

- 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. Gologorski [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

ILNAZI.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

ulcers (40,9%). The combination of CHD and chronic diseases of abdominal cavity causes diagnostic difficulties and demands dynamic supervision as cardiologist, and the surgeon. The prognosis of patients with coronary heart disease, complicated by bleeding (may vary to severity), is worse, because of reduced coronary flow reserve. Also the coronary disaster is compounded by the anemia, dysregulation of hemostasis and homeokinesis of central hemodynamics in addition with violation of kidney function, with an increase in serum creatinine. A thorough collecting the anamnesis is obligate and in the presence of pathology from a gastrointestinal path (stomach and duodenum ulcers etc.) anticoagulant therapy must be carried out very carefully, also antiulcer therapy must be included in the treatment scheme since first days. Early diagnostics of gastrointestinal bleeding, elimination of the reasons of an anemic syndrome, are actual in the global problem of prevention, treatment and improving the prognosis at CHD.

Key words: gastrointestinal bleeding, coronary artery disease, patient.

Желудочно-кишечные кровотечения (ЖКК) — одна из наиболее частых причин экстренной госпитализации больных в стационары хирургического профиля. В США ежегодное количество госпитализаций по поводу кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) составляет от 36 до 102 пациентов на 100 тыс. населения. Среди причин кровотечений из верхних отделов ЖКТ на первом месте стоят эрозивно-язвенные поражения желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК), причем деструктивные процессы в ДПК в два раза чаще приводят к геморрагическим осложнениям. Процент смертности от кровотечений в верхних отделах ЖКТ колеблется от 3,5—7% в США и до 14% в Великобритании. По частоте ЖКК занимают 5-е место среди острых заболеваний органов брюшной полости, уступая острому аппендициту, острому холециститу, острому панкреатиту, ущемленной грыже и опережая острую кишечную непроходимость и прободную язву желудка и двенадцатиперстной кишки [1, 3, 6].

Острые желудочно-кишечные кровотечения являются осложнениями более чем 100 заболеваний различной этиологии, наиболее значимые из которых — злокачественные опухоли желудка, цирроз печени, тяжелые поражения почек с хронической почечной недостаточностью, диафрагмальная грыжа, черепно-мозговая травма, острый эрозивный гастрит медикаментозного происхождения, патология сердечно-сосудистой системы и т.д. В 80% случаев ЖКК останавливается самопроизвольно в течение 12 ч от начала заболевания. В 20% случаев ЖКК может рецидивировать в течение 3 сут от начала заболевания и осложняться постгеморрагическими расстройствами центральной гемодинамики, вплоть до развития циркуляторного шока.

Особенно актуальна проблема ЖКК у пациентов с ишемической болезнью сердца. Напомним, что термин «ишемическая болезнь сердца» (ИБС), принятый Всемирной организацией здравоохранения в 1965 г., обозначает патологическое состояние, характеризующееся абсолютным или относительным нарушением кровоснабжения миокарда вследствие атеросклеротического поражения коронарных артерий сердца.

Развивающийся при этом комплекс метаболических изменений называется ишемией миокарда, стойкая ишемия приводит к некрозу миоцитов (или инфаркту миокарда, ОИМ). Исследованиями А.Л. Мясникова (1960), Ю.М. Иванова (1965) установлено, что ЖКТ при системном атеросклерозе претерпевает ряд структурных изменений, которые могут осложниться развитием острых язв желудка и/или двенадцатиперстной кишки. Известно также, что до 30% случаев инфаркта миокарда сопровождается формированием гастродуоденального «стрессового» повреждения слизистых оболочек (синдром Селье), с клинически значимыми ЖКК, с летальностью до 50—80% наблюдений. По

данным отечественных клинко-морфологических исследований, среди пациентов, погибших от ОИМ, в 10% случаев выявлены признаки острого повреждения гастродуоденальной слизистой оболочки, при этом ЖКК развивалось у каждого пятого пациента с первичным инфарктом миокарда и у каждого второго — при повторном ОИМ в сочетании с сахарным диабетом. Группой повышенного риска развития ЖКК при острой коронарной патологии являются пациенты с повторными инфарктами миокарда на фоне артериальной гипертензии [11].

Развитию эрозивного ЖКК у пациентов с ИБС может также способствовать прием антиагрегантных или антикоагулянтных препаратов. По данным различных авторов, прием поддерживающих доз аспирина увеличивает риск ЖКК в 1,8 раза, клопидогреля — в 1,1 раза, сочетания указанных препаратов — в 7,4 раза [8, 9, 10].

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 гомеостазиса центральной гемодинамики с нарушением азотовыделительной функции почек, с увеличением креатинина сыворотки крови. В принятой в настоящее время клинической классификации ОИМ выделяют пять типов заболевания, один из которых (тип 2), формируется в результате «повышения потребности в кислороде или из-за снижения его доставки, например, из-за спазма коронарной артерии, коронарной эмболии, анемии, гипертонии или гипотонии» [7]. При анемиях в основе функционального нарушения кардиоваскулярной системы лежат глубокие биохимические изменения в мышце сердца, обусловленные недостаточным поступлением кислорода. В результате этого в миокарде развиваются диффузно-дистрофические изменения, одним из ведущих проявлений которых является нарушение сократительной функции сердечной мышцы.

Цель исследования — анализ особенностей желудочно-кишечных кровотечений у больных ишемической болезнью сердца.

Материал и методы. Нами проведен ретроспективный анализ историй болезни пациентов с острыми желудочно-кишечными кровотечениями (ЖКК) из верхних отделов желудочно-кишечного тракта, госпитализируемых в хирургическое отделение ГАУЗ ГБСМП № 1 г. Казани.

Результаты и их обсуждение. В хирургическое отделение ежегодно поступает в среднем (254±24) пациента с данной патологией. Наибольшую группу составили больные ЖКК с синдромом Меллори—Вейса (53,8%) и язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки (40,9%); возраст больных колебался от 18 до 95 лет.

Наиболее сложную группу среди госпитализированных составили 36 пациентов с ЖКК и ИБС, переведенных из кардиологического отделения; средний возраст — (62±5,5) года. Все больные госпитализированы в кардиологическое отделение в связи с дестабилизацией ИБС. Прогрессирующая стенокардия явилась причиной госпитализации 16 больных, ОИМ — 15, в том числе у 11 (30,6%) — повторный ИМ. 34 пациента страдали сопутствующей гипертонической болезнью. При поступлении в стационар 56% пациентов жаловались на ангинозные боли типичной локализации, 28% — на боли в животе различной локализации и интенсивности, 12% — на дискомфорт и тяжесть за грудиной, 4% — на общее недомогание и слабость. Пациенты с ИБС получали традиционную терапию, включающую гепарин (болус, затем инфузия и подкожное введение), аспирин и клопидогрель (нагрузочные дозы с последующим переходом на поддерживающие).

Легкая анемия (Hb 119—90 г/л) выявлена у 9 (25%) пациентов, умеренная (Hb 89—96 г/л) — у 20 (55,6%) человек, тяжелая (Hb <60 г/л) — у 7 (19,4%) пациентов.

13 (36%) пациентов, помимо ИБС, страдали сопутствующей хронической патологией ЖКТ. Причиной обращения за медицинской помощью послужили общее недомогание, дискомфорт в прекардиальной области, давящие боли за грудиной. На ЭКГ этих пациентов выявлены депрессия сегмента ST в отведениях I, aVL, V3—V6 (16%), II, III, aVF (16%), отрицательный зубец T в I, aVL, V3—V6 (2,8%), в отведениях II, III, aVF (12%). Невзирая на прием ингибитора протонной помпы (омепразола), в первые два дня госпитализации этих пациентов развилось ЖКК, возможно, спровоцировано активной антикоагулянтной и двойной антитромбоцитарной терапией.

У 23 (64%) пациентов ЖКК развилось на более поздних сроках (10—11-й день госпитализации). Это пациенты с ОИМ, повторным ОИМ, нестабильной стенокардией, с выраженным болевым синдромом при поступлении и соответствующими диагнозом изменениями ЭКГ (депрессия сегмента ST в отведениях I, aVL, V3—V6 — 2%; II, III, aVF — 4%; патологический зубец Q — 29%; отрицательный зубец T в I, aVL, V3—V6 — 8%; II, III, aVF — 10%).

При эндоскопическом исследовании язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки выявлена у 19 человек (52,8%), эрозивный гастродуоденит — у 10 (27,8%), синдром Меллори—Вейса — у 7 (19,4%). По прогностической шкале Рокли [6] практически у всех был высокий риск повторных кровотечений и вероятность неблагоприятных исходов 7—8 баллов. При эндоскопическом исследовании по классификации Forest [5] F1b составили 6 (16,7%) пациентов, F2a — 13 (36,1%), F2b — 7 (19,4%), F2c — 7 (19,4%), F3 — 3 (8,3%).

При диагностике желудочно-кишечных кровотечений проводилась консервативная гемостатическая, противоязвенная терапия. При тяжелых кровотечениях по показаниям проводили переливание компонентов крови, эритроцитарную массу, свежезамороженную плазму. Трём пациентам проведено оперативное лечение (лапаротомия, гастротомия, ушивание кровоточащей язвы) с летальным исходом в одном случае.

12 больных ИБС и с ЖКК (68—95 лет) скончались. В их числе 5 случаев сочетания ИБС и язвенной болезни 12-перстной кишки, 2 случая язвы желудка, 3 — синдрома Меллори—Вейса, 2 эрозивных гастродуоденита у больных хронической почечной недостаточностью.

Мы считаем, что ЖКК привело к декомпенсации сердечной деятельности по типу синдрома взаимного отягощения, что привело к летальному исходу. При этом в двух случаях наблюдался острый повторный инфаркт миокарда.

Трагичность ЖКК у пациентов с ИБС заключается в том, что проводимая им гемостатическая терапия ухудшает реологию крови, способствуя тромбообразованию, что крайне нежелательно для больных ИБС. Мы считаем, что при продолжающем кровотечении наиболее оптимальным является применение эндоскопических [2, 3] методов гемостаза.

Патогенетическая связь анемии (в том числе постгеморрагической) с ИБС своеобразна. Проявление гемической гипоксии приводит к утяжелению стенокардии, а купирование анемии «смягчает» ее течение. Вместе с тем, как это ни парадоксально, анемия положительно влияет на течение ИБС, разжижая кровь и снижая опасность коронарных тромбозов. Исследования А.Д. Яновского (1962) показали, что у части больных анемией через две недели после начала патогенетического лечения, когда количество эритроцитов и гемоглобина заметно возрастает, вместо ожидаемого улучшения функционального состояния миокарда наступало его ухудшение (возможно, за счет быстрого повышения сопротивления току крови и быстрого увеличения нагрузки на поврежденный миокард) [12]. Г.Б. Берлинер и Л.М. Хейфец (1996) описали два случая развития острого инфаркта миокарда у пожилых пациентов с болезнью Аддисона—Бирмера и клинической картиной ИБС на фоне нормализации в ходе лечения витаминном В₁₂ количества эритроцитов и уровня гемоглобина [12].

Вместе с тем восстановление уровня гемоглобина (основного носителя кислорода) способствует нормализации соответствий между потреблением миокардом кислорода и величиной коронарного кровотока, что обеспечивает необходимый энергобаланс для эффективной работы сердца как насоса — увеличение фракции выброса и толерантности к физическим нагрузкам.

С учетом вышеизложенного ранняя диагностика и устранение причин, приведших к развитию анемического синдрома, являются актуальными в общей проблеме профилактики, лечения и улучшения прогноза при ИБС. Коррекция уровня гемоглобина — очень важное (если не жизненно необходимое) дополнение к комплексной терапии сердечно-сосудистых заболеваний, препятствующих развитию хронической сердечной недостаточности.

Выводы:

1. Сочетание ИБС и хронических заболеваний ЖКТ вызывает диагностические сложности и требует динамического наблюдения как кардиолога, так и хирурга с целью определения ведущего звена патологического процесса.

2. 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 и антиагрегантную терапию, с первых суток включить в комплекс лечения противоязвенную терапию.

3. Ранняя диагностика желудочно-кишечного кровотечения, устранение причин, приведших к развитию анемического синдрома, являются актуальными в общей проблеме профилактики, лечения и улучшения прогноза при ИБС.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Курьгин, А.А.* Неотложная хирургическая гастроэнтерология / А.А. Курьгин, Ю.М. Стойко, С.Ф. Багненко. — СПб.: Питер, 2001. — 568 с.
2. *Сотников, В.Н.* Эндоскопическая диагностика и эндоскопические методы лечения кровотечений из верхних отделов пищеварительного тракта: учеб. пособие / В.Н. Сотников, Т.К. Дубинская, А.А. Разживина. — М.: РМАПО, 2000. — 48 с.
3. *Фёдоров, Е.Д.* Эндоскопический гемостаз с использованием аргоноплазменной коагуляции при острых желудочно-кишечных кровотечениях: первый клинический опыт / Е.Д. Фёдоров, Р.В. Плахов, М.Е. Тимофеев, А.И. Михалев // Клиническая эндоскопия. — 2003. — № 1. — С.12—15.
4. *Ханевич, М.Д.* Кровотечения из хронических гастродуоденальных язв у больных с внутривенной портальной гипертензией / М.Д. Ханевич, В.И. Хрупкин, Г.К. Жерлов. — Новосибирск: Наука, 2003. — 348 с.
5. *Forrest, J.A.* Endoscopy in gastrointestinal bleeding / J.A. Forrest, N.D. Finlayson, D.J. Shearman // Lancet. — 1974 — Vol. 2 (7877). — P.394—397.
6. *Vreeburg, E.* Validation of the Rockall risk scoring system in upper gastrointestinal bleeding / E. Vreeburg, C. Terwee, P. Snel [et al.] // Gut. — 1999 — Vol. 44 (3). — P.331—335.
7. *Thygesen, K.* On behalf of the Joint ESC/ACCF/AHA/WHF Task Force for the Redefinition of Myocardial Infarction. Universal definition of myocardial infarction / K. Thygesen, J.S. Alpert, H.D. White // Eur. Heart. J. — 2007. — Vol. 28 (20). — P.2525—2538.
8. *Сумароков, А.Б.* Кровотечения у больных с ишемической болезнью сердца при проведении терапии антиагрегантами / А.Б. Сумароков, Л.И. Бурячковская, И.А. Учитель // Cardio Соматика. — 2011. — № 3. — С.29—35.
9. *Siller-Matula, J.* Impact of clopidogrel loading dose on clinical outcome in patients undergoing percutaneous coronary intervention: a systemic review and meta-analysis / J. Siller-Matula, K. Huber, G. Christ [at al.] // Heart. — 2011. — Vol. 97. — P.98—105.
10. *Usman, M.H.* Combination Antiplatelet Therapy for Secondary Stroke Prevention: Enhanced Efficacy or Double Trouble? / M.H. Usman, D.J. Nagarakanty [at al.] // Stroke. — 2009. — Vol. 103. — P.1107—1112.
11. *Попутчикова, Е.А.* Острые эрозии и язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненные кровотечением, у больных инфарктом миокарда: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Е.А. Попутчикова. — М., 2003. — 24 с.
12. *Латфуллин, И.А.* Депрессия сегмента ST при ишемической болезни сердца с сопутствующей анемией / И.А. Латфуллин, З.Ф. Ким // Врач. — 2001. — № 2. — С.26—28.

REFERENCES

1. *Kurygin, A.A.* Neotlozhnaya hirurgicheskaya gastroenterologiya / A.A. Kurygin, Yu.M. Stoiko, S.F. Bagnenko. — SPb.: Piter, 2001. — 568 s.
2. *Sotnikov, V.N.* Endoskopicheskaya diagnostika i endoskopicheskie metody lecheniya krovotечeniya iz verhnih otdelov pischevaritel'nogo trakta: ucheb. posobie / V.N. Sotnikov, T.K. Dubinskaya, A.A. Razzhivina. — M.: RMAPO, 2000. — 48 s.
3. *Fyodorov, E.D.* Endoskopicheskii gemostaz s ispol'zovaniem argonoplazmennoi koagulyacii pri ostryh zheludochno-kishhechnyh krovotечeniayah: pervyi klinicheskii opyt / E.D. Fyodorov, R.V. Plahov, M.E. Timofeev, A.I. Mihalev // Klinicheskaya endoskopiya. — 2003. — № 1. — S.12—15.
4. *Hanevich, M.D.* Krovotечeniya iz hronicheskikh gastroduodenal'nyh yazv u bol'nyh s vnutriphechenochnoi portal'noi gipertenziei / M.D. Hanevich, V.I. Hrupkin, G.K. Zherlov. — Novosibirsk: Nauka, 2003. — 348 s.
5. *Forrest, J.A.* Endoscopy in gastrointestinal bleeding / J.A. Forrest, N.D. Finlayson, D.J. Shearman // Lancet. — 1974 — Vol. 2 (7877). — P.394—397.
6. *Vreeburg, E.* Validation of the Rockall risk scoring system in upper gastrointestinal bleeding / E. Vreeburg, C. Terwee, P. Snel [et al.] // Gut. — 1999 — Vol. 44 (3). — P.331—335.
7. *Thygesen, K.* On behalf of the Joint ESC/ACCF/AHA/WHF Task Force for the Redefinition of Myocardial Infarction. Universal definition of myocardial infarction / K. Thygesen, J.S. Alpert, H.D. White // Eur. Heart. J. — 2007. — Vol. 28 (20). — P.2525—2538.
8. *Sumarokov, A.B.* Krovotечeniya u bol'nyh s ishemicheskoi bolezn'yu serdca pri provedenii terapii antiagregantami / A.B. Sumarokov, L.I. Buryachkovskaya, I.A. Uchitel' // Cardio Somatika. — 2011. — № 3. — S.29—35.
9. *Siller-Matula, J.* Impact of clopidogrel loading dose on clinical outcome in patients undergoing percutaneous coronary intervention: a systemic review and meta-analysis / J. Siller-Matula, K. Huber, G. Christ [at al.] // Heart. — 2011. — Vol. 97. — P.98—105.
10. *Usman, M.H.* Combination Antiplatelet Therapy for Secondary Stroke Prevention: Enhanced Efficacy or Double Trouble? / M.H. Usman, D.J. Nagarakanty [at al.] // Stroke. — 2009. — Vol. 103. — P.1107—1112.
11. *Poputchikova, E.A.* Ostrye erozii i yazvy zheludka i dvenadcatiperstnoi kishki, oslozhnennyye krovotечeniem, u bol'nyh infarktomyokarda: avtoref. dis. ... kand. med. nauk / E.A. Poputchikova. — M., 2003. — 24 s.
12. *Latfullin, I.A.* Depressiya segmenta ST pri ishemicheskoi bolezn'i serdca s soputstvuyuschei anemiei / I.A. Latfullin, Z.F. Kim // Vrach. — 2001. — № 2. — S.26—28.

© В.А. Вдовин, Т.С. Ганеев, А.Н. Ханнанова, 2013

УДК 616.61-008.64-08

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НИЗКОПОТОЧНЫМИ ФИЛЬТРАЦИОННЫМИ МЕТОДАМИ В МНОГОПРОФИЛЬНЫХ СТАЦИОНАРАХ

ВЛАДИМИР АЛЕКСАНДРОВИЧ ВДОВИН, канд. мед. наук, ассистент кафедры анестезиологии и реаниматологии, медицины катастроф ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, врач отделения анестезиологии и реанимации ГАУЗ «Городская клиническая больница №7» г. Казани, e-mail: VdovinVA2001@mail.ru

ТАЛГАТ СУЛТАНОВИЧ ГАНЕЕВ, канд. мед. наук, врач отделения анестезиологии и реанимации ГАУЗ «Межрегиональный клинико-диагностический центр», Казань, Россия

АЙГУЛЬ НАИЛЬБЕНА ХАННАНОВА, врач ГАУЗ «Городская клиническая больница №7» г. Казани, Россия e-mail: Aigul_hannanova@mail.ru

Реферат. В статье проводится оценка эффективности применения низкопоточных методов в режиме непрерывной заместительной почечной терапии. Данный метод лечения проводился 29 пациентам, у которых в послеоперационном периоде развился ОПН. Критериями выбора являлись: Injurg — диурез менее 0,5 мл/кг/ч,