; 52: 2113–2117.
4. Posnenkova OM, Kiselev AR, Gridnev VI, et al. View on the Problem of Managing of Medical Care Quality. *Oman Medical Journal* 2012; 27: 261–262.
5. Nalivaeva AV. Information technologies in medicine: evidence facts and unsolved problems. *Bulletin of Medical Internet Conferences* 2012; 2: 894–897. Russian (Наливаева А.В. Информационные технологии в медицине: доказанные факты и нерешенные проблемы. Бюллетень медицинских Интернет-конференций 2012; 2: 894–897).
6. Russian national guidelines for cardiovascular prevention — 2011. *Cardiovascular Therapy and Prevention* 2011; 10 (6), Suppl. 2: 1–64. Russian (Российские национальные рекомендации по кардиоваскулярной профилактике — 2011. Кардиоваскулярная терапия и профилактика 2011; 10 (6), Прил. 2: 1–64).
7. Perk J, De Backer G, Gohlke H, et al. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012): the fifth joint task force of the European society of cardiology and other societies on cardiovascular disease prevention in clinical practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts. *European Heart Journal* 2012; 33: 1635–1701.

ФЕНОМЕН ПАРАКОАГУЛЯЦИИ И ПОРАЖЕНИЯ ЖЕЛУДКА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

А. Н. Сапожников — ГБОУ ВПО «Ульяновский государственный университет», доцент кафедры госпитальной терапии, кандидат медицинских наук; **В. Г. Бурмистрова** — ГБОУ ВПО «Ульяновский государственный университет», доцент кафедры прикладной математики, кандидат физико-математических наук; **В. А. Разин** — ГБОУ ВПО «Ульяновский

государственный университет», доцент кафедры факультетской терапии, доктор медицинских наук; **О. В. Мазурова** — ГБОУ ВПО «Ульяновский государственный университет», ассистент кафедры госпитальной терапии; **М. В. Марковцева** — ГБОУ ВПО «Ульяновский государственный университет», старший преподаватель кафедры госпитальной терапии, кандидат медицинских наук; **О. А. Сайкина** — студент медицинского факультета, Ульяновский госуниверситет, РФ, г. Ульяновск; **Т. Л. Баландина** — студент медицинского факультета, Ульяновский госуниверситет, РФ, г. Ульяновск.

PARACOAGULATION PHENOMENON AND STOMACH LESIONS IN PATIENTS WITH ACUTE CORONARY SYNDROME

A. N. Sapozhnikov — Ulyanovsk State University, Department of Hospital Therapy, Assistant Professor, Candidate of Medical Science; **V. G. Burmistrova** — Ulyanovsk State University, Department of Applied Mathematics, Assistant Professor, Candidate of Physico-mathematical Science; **V. A. Razin** — Ulyanovsk State University, Department of Faculty Therapy, Assistant Professor, Doctor of Medical Science; **O. V. Mazurova** — Ulyanovsk State University, Department of Hospital Therapy, Assistant; **M. V. Markovtseva** — Ulyanovsk State University, Department of Hospital Therapy, Candidate of Medical Science; **O. A. Saikina** — Ulyanovsk State University, Medical Faculty, Student; **T. L. Balandina** — Ulyanovsk State University, Medical Faculty, Student.

Дата поступления – 19.12.2013 г.

Дата принятия в печать — 27.05.2014 г.

Сапожников А. Н., Бурмистрова В. Г., Разин В. А., Мазурова О. В., Марковцева М. В., Сайкина О. А., Баландина Т. Л. Феномен паракоагуляции и поражения желудка у больных с острым коронарным синдромом. Саратовский научно-медицинский журнал 2014; 10(2): 271–275.

Цель: исследование взаимосвязи феномена паракоагуляции и эрозивно-язвенных поражений желудка у больных с острым коронарным синдромом. **Материал и методы.** Проанализированы данные 443 пациентов с острым коронарным синдромом: из них 223 с появлением в коагулограмме положительных паракоагуляционных проб. Изучался анамнез, проводились коронароангиография, фиброгастроскопия, определялись паракоагуляционные пробы. **Результаты.** Положительные паракоагуляционные пробы в коагулограмме больных с острым коронарным синдромом в 76% случаев ассоциированы с появлением эрозивно-язвенных поражений желудка. Феномен паракоагуляции чаще возникает у больных: курящих, с сахарным диабетом, инфарктом миокарда (как исход острого коронарного синдрома), с мультифокальным стенозом коронарных артерий. **Заключение.** Исследование продуктов паракоагуляции при остром коронарном синдроме может использоваться для прогноза эрозивно-язвенных поражений желудка.

Ключевые слова: положительные паракоагуляционные пробы, острый коронарный синдром, эрозии желудка.

Sapozhnikov AN, Burmistrova VG, Razin VA, Mazurova OV, Markovtseva MV, Saikina OA, Balandina TL. Paracoagulation phenomenon and stomach lesions in patients with acute coronary syndrome. *Saratov Journal of Medical Scientific Research* 2014; 10(2): 271–275.

The aim is to study the paracoagulation phenomenon and stomach erosive ulcerous lesions relationship in patients with acute coronary syndrome. **Material and methods.** 443 patients with acute coronary syndrome were analyzed. 223 patients had positive paracoagulation samples. Anamnesis, coronary angiography, fibrogastroscopy, paracoagulation sample determination have been studied. **Results.** Positive paracoagulation samples in coagulogram of patients with acute coronary syndrome in 76% of cases associated with the stomach erosive ulcerous lesions. The phenomenon of paracoagulation is more likely to occur in smokers with diabetes and myocardial infarction (as the outcome of acute coronary syndrome), with multiply coronary arteries stenosis. **Conclusion.** The paracoagulation products investigation in acute coronary syndrome can be used to prognose stomach erosive ulcerous lesions.

Key words: positive paracoagulation samples, acute coronary syndrome, gastric erosion.

Введение. Острые поражения слизистой верхних отделов желудочно-кишечного тракта являются актуальной задачей современной медицины [1; 2]. С этой проблемой сталкиваются, в частности, неотложная кардиология и кардиохирургия [3]. Одним из факторов развития острых деструктивных процессов в слизистой оболочке желудка является синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания [4; 5]. Ранее нами построена регрессионная математическая модель «факторов риска, определяющих развитие эрозивно-язвенных гастропатий у больных с острым коронарным синдромом». Одним из факторов, полученных в ходе создания модели по методу наименьших квадратов, оказались положительные паракоагуляционные пробы с коэффициентом 0,126 [6].

В большинстве случаев ДВС инициатором патологического процесса выступает тканевой тромбопластин (фактор III свертывания крови). В комплексе с VII фактором свертывания крови он способствует активации X фактора. Тканевой тромбопластин поступает в кровяной ток из поврежденных и подвергающихся распаду тканей. В отличие от обычного процесса полимеризации волокон фибрина из его

мономеров, при ДВС-синдроме значительно снижается чувствительность к тромбину и нарушается процесс полимеризации фибрин-мономеров. Часть фибрин-мономеров образуют с фибриногеном и продуктами его распада комплексные крупно- и среднемолекулярные соединения — растворимые фибрин-мономерные комплексы. Они плохо реагируют на действие тромбина, обладая относительной тромбинрезистентностью, но образуют гель при добавлении к плазме этанола. Это и есть феномен неферментативного свертывания, или феномен паракоагуляции [3; 6]. Задача настоящего исследования состояла в определении взаимосвязи феномена паракоагуляции и острых эрозивных поражений желудка, часто имеющих место при острой коронарной недостаточности. Изучалось влияние и сопутствующей патологии, в частности сахарного диабета, табококурения.

Материал и методы. В исследовании изучалась взаимосвязь нарушений гемостаза при остром коронарном синдроме (ОКС) и эрозивно-язвенных гастропатий. Нами изучено 443 больных (311 мужчин, 132 женщины) с ОКС, поступивших в региональный сосудистый центр г. Ульяновска в 2010–2013 гг. Пациентам проводился весь комплекс стандартных исследований. На основании клинических, инструментальных (электрокардиография, ультразвуковое и ангиографическое исследования сердца) и ла-

Ответственный автор — Сапожников Александр Нилович
Тел (сот): 89272725530.
E-mail: 1nilych1972@mail.ru

бораторных (выявления концентраций тропонина, кретинофосфокиназы-МВ) исходом ОКС определялся инфаркт миокарда или нестабильная стенокардия. Лабораторные исследования показателей коагулограммы проводились в 1–3-й дни на программно-аппаратном комплексе «Olympus AU400», Япония. Коагулопатии выставлялись на основании появления в анализе крови хотя бы одной из положительных паракоагуляционных проб (этаноловая проба и появление фибриногена Б). Основную группу составили 223 пациента, у которых в коагулограмме выявлен феномен паракоагуляции. Группа сравнения включала 220 больных, сопоставимых по возрасту и полу, с ОКС без коагулопатий. Полная клинико-демографическая характеристика обследованных больных представлена в таблице.

Таблица 1

Клинико-демографическая характеристика пациентов

Характеристика пациентов	Основная группа (n=223)	Группа сравнения (n=220)
Возраст, лет (M±SD)	55,2±10,7	55,1±10,3
Пол (м:ж)	161:62	150:70
Прием АСК (n /%)	85 (38%)	79 (36%)
Курение, (n %)	150 (67%) *	113 (48%)
Паракоагуляционные пробы	Положительные	Отрицательные

Примечание: * — $p < 0,05$ по сравнению с группой без коагулопатий.

Оценивались такие возможные факторы риска нарушений гемостаза, как курение более 10 сигарет/сутки и длительный прием ацетилсалициловой кислоты (АСК) в дозе 75 и более мг/сутки. Достоверного различия в приеме АСК в основной и группе сравнения не найдено. По проблеме табакокурения у больных с коагулопатиями определялось более частое ($p=0,0005$) наличие данной «вредной привычки». По данным коронароангиографии, в зависимости от тяжести атеросклероза определялся мультифокальный стеноз или стеноз 0–2 коронарных артерий (ангиограф Simens Axion Artis). Исследование слизистой желудка на предмет появления острых эрозивно-язвенных поражений слизистой производилось эндоскопическим методом на цифровом цветном видеопроцессоре «Pentax EPK-1000» (Япония) на 7±1 день пребывания больного в стационаре.

В исследование не включались пациенты с острым нарушением мозгового кровообращения; гемодинамически значимым поражением клапанов сердца; симптоматическими гипертониями; острым и хроническим легочным сердцем; кардиомиопатиями; воспалительными заболеваниями оболочек сердца; расслоением аорты; злокачественными новообразованиями; получающие программный гемодиализ. Статистическая обработка материала проведена с помощью русифицированного пакета «Статистика 6.0». Для непрерывных величин рассчитывали средние величины (M), стандартные отклонения (SD). Достоверность различий количественных признаков оценивалась при помощи t-критерия Стьюдента (при параметрическом распределении) и U-критерия Манна — Уитни (при непараметрическом распределении). При сравнении качественных признаков использовался критерий χ^2 . Проведены парные сравнения и многофакторный анализ. Достоверность значимости

коэффициента корреляции была определена критерием t, ошибка коэффициента корреляции определялась методом квадратов Пирсона. Статистически значимыми считали различия, если вероятность абсолютно случайного их характера не превышала 5% ($p < 0,05$).

Результаты. При проведении эндоскопического исследования эрозивно-язвенные поражения желудка и/или 12-перстной кишки выявлены у 169 (76%) больных в основной группе. Локализация эрозивного процесса в желудке отмечена у 77 больных, в 64 случаях имело место эрозивное повреждение слизистой 12-пк и сочетанные эрозии желудка и 12-перстной кишки у 27 человек. Не наблюдалось острых гастродуоденитов у 54 (24%) пациентов. В группе сравнения острые эрозии слизистой оболочки желудка и/или 12-перстной кишки наблюдались достоверно ($p < 0,0001$) реже — 106 случаев (48%), в том числе эрозии желудка — 53, 12-пк — 42 и 11 сочетанных поражений. У основного контингента больных группы без коагулопатий эрозий не обнаружено — 114 (52%) человек (рис. 1).

В основной группе более частым ($p=0,0002$), чем в группе сравнения, исходом ОКС явился острый инфаркт миокарда — 119 (53%) больных. Диагноз «нестабильная стенокардия» после проведенного обследования выставлен 104 (47%) больным (рис. 2). В группе сравнения соотношение исходов ОКС существенно преобладало в пользу нестабильной стенокардии — 141 случай (64%) и 79 (36%) инфарктов миокарда.

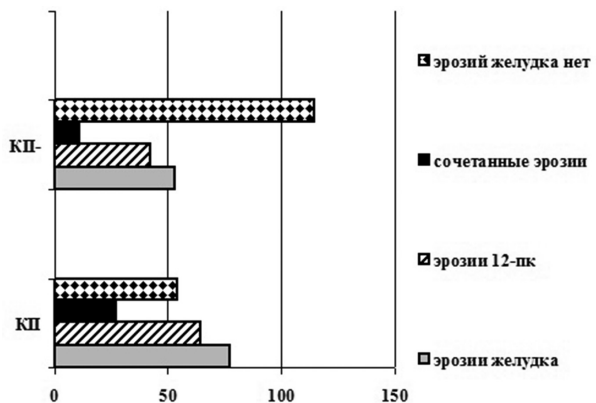


Рис. 1. Появление эрозий желудка у больных острым коронарным синдромом в зависимости от наличия коагулопатий (КПИ/КПИ-)

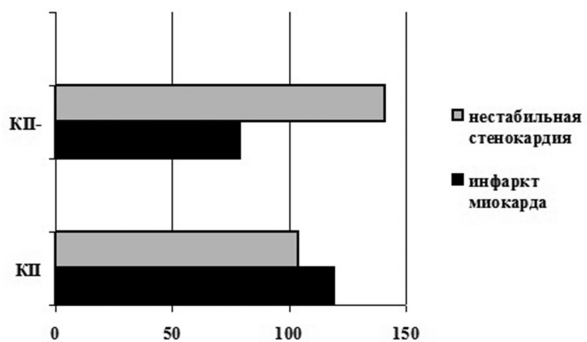


Рис. 2. Исход острого коронарного синдрома в зависимости от наличия коагулопатий (КПИ/КПИ-)

Согласно результатам коронароангиографии в основной группе мультифокальное поражение сосудов сердца обнаружено у 93 пациентов, что составило 42%. В группе сравнения аналогичное по тяжести состояние сосудистого русла зафиксировано достоверно ($p=0,007$) реже — в 59 случаях (26%). Изменения локального характера по группам соответственно составило 58 и 74% (рис. 3).

Одним из факторов, повышающих вероятность ($p=0,01$) острых эрозий у больных ОКС, является сахарный диабет II типа, в т.ч. впервые выявленный [5]. В основной группе таких пациентов оказалось 41, что на 80% более, чем в группе сравнения (22 пациента) (см. рис. 3). Таким образом, состояние гипергликемии больных с ОКС также способствовало патологии гемостаза.

При построении матрицы парных корреляций выявлены различия: гастродуоденопатии и возраст ($r=0,13$; $p=0,0067$); курение ($r=0,25$; $p<0,001$); инфаркт ($r=0,14$; $p=0,003$), прием ацетилсалициловой кислоты ($r=0,17$; $p<0,001$); наличие мультифокального стеноза коронарных артерий ($r=0,28$; $p<0,001$). Также статистически значимое различие имеется между положительными паракоагуляционными пробами и эрозивно-язвенными поражениями желудка и 12-перстной кишки ($r=0,26$; $p<0,001$). При этом параметры: возраст, курение, прием ацетилсалициловой кислоты, мультифокальный стенозирующий атеросклероз коронарных сосудов — между собой не различимы ($r<0,13$), что позволяет нам считать гастродуоденопатии следствием выявления этих факторов.

Обсуждение. Предполагается следующий механизм повреждающего действия коагулопатий на слизистую оболочку желудка. В процессе развития ДВС-синдрома на фоне гиперкоагуляции (2-я стадия развития — коагулопатия потребления) истощается система фибринолиза. Микротромбы перестают лизироваться, и формируется блокада микроциркуляторного русла в органах-мишенях. В слизистой оболочке двенадцатиперстной кишки и желудка появляется глубокая очаговая дистрофия. В тяжелых случаях формируются острые эрозивные и язвенные дефекты, являющихся источником повторяющихся кровотечений, дающих высокую летальность [7].

В ходе исследования установлено, что острые эрозии желудка/12-перстной кишки возникают у больных ОКС с положительными паракоагуляционными пробами существенно чаще, чем в отсутствии феномена паракоагуляции. На появление коагулопатий оказывают влияние такие факторы, как неблагоприятный исход ОКС (инфаркт миокарда), распространенность коронарного атеросклероза, курение, нарушенный углеводный обмен. Согласно рекомендациям «по оказанию скорой и неотложной помощи», коагулопатии, наряду с острой дыхательной недостаточностью и проведением искусственной вентиляции считаются абсолютными показаниями для проведения профилактики развития стрессовых язв (эрозий) [8].

Выявление группы риска и проведение эффективной профилактической антисекреторной терапии — обязательная часть лечения этой тяжелой категории больных. При построении матрицы парной корреляции прием ацетилсалициловой кислоты оказался независимым фактором риска для возникновения гастродуоденопатий. Существуют данные, что ацетилсалициловая кислота учащает и усугубляет проявления ДВС-синдрома [9]. Однако в этом случае речь идет о больших дозах АСК или о применении

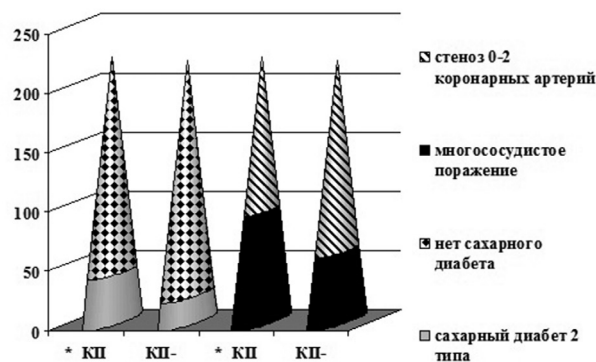


Рис. 3. Состояние коронарного русла и сопутствующий сахарный диабет у больных острым коронарным синдромом в зависимости от наличия коагулопатий (КП/КП-) (* — $p<0,05$ по сравнению с больными без коагулопатий)

препаратов непосредственно в ургентной терапии. Полученные нами результаты свидетельствуют, что доза 75–150 мг/сутки, которая рекомендована больным ишемической болезнью сердца для длительного профилактического приема, хотя и оказывает достоверное негативное влияние на слизистую желудка и 12-перстной кишки, не способствует паракоагуляции в случае ОКС.

Другим важным аспектом можно считать то обстоятельство, что паракоагуляционные пробы — «динамические» факторы (в отличие от возраста, курения, приема АСК). То есть их появление является одним из маркеров осложненного течения ОКС вообще и в частности эрозивно-язвенных поражений желудка и 12-перстной кишки. Если же ранее положительные пробы стали отрицательными, то это, в большинстве случаев, благоприятный прогностический признак. Исследования коагулограммы безопасны для пациентов и довольно дешевые, что позволяет проводить их многократно.

Заключение. Появление положительных паракоагуляционных проб у больных с острым коронарным синдромом, свидетельствующих о синдроме диссеминированного внутрисосудистого свертывания, сопряжено с частой коморбидной патологией. В 76% возникают острые эрозии желудка и/или кишечника. Другими факторами, ассоциированными с коагулопатиями, являются инфаркт миокарда, мультифокальный атеросклероз венечных артерий, сахарный диабет II типа, курение. Низкие дозы ацетилсалициловой кислоты не оказывают существенного влияния на гемостаз (паракоагуляцию).

Конфликт интересов. Работа проведена в рамках диссертационного исследования и не имеет коммерческой или иной заинтересованности физических или юридических лиц.

References (Литература)

1. Rudakova VE. Gipercoagulable syndrom: pathogenesis, diagnostic and therapeutic features: Avtoreferat dis. kand. med. nauk. Moscow 2008; 23p. Russian (Рудакова В. Е. Гиперкоагуляционный синдром: патогенетические, диагностические и лечебные особенности: автореф. дис.... канд. мед. наук. М., 2008; 23 с.).
2. Slomiany A, Mizura K, Zalesna G. Effect of ulcer-healing ulcer-causing agent of synthesis, processing and peptic resistance of gastric mucosglycoprotein. S Arf Med J 1988; 74 (2): 30–32.
3. Bokeriya LA, Yarustovskij MB, Shipova EA. Acute gastroduodenal bleedings in cardiovascular surgery. Moscow:

Izd-vo NTSSSKH im. A. N. Bakuleva RAMN, 2004; 186 p. Russian (Бокерия Л.А., Ярустовский М.Б., Шипова Е.А. Острые гастродуоденальные кровотечения в сердечно-сосудистой хирургии. М.: Изд-во НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН, 2004; 186 с.).

4. Mazurova OV, Sapozhnikov AN, Razin VA. Disease of heart vessels, erosive and ulcer stomach in patients with type II diabetes with acute coronary syndrome. *Fundamentalnye issledovaniya* 2013; (9): 74–78. Russian (Мазурова О.В., Сапожников А.Н., Разин В.А. Поражение сосудов сердца и эрозивно-язвенные поражения желудка у больных с сахарным диабетом при остром коронарном синдроме. *Фундаментальные исследования* 2013; (9): 74–78).

5. Sapozhnikov AN, Gimaev RKh, Mazurova OV. Data gemostasis and erosive and ulcer stomach in patients with unstable angina. *Protivorechiya sovremennoj kardiologii: materialy nauchno-prakticheskoy konferentsii*. Samara, 2013; 140 p. Russian (Сапожников А.Н., Гимаев Р.Х., Мазурова О.В. Показатели гемостаза и эрозивно-язвенные поражения желудка у больных нестабильной стенокардией. В сб.: *Противоречия современной кардиологии: материалы науч.-практ. конф.* Самара, 2013; 140 с.).

6. Sapozhnikov AN, Burmistrova VG, Galyavich AS. The erosive and ulcerative gastropathies risk factors in patients with acute coronary syndrome. *Fundamentalnye issledovaniya* 2013; (9): 1134–1138. Russian (Сапожников А.Н., Бурмистрова В.Г., Галаявич А.С. Факторы риска, определяющие развитие эрозивно-язвенных гастропатий, у больных с острым коронарным синдромом. *Фундаментальные исследования* 2013; (9): 1134–1138).

7. Gel'fand BR, Martynov AN, Gur'yanov VA. Prevention gastrointestinal stressdamages in patients in critical conditions. *Consilium medicum* 2003; (2): 16–20. Russian (Гельфанд Б.Р., Мартынов А.Н., Гурьянов В.А. Профилактика стрессповреждений верхнего отдела желудочно-кишечного тракта у больных в критических состояниях. *Consilium medicum* 2003; (2): 16–20).

8. Eliseev OM. Directory to provide emergency care. SPB.: TOO «Lejla», 1999; 264 p. Russian (Елисеев О.М. Справочник по оказанию скорой и неотложной помощи 1999. СПб.: TOO «Лейла», 1999; 264 с.).

9. Gostishhev VK, Evseev MA. Gastroduodenal bleedings of peptic etiology. Moscow: GEOTAR-Media, 2008; 380 p. Russian (Гостищев В.К., Евсеев М.А. Гастродуоденальные кровотечения язвенной этиологии. М., ГЭОТАР-Медиа, 2008; 380 с.).

