

## ХИРУРГИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ ЛЕЧЕБНОЙ ПРОГРАММЫ ВТОРИЧНОГО РАСПРОСТРАНЕННОГО ГНОЙНОГО ПЕРИТОНИТА

**РАИС РОБЕРТОВИЧ МУСТАФИН**, канд. мед наук, зав. приемным отделением ГАУЗ «Городская клиническая больница № 7» г. Казани, ассистент кафедры скорой медицинской помощи ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия» Минздрава России, тел. 8-927-240-93-02, e-mail: rai-mustafin@yandex.ru

**АНДРЕЙ ИВАНОВИЧ АНДРЕЕВ**, канд. мед наук, врач-хирург отделения хирургии ГАУЗ «Городская клиническая больница № 7» г. Казани, тел. 8-987-293-51-64, e-mail: aandreyi@yandex.ru

**АНДРЕЙ ЮРЬЕВИЧ АНИСИМОВ**, докт. мед наук, профессор кафедры скорой медицинской помощи ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия» Минздрава России, главный внештатный специалист-хирург Министерства здравоохранения Республики Татарстан, зам. главного врача по медицинской части ГАУЗ «Городская клиническая больница № 7» г. Казани, e-mail: aanisimovbsmp@yandex.ru

**Реферат.** Статья посвящена анализу клинического эффекта комплексного подхода к хирургическому алгоритму лечебной программы больных со вторичным распространенным гнойным перитонитом (ВРГП). Анализ материала клиники за период с 1984 по 2012 г. показал, что из 27 954 операций на органах брюшной полости 2 358 (8,5%) было выполнено по поводу вторичного распространенного гнойного перитонита различной этиологии. Включение в комплекс лечебных мероприятий пациентам, состояние которых характеризовалось особой тяжестью, распространенностью процесса по брюшине и степени ее загрязнения (сумма баллов по шкале APACHE II не менее 20, Мангеймский индекс перитонита от 20 и выше), открытого метода — перитонеостомии с плановыми этапными санациями брюшины в послеоперационном периоде позволило ускорить темпы регрессии эндогенной интоксикации, уменьшить количество осложнений, снизить летальность с 68,3 до 32,4%, сократить сроки пребывания на койке с (53,4±3,9) сут до (39,7±2,1) сут.

**Ключевые слова:** вторичный распространенный гнойный перитонит, перитонеостомия.

## MEDICAL SURGICAL ALGORITHM PROGRAM SECONDARY SPREAD OF PURULENT PERITONITIS

**RAIS R. MUSTAFIN**, the candidate honey of sciences, the manager of a reception of GAUZ «City Clinical Hospital № 7» of Kazan, the assistant to chair of an emergency medical service of GBOU DPO «Kazan State Medical Academy» of Ministry of Health of the Russian Federation, 8-927-240-93-02, e-mail: rai-mustafin@yandex.ru

**ANDREY I. ANDREEV**, the candidate honey of sciences, the doctor surgeons of office of surgery of GAUZ «City Clinical Hospital № 7» of Kazan, 8-987-293-51-64, e-mail: aandreyi@yandex.ru;

**ANDREY YU. ANISIMOV**, the doctor honey of sciences, the professor, the chief non-staff specialist the surgeon of Ministry of Health of the Republic of Tatarstan, the deputy chief physician by medical part of GAUZ «City Clinical Hospital № 7» of Kazan, the professor of chair of an emergency medical service of GBOU DPO «Kazan State Medical Academy» of Ministry of Health of the Russian Federation, Kazan, e-mail: aanisimovbsmp@yandex.ru

**Abstract.** This article analyzes the clinical benefit of an integrated approach to the surgical treatment program algorithm of patients with secondary widespread purulent peritonitis. Analysis of clinical material for the period from 1984 to 2012 showed that of the 27 954 operations on the abdominal cavity 2 358 (8,5%) were performed at the secondary widespread purulent peritonitis of different etiology. Inclusion in the range of therapeutic interventions in patients whose condition was characterized by the extremely serious nature, prevalence of the process according to the peritoneum and the degree of contamination (amount of points on the APACHE II score of at least 20, Mannheim peritonitis index of 20 or above), the open method — peritoneostomy — with the planned milestone bailouts peritoneum in the postoperative period allowed to accelerate the pace of regression of endogenous intoxication, reduce complications, reduce mortality from 68,3 to 32,4%, reduce the length of stay in the bed with a (53,4±3,9) days to (39,7±2,1) days.

**Key words:** Secondary widespread purulent peritonitis, peritoneostomy.

Вторичный распространенный гнойный перитонит (ВРГП) был и остается нестарейшей проблемой urgentной абдоминальной хирургии [2]. Со времен G. Wegner [18], воспитанного «в страхе перед богом и брюшиной», и по сей день этот «зловещий призрак уносит одну жертву за другой».

Еще в 1890 г. вышла в свет диссертация Р.М. Осмоловского, где впервые был обобщен опыт лечения перитонита путем лапаротомии у 180 больных. При этом выздоровление было получено у 60%, тогда как раньше летальность при перитоните за редкими исключениями была абсолютной. Следует заметить, что за все последующие годы, более чем за столетие, не удавалось наблюдать подобного благоприятного «скачка» в грозной статистике перитонита [14].

Правда, периодически можно встретить публикации, в которых приводятся удивительные результаты лечения этого состояния со снижением летальности до 4—8%. Чаще всего эти успехи авторы связывают с эффективностью какого-либо нового лечебного метода. Однако жизнь и клинический опыт со временем вносят коррекцию в такие данные. Подобное снижение летальности зачастую представляет собой чисто статистический эффект, достигаемый включением в анализ относительно ранних, более легких форм перитонита, не составляющих клинической проблемы, при условии своевременного адекватного хирургического пособия [10]. В этой связи еще И.И. Греков с горькой иронией замечал, что «исправителю» угнетающую статистику исходов перитонита довольно просто: стоит

лишь «разбавить» наблюдения истинного перитонита теми его формами, для излечения которых достаточно одной адекватной и своевременно выполненной операции без каких-либо дополнительных усилий. Опыт показывает, что подобные тенденции проявляются и поныне. Они служат причиной сосуществования оптимистических заключений некоторых диссертационных исследований и отдельных публикаций с серьезной озабоченностью большинства клиницистов в связи с сохраняющейся высокой летальностью при ВРГП [6]. Именно поэтому, прежде чем остановиться на особенностях нашей хирургической тактики при ВРГП, мы посчитали целесообразным несколько слов посвятить современной клинической классификации перитонита [14].

Прежде всего, следует выделить проблемную форму воспаления брюшины. В этом аспекте наиболее адекватной базисной категорией служит гнойный перитонит. Инфекционное по своей природе гнойное экссудативное воспаление определяет прямые показания к неотложному хирургическому лечению [7].

Следующий классификационный признак — распространенность воспалительного процесса по брюшине. Это один из наиболее дискуссионных вопросов классификации перитонита. При практическом использовании различных вариантов у нас сложилось убеждение, что наиболее востребованным подходом служит выделение двух основных форм: местного и распространенного перитонита [10]. Этот факт имеет простое объяснение: диагноз распространенного перитонита требует вполне определенной тактики — широкой срединной лапаротомии. А такая тактика в свою очередь сопряжена с вполне определенными требованиями к организации операции и хирургической технике. Местный перитонит, напротив, определяет тактику локальной санации очага. В то же время обозначения «диффузный», «общий», «тотальный» перитонит не содержат в себе четких указаний на хирургическую тактику. В связи с этим они редко используются дежурными бригадами хирургов.

Третий классификационный признак предполагает разделение форм перитонита по тяжести клинических проявлений. Начиная с 1971 г. предпочтение среди хирургов получала классификация К.С. Симоняна, разработанная в НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского [13]. Она предполагала выделение реактивной, токсической и терминальной фаз перитонита. Однако существенным недостатком, затрудняющим полноценное использование этой классификации, было отсутствие четких и согласованных клинических критериев разделения обозначенных фаз.

Положение с классификацией распространенного перитонита по тяжести стало обретать конкретную ясность после введения в клиническую практику понятия о сепсисе [16]. В результате взамен градации распространенного перитонита по тяжести в зависимости от фазы его патогенеза в последние годы хирурги начинают применять разделение на перитонит с отсутствием признаков сепсиса, перитонеальный сепсис, тяжелый перитонеальный сепсис, инфекционно-токсический шок [12].

Принцип классификации перитонита по этиологическим факторам учитывает непосредственную причину перитонита и его бактериологическую этиологию. В последние годы в западной медицинской литературе получило распространение разделение перитонитов по

этиологическому принципу на первичный, вторичный и третичный перитонит [17].

Наконец, заключительным классификационным признаком при распространенном перитоните является разграничение осложненных и неосложненных его форм. При этом имеются в виду внебрюшинные осложнения, обусловленные контактной контаминацией (нагноение операционной раны, флегмона забрюшинной клетчатки) или гематогенной транслокацией (деструктивные формы пневмонии или бактериальный эндокардит при перитонеальном сепсисе) [7].

Рассматривая основные принципы классификации, нетрудно убедиться, что главная клиническая проблема перитонита соотносится с вторичным распространенным гнойным перитонитом. По сводным данным Б.К. Шуркалина [15], средние показатели летальности при ВРГП удерживаются на уровне 30%, а при наиболее тяжелых его формах, например послеоперационном перитоните достигают 40—50%. Снижение летальности при ВРГП до 20% в настоящее время рассматривается как существенное достижение в решении проблемы [5].

Больные, выписанные после перенесенного перитонита, несмотря на восстановительное лечение, продолжительное время остаются нетрудоспособными и пополняют число инвалидов. Ежегодно дни нетрудоспособности у больных с ВРГП составляют около 20% от общего количества дней временной нетрудоспособности от всех гнойных заболеваний [8].

Эффективность терапии внутрибрюшной инфекции является одним из важнейших критериев при оценке деятельности хирургического стационара и профессиональной зрелости его сотрудников. Не случайно проблема ВРГП была и остается предметом самого пристального внимания специалистов — представителей хирургического направления кафедры скорой медицинской помощи Казанской государственной медицинской академии. Причем, если в прошлые годы основное внимание мы уделяли решению частных вопросов, то в настоящее время все большее значение получает тенденция к проведению комплексных клинико-экспериментальных исследований, направленных на совершенствование лечебной тактики, детальную разработку, создание и патогенетическое обоснование новых методов оперативного лечения ВРГП на основе конструирования систем санации брюшной полости, адекватного дренирования и местного лечения, хирургических методов ликвидации очага и предупреждения распространения воспалительного процесса.

Говоря о предоперационной подготовке, считаем, что лучше отложить операцию на 2—3 ч для целенаправленной коррекции, чем начинать ее у неподготовленного больного. Наряду с общими гигиеническими мероприятиями, опорожнением желудка с помощью зонда и катетеризацией мочевого пузыря для контроля за почасовым диурезом предоперационная подготовка при ВРГП в нашем исполнении предусматривает решение трех основных задач.

*Первая* — устранение тканевой дегидратации, гиповолемии и электролитных нарушений. Это достигается инфузией изотонических полиионных растворов из расчета 30—50 мл на 1 кг массы тела. Темп инфузии и общий ее объем корректируются в зависимости от функционального состояния сердечно-сосудистой системы. На завершающем этапе вводятся растворы глюкозы, белковых и коллоидных препаратов.

*Вторая* — медикаментозная коррекция расстройств, обусловленных эндогенной интоксикацией и сопутствующими заболеваниями.

*Третья* — дооперационное начало адекватной антибактериальной терапии с упреждающим созданием терапевтической концентрации антибиотиков в тканях, пока еще не пораженных инфекционным процессом. Предпочтение отдаем введению цефалоспоринов третьего поколения с препаратами метронидазолового ряда. На поздних стадиях ВРГП для превентивной антимикробной терапии применяем имепенем циластатин натрия [4].

Однако осуществить полную коррекцию нарушений гомеостаза до операции у больного ВРГП практически невозможно. Достаточно добиться лишь относительной стабилизации АД, ЦВД и увеличения диуреза.

В качестве основного метода обезболивания при операциях по поводу ВРГП используем многокомпонентную сбалансированную анестезию с применением мышечных релаксантов и ИВЛ. При любом варианте анестезии считаем целесообразным выполнение интраоперационной новокаиновой блокады рефлексогенных зон корня брыжейки тонкой и толстой кишок.

Если попытаться определить направления местного хирургического лечебного воздействия применительно к эндотоксикозу, обусловленному ВРГП, то следует сказать, что оперативное лечение при перитоните не может быть стандартизовано из-за разнообразия причин, вызывающих его. Именно поэтому, объектом нашего пристального внимания являются различные элементы хирургического вмешательства.

1. Операционный доступ. Считаем широкую срединную лапаротомию основным доступом при ВРГП. Если распространенный перитонит выявлен в процессе операции, выполняемой из другого разреза, следует немедленно перейти на срединный разрез. В клинике выполнено клинко-анатомическое обоснование целесообразности использования аппаратной коррекции срединного абдоминального доступа ретракторами Сигала—Кабанова при ВРГП. Она позволяет быстро, технически просто и мало-травматично подойти к любому органу брюшной полости, обеспечивая доступность объекта операции, мобильность, длительную стабильную фиксацию кожного «окна», освобождение ассистента для оказания активной помощи хирургу.

2. Устранение или изоляция источника перитонита. Это наиболее ответственный этап вмешательства. Производим его, соизмеряя тяжесть операции с функциональными возможностями больного. Объем хирургической агрессии должен быть минимальным. Это устранение источника перитонита: аппендэктомия, ушивание перфоративного отверстия, резекция некротизированного участка ЖКТ и т.п., или отграничение очага от свободной брюшной полости: выведение колостомы и т.п. Все реконструктивные операции переносим на второй этап и выполняем их в более благоприятных для пациента условиях.

Особое внимание уделяем определению показаний к резекции полых органов живота при ВРГП и адекватному выбору объема резекции. Если показания к резекции кишки вследствие угрозы ее жизнедеятельности оцениваем как сомнительные, то опускаем кишку в брюшную полость и решаем вопрос о жизнедеятельности кишки в ходе запланированной релапаротомии («second look») через 12—24 ч.

В случае значительной выраженности воспалительных изменений стенки тонкой кишки наложение анастомоза откладываем до устранения перитонита. «Заглушенные» концы пересеченной кишки опускаем в брюшную полость с обязательным наружным дренированием приводящей кишечной петли. Обоснованием такой тактики считаем повышение в условиях ВРГП риска несостоятельности наложенных после резекции кишечных анастомозов.

Вопрос о наложении первичного анастомоза после резекции правой половины ободочной кишки в условиях ВРГП решаем индивидуально в зависимости от выраженности воспаления брюшины и сроков его развития.

Резекцию левой половины ободочной кишки при ВРГП, как правило, завершаем наложением одноствольного противоестественного заднего прохода с «заглушением» периферического отрезка кишки по типу операции Гартмана. Важным элементом такого вмешательства считаем декомпрессию отводящего отдела введенной ретроградно *per ani* хлорвиниловой трубкой для предотвращения несостоятельности швов на ушитом конце толстой кишки.

3. Перитонизация. При ушивании дефектов брюшины тщательно перитонизируем участки, лишённые брюшинного покрова, так как десерозированные поверхности малоустойчивы к инфекции, являются источником образования спаек, а швы, наложенные на ткани без последующей перитонизации последних, могут прорезываться. Это может привести к дегерметизации и прогрессированию перитонита.

4. Интраоперационная санация брюшной полости. Считаем неприемлемым удаление гноя протиранием марлевыми салфетками из-за травматизации серозных оболочек. Качественный состав промывной жидкости не имеет принципиального значения, так как кратковременный контакт с брюшиной вряд ли может оказать должное бактерицидное действие на перитонеальную флору. Однако при ВРГП, вызванном анаэробной флорой, используем 0,3% электрохимически активированный раствор калия хлорида, поскольку он содержит активированный хлор и кислород [4].

Нами изучено воздействие на гомеостаз при ВРГП растворов, предварительно охлажденных до температуры +4 ... +6°C. Анализ полученных в эксперименте и клинике результатов позволяет говорить о том, что интраоперационная гипотермическая санация снижает интенсивность обменных процессов, подавляет резорбтивную функцию брюшины, вызывает сосудосуживающий эффект с повышением системного АД, стимулирует моторику тонкой кишки [11].

5. Интубация кишечника. В клинике предложена оригинальная методика тотальной декомпрессии тонкой кишки в сочетании с зондовой коррекцией энтеральной среды [9].

6. Завершение операции. Открытый метод, т.е. оставление на завершающем этапе операции брюшной полости полностью открытой для того, чтобы в послеоперационном периоде можно было проводить ее систематические ревизии, и лаваж является серьезной травматической агрессией, а потому показания к нему должны быть строгими и абсолютно аргументированными [1]. К ним мы относим: а) ВРГП с массивным каловым загрязнением брюшины (сумма баллов по шкале APACHE II не менее 20); б) ВРГП с клиническими и интраоперационными признаками

анаэробной неклостридиальной инфекции; в) нагноение послеоперационной раны по типу неклостридиальной флегмоны с эвентрацией или высоким риске ее развития.

7. Дренаж брюшной полости. Следует заметить, что попытка полноценной санации брюшной полости при ВРГП через несколько трубчатых дренажей, введенных в различные ее отделы, малоэффективна. Область санации при этом уже через 3—4 ч отграничивается вследствие спаечного процесса объемом в 4—6 см<sup>3</sup> вокруг конечной части дренажной трубки. В клинике обосновано использование дренажа из полупроницаемой гидратцеллюлозной мембраны «ВЛ-100» при ВРГП. При этом убедительно показано, что такой дренаж дает хороший лечебный эффект благодаря его большой суммарной поверхности, высокой степени смачиваемости, капиллярным свойствам [3].

Интенсивную терапию в послеоперационном периоде осуществляем в соответствии с принципами лечения тяжелого сепсиса. Она сочетает рациональную комплексную индивидуальную программу инфузионной терапии, парентеральной нутриционной поддержки в режиме гиперкалориментации, рациональной респираторной терапии, этиотропной антибактериальной терапии до устранения признаков системной воспалительной реакции и подавления инфекционного процесса [12].

Анализ материала клиники за период с 1984 по 2012 г. показал, что из 27 954 операций на органах брюшной полости 2 358 (8,5%) было выполнено по поводу ВРГП различной этиологии. У 1,7% больных сумма баллов по шкале APACHE II не превышала 15, у 88,1% она составила от 15 до 29, у 10,2% — свыше 29. По показателю Мангеймского индекса перитонита у 85,6% наблюдаемых нами больных диагностирована вторая, у 14,4% — третья степень тяжести заболевания. У 1960 (82,2%) наблюдаемых нами больных имел место диффузный распространенный, а у 425 (17,8%) — диффузный общий перитонит.

Из 2 385 больных РП умерло 440 (18,4%). За период с 1984 по 1989 г., когда не применяли вышеперечисленный алгоритм методов активного воздействия на эндотоксикоз, из 495 больных ВРГП умерло 139 (28,1%). За период с 1990 по 2012 г., благодаря внедрению комплекса современных методов хирургического лечения, удалось снизить летальность до 15,9 % (301 из 1890 больных ВРГП).

У 281 пациента, состояние которых характеризовалось особой тяжестью, распространенностью процесса по брюшине и степенью ее загрязнения (сумма баллов по шкале APACHE II была не менее 20, Мангеймский индекс перитонита — от 20 и выше), в комплекс лечебных мероприятий мы включили открытый метод — перитонеостомию с плановыми этапными санациями брюшины в послеоперационном периоде. Это позволило ускорить темпы регрессии эндогенной интоксикации, уменьшить количество осложнений, снизить летальность с 68,3 до 32,4%, сократить сроки пребывания на койке с (53,4±3,9) сут до (39,7±2,1) сут.

Таким образом, пессимизм в оценке перспектив решения проблемы ВРГП сегодня не уместен. На наш взгляд, успех лечения зависит от комплексного подхода, в котором развитие каждого из направлений воздействия на эндогенную интоксикацию требует проведения дальнейших разносторонних исследований.

## ЛИТЕРАТУРА

1. *Анисимов, А.Ю.* Перитонеостомия в лечении разлитого гнойного перитонита: автореф. дис. ... канд. мед. наук / А.Ю. Анисимов. — Казань, 1991. — 21 с.
2. *Бакулев, А.Н.* Предисловие к книге П.Л. Сельцовского «Разлитые гнойные перитониты» / А.Н. Бакулев. — М., 1963. — С.3.
3. *Галимзянов, А.Ф.* Дренаж из гидратцеллюлозной пленки в лечении больных распространенным перитонитом: автореф. дис. ... канд. мед. наук / А.Ф. Галимзянов. — Казань, 2005. — 24 с.
4. *Галаяутдинов, Ф.Ш.* ЭХАР-анолит и имипенем циластатин натрия в лечении больных распространенным перитонитом: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Ф.Ш. Галаяутдинов. — Казань, 2004. — 24 с.
5. *Гостищев, В.К.* Перитонит / В.К. Гостищев, В.П. Сажин, А.Л. Авдовенко. — М.: Медицина, 1992. — 273 с.
6. *Греков, И.И.* Материалы к вопросу о лечении разлитых гнойных перитонитов / И.И. Греков // Избранные труды / под ред. П.А. Куприянова. — Л.: Медгиз, 1952. — С.202—235.
7. *Ерьюхин, И.А.* Хирургия гнойного перитонита / И.А. Ерьюхин // 50 лекций по хирургии / под ред. В.С. Савельева. — М.: Медиа Медика, 2003. — С.320—326.
8. *Ерьюхин, И.А.* Хирургические инфекции: новый уровень познания и новые проблемы / И.А. Ерьюхин // Инфекции в хирургии. — 2003. — № 1. — С.2—7.
9. *Зимагулов, Р.Т.* Зондовая коррекция синдрома кишечной недостаточности в лечении больных распространенным перитонитом: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Р.Т. Зимагулов. — Казань, 2004. — 23 с.
10. *Кузин, М.И.* Актуальные вопросы классификации и лечения распространенного гнойного перитонита / М.И. Кузин // Хирургия. — 1996. — № 5. — С.9—15.
11. *Мустафин, Р.Р.* Интраоперационная гипотермическая санация брюшины в лечении больных с распространенным перитонитом: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Р.Р. Мустафин. — Казань, 2003. — 22 с.
12. *Савельев, В.С.* Абдоминальный сепсис: современная концепция и вопросы классификации / В.С. Савельев, Б.Р. Гельфанд, В.А. Гологорский [и др.] // Анналы хирургии. — 1999. — № 6. — С.14—18.
13. *Симомян, К.С.* Перитонит / К.С. Симомян. — М.: Медицина, 1971. — 294 с.
14. *Федоров, В.Д.* Современные представления о классификации перитонита и системах оценки тяжести состояния больных / В.Д. Федоров, В.К. Гостищев, А.С. Ермолов, Т.Н. Богницкая // Хирургия. — 2000. — № 4. — С.58—62.
15. *Шуркалин, Б.К.* Гнойный перитонит / Б.К. Шуркалин. — М.: Два Мира Прин., 2000. — 222 с.
16. *Bone, R.C.* American Collage of Chest Physicians / Society of Critical Care Medicine Consensus Conference: Definitions for sepsis and organ failure and guidelines for use innovative therapies in sepsis / R.C. Bone, A.B. Balk, F.B. Cerra [et al.] // Crit. Care Med. — 1992. — Vol. 20, № 6. — P.864—874.
17. *Nathens, A.B.* Tertiary Peritonitis Clinical features of a complex nosocomial infections / A.B. Nathens, O.D. Rotstein, J.C. Marshall // World J. Surg. — 1998. — Vol. 22. — P.158—163.
18. *Wegner, G.* Zur Lehre von der Aetiologie der acuten Peritonitis / G. Wegner // Virchow's Archiv. — 1876. — Bd. 20.

## REFERENCES

1. *Anisimov, A. Yu.* Peritoneostomya v lechenii razlitogo gnoynogo peritonita: avtoref. dis. ... kand. med. nauk / A. Yu. Anisimov. — Kazan', 1991. — 21 s.
2. *Bakulev, A. N.* Predislovie k knige P. L. Sel'covskogo «Razlitye gnoynye peritonity» / A. N. Bakulev. — M., 1963. — S.3.
3. *Galimzyanov, A. F.* Drenazh iz gidratcellyuloznoi plenki v lechenii bol'nyh rasprostranennym peritonitom: avtoref. dis. ... kand. med. nauk / A. F. Galimzyanov. — Kazan', 2005. — 24 s.
4. *Galyautdinov, F. Sh.* EHAR-anolit i imipenem-cilastatin natriya v lechenii bol'nyh rasprostranennym peritonitom: avtoref.

- dis. ... kand. med. nauk / F.Sh. Galyautdinov. — Kazan', 2004. — 24 s.
5. *Gostischev, V.K.* Peritonit / V.K. Gostischev, V.P. Sazhin, A.L. Avdovenko. — M.: Medicina, 1992. — 273 s.
  6. *Grekov, I.I.* Materialy k voprosu o lechenii razlityh gnoinyh peritonitov / I.I. Grekov // Izbrannye trudy / pod red. P.A. Kupriyanova. — L.: Medgiz, 1952. — S.202—235.
  7. *Eryuhin, I.A.* Hirurgiya gnoinogo peritonita / I.A. Eryuhin // 50 lekcii po hirurgii / pod red. V.S. Savel'eva. — M.: Media Medika, 2003. — S.320—326.
  8. *Eryuhin, I.A.* Hirurgicheskie infekcii: novyi uroven' poznaniya i novye problemy / I.A. Eryuhin // Infekcii v hirurgii. — 2003. — № 1. — S.2—7.
  9. *Zimagulov, R.T.* Zondovaya korrekciya sindroma kishechnoi nedostatochnosti v lechenii bol'nyh rasprostranennym peritonitom: avtoref. dis. ... kand. med. nauk / R.T. Zimagulov. — Kazan', 2004. — 23 s.
  10. *Kuzin, M.I.* Aktual'nye voprosy klassifikacii i lecheniya rasprostranennogo gnoinogo peritonita / M.I. Kuzin // Hirurgiya, 1996. — № 5. — S.9—15.
  11. *Mustafin, R.R.* Intraoperacionnaya gipotermicheskaya sanaciya bryushiny v lechenii bol'nyh s rasprostranennym peritonitom: avtoref. dis. ... kand. med. nauk / R.R. Mustafin. — Kazan', 2003. — 22 s.
  12. *Savel'ev, B.C.* Abdominal'nyi sepsis: sovremennaya koncepciya i voprosy klassifikacii / B.C. Savel'ev, B.R. Gelfand, V.A. Gologorskiy [i dr.] // Annaly hirurgii. — 1999. — № 6. — S.14—18.
  13. *Simonyan, K.S.* Peritonit / K.S. Simonyan. — M.: Medicina, 1971. — 294 s.
  14. *Fedorov, V.D.* Sovremennye predstavleniya o klassifikacii peritonita i sistemah ocenki tyazhesti sostoyaniya bol'nyh / V.D. Fedorov, V.K. Gostischev, A.S. Ermolov, T.N. Bognickaya // Hirurgiya. — 2000. — № 4. — S.58—62.
  15. *Shurkalin, B.K.* Gnoinyi peritonit / B.K. Shurkalin. — M.: Dva Mira Prin., 2000. — 222 s.
  16. *Bone, R.C.* American Collage of Chest Physicians / Society of Critical Care Medicine Consensus Conference: Definitions for sepsis and organ failure and guidelines for use innovative therapies in sepsis / R.C. Bone, A.B. Balk, F.B. Cerra [et al.] // Crit. Care Med. — 1992. — Vol. 20, № 6. — P.864—874.
  17. *Nathens, A.B.* Tertiary Peritonitis Clinical features of a complex nosocomial infections / A.B. Nathens, O.D. Rotstein, J.C. Marshall // World J. Surg. — 1998. — Vol. 22. — P.158—163.
  18. *Wegner, G.* Zur Lehre von der Aetiologie der acuten Peritonitis / G. Wegner // Virchow's Archiv. — 1876. — Bd. 20.

© В.Ф. Чикаев, З.Ф. Ким, И.И. Гумеров, Д.М. Петухов, Ю.В. Бондарев, 2013

УДК 616.33/.34-005.1:616.12-005.4

## ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

**ВЯЧЕСЛАВ ФЕДОРОВИЧ ЧИКАЕВ**, докт. мед. наук, профессор кафедры травматологии, ортопедии и ХЭС ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, тел. 8-927-434-48-29, e-mail: prof.chikaev@gmail.com

**ЗУЛЬФИЯ ФАРИТОВНА КИМ**, канд. мед. наук, доцент ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, зав. кардиологическим отделением № 2 ГАУЗ «ГКБ № 7» г. Казани, e-mail: profz@yandex.ru

**ИЛЬНАЗ ИЛЬДУСОВИЧ ГУМЕРОВ**, хирург ГАУЗ «ГКБ № 7» г. Казани, e-mail: gumerov.ilnaz@gmail.com

**ДЕНИС МИХАЙЛОВИЧ ПЕТУХОВ**, хирург ГАУЗ «ГКБ № 7» г. Казани, e-mail: petuhoff@gmail.com

**ЮРИЙ ВИКТОРОВИЧ БОНДАРЕВ**, канд. мед. наук, зав. хирургическим отделением № 3 ГАУЗ «ГКБ № 7» г. Казани

**Реферат.** Проведен анализ особенностей лечения пациентов с ЖКК у больных ИБС. В хирургическое отделение ежегодно поступает в среднем (254±24) пациента с желудочно-кишечным кровотечением. Наибольшую группу составили больные с ЖКК с синдромом Меллори—Вейса (53,8%) и язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки (40,9%). Сочетание ИБС и хронических заболеваний брюшной полости вызывает диагностические сложности и требует динамического наблюдения как кардиолога, так и хирурга. Прогноз у больных ИБС, осложненной кровотечениями различной степени выраженности, хуже, поскольку уменьшается коронарный резерв и проблемы последствий коронарной катастрофы усугубляются анемией, неизбежными нарушениями регуляции гемостаза и гемокинеза центральной гемодинамики с нарушением азотовыделительной функции почек, с увеличением креатинина сыворотки крови. Необходим тщательный сбор анамнеза, и при наличии патологии со стороны желудочно-кишечного тракта (язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки и т.д.) с особой осторожностью проводить антикоагулянтную терапию и с первых суток включить в комплекс лечения противоязвенную терапию. Ранняя диагностика желудочно-кишечного кровотечения, устранение причин, приведших к развитию анемического синдрома, являются актуальными в общей проблеме профилактики, лечения и улучшения прогноза при ИБС.  
**Ключевые слова:** желудочно-кишечное кровотечение, ишемическая болезнь сердца, пациент.

## GASTROINTESTINAL BLEEDINGS AT PATIENTS OF THE CORONARY HEART DISEASE

**VYACHESLAV F. CHIKAYEV**, the doctor of medical sciences, the professor of chair of traumatology, an orthopedics and HES GBOU VPO the Kazan State medical university. Ministry of Health of Russia, Kazan, 8-927-434-48-29, e-mail: prof.chikaev@gmail.com

**ZULFIA F. KIM**, the candidate of medical sciences, канд. мед. наук, the associate professor, GBOU VPO the Kazan State medical university. Ministry of Health of Russia, зав. kard. otdeleniye № 2 GAUZ «ГКБ № 7» Kazan, e-mail: profz@yandex.ru

**ILNAZ I. GUMEROV**, the surgeon of GAUZ «ГКБ № 7» Kazan, e-mail: gumerov.ilnaz@gmail.com

**DENIS M. PETUKHOV**, the surgeon of GAUZ «ГКБ № 7» Kazan, e-mail: petuhoff@gmail.com

**YURY V. BONDAREV**, the candidate of medical sciences, the manager. surgical unit № 3 GAUZ «ГКБ № 7» Kazan

**Abstract.** We made the analysis of treatment of patients with gastrointestinal bleeding combined with CHD. Our surgical department annually receives an average of (254±24) patients with gastro-intestinal bleeding. Two largest groups of patients with gastrointestinal bleeding were with a Mallory—Weiss syndrome (53,8%) and gastroduodenal