

- J.A. Boura, C.L. Grines // *Lancet*. — 2003. — Vol. 361. — P.13—20.
- Zahn, R. Decreasing hospital mortality between 1994 and 1998 in patients with acute myocardial infarction treated with primary angioplasty but not in patients treated with intravenous thrombolysis. Results from the pooled data of the Maximal individual Therapy in Acute Myocardial Infarction (MITRA) Registry and the Myocardial Infarction Registry (MIR) / R. Zahn, S. Schneider [et al.] // *J. Am. Coll. Cardiol.* — 2000. — Vol. 36(7). — P.2064—2071.
  - Wijns, W. Guidelines on myocardial revascularization: The Task Force on Myocardial Revascularization of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS) / W. Wijns, Ph. Kolh, N. Danchin [et al.] // *Eur. Heart J.* — 2010. — Vol. 31. — P.2501—2555.
  - Kalla, K. Implementation of guidelines improves the standard of care: the Venese registry on reperfusion strategies in ST-elevation myocardial infarction (Venna STEMI registry) / K. Kalla, G. Christ, R. Karnit [et al.] // *Circulation*. — 2006. — Vol. 113(20). — P.2398—2405.
  - Keeley, E.C. Primary angioplasty versus intravenous thrombolytic therapy for acute myocardial infarction: a quantitative review of 23 randomised trials / E.C. Keeley, J.A. Boura, C.L. Grines // *Lancet*. — 2003. — Vol. 361. — P.13—20.
  - Zahn, R. Decreasing hospital mortality between 1994 and 1998 in patients with acute myocardial infarction treated with primary angioplasty but not in patients treated with intravenous thrombolysis. Results from the pooled data of the Maximal individual Therapy in Acute Myocardial Infarction (MITRA) Registry and the Myocardial Infarction Registry (MIR) / R. Zahn, S. Schneider [et al.] // *J. Am. Coll. Cardiol.* — 2000. — Vol. 36(7). — P.2064—2071.
  - Wijns, W. Guidelines on myocardial revascularization: The Task Force on Myocardial Revascularization of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS) / W. Wijns, Ph. Kolh, N. Danchin [et al.] // *Eur. Heart J.* — 2010. — Vol. 31. — P.2501—2555.

## REFERENCES

- Рекомендации Европейского кардиологического общества по диагностике и лечению острых коронарных синдромов, не сопровождающихся подъемом сегмента ST // *Europ. Heart Journal*. — 2007. — Vol. 28(13).

© М.Н. Насруллаев, 2013

УДК 616.33/.34-005.1-08

## ЛЕЧЕНИЕ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

**МАГОМЕД НУХКАДИЕВИЧ НАСРУЛЛАЕВ**, докт. мед. наук, профессор кафедры клинической анатомии и амбулаторно-поликлинической хирургии ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия» Минздрава России, тел. 8-432-72-47-71, e-mail: msh-oao-kap@yandex.ru

**Реферат.** Цель исследования — оптимизация лечения желудочно-кишечных кровотечений. *Материал и методы.* Под наблюдением находились 25 больных с диагнозом «желудочное кровотечение». Всем больным после проведенной консервативной терапии выполнена операция — перевязка ветвей малой и большой перигастрических дуг в области источника кровотечения. *Результаты и их обсуждение.* Всем больным после установления диагноза «желудочное кровотечение» назначена консервативная терапия. Заместительная терапия: при легкой степени тяжести кровопотери объем инфузий составляет 800—1000 мл с соотношением кристаллоидов (80%) + коллоидов (20%). Объем инфузии при средней степени тяжести кровопотери равен 1500—2300 мл в соотношении кристаллоиды (60%) + коллоиды (30%) + свежезамороженная плазма (20%), при тяжелой составляет 2 700 мл и более [кристаллоиды (20%) + коллоиды (30%) + свежезамороженная плазма (30%) + эритроцитная масса (20%)]. При проведении заместительной терапии необходим тщательный контроль параметров гемодинамики и инфузионной нагрузки ввиду непредсказуемости реакции организма на кровопотерю и ее замещение. При отсутствии эффекта от проводимой терапии выполняется оперативное вмешательство. *Заключение.* Проводимое лечение больным с желудочно-кишечными кровотечениями должно быть комплексным, с учетом индивидуальных особенностей конкретного больного, а также сопутствующей патологии.

**Ключевые слова:** желудочно-кишечное кровотечение, консервативная терапия, степень кровопотери, инфузия.

## TREATMENT OF GASTROINTESTINAL BLEEDING

**MAGOMED N. NASRULLAYEV**, Doctor of medical sciences, Professor of the Department of clinical anatomy and outpatient surgery «Kazan state medical Academy» Ministry of health and social development of Russia, Kazan, Russia, tel. 8-432-72-47-71, e-mail: msh-oao-kap@yandex.ru

**Abstract.** Optimization of treatment of gastrointestinal bleedings. *Material and methods.* Under supervision there were 25 patients with the diagnosis gastric bleeding. All patient after the carried-out conservative therapy executed operation — bandaging of branches small and big perigastrichesky arches in the field of a bleeding source. *Results and their discussion.* All patient after the diagnosis of gastric bleeding were appointed by the conservative therapy. Replaceable therapy: at easy severity of blood loss the volume of infusions makes 800—1000 ml with a ratio of crystalloid (80%), colloids (20%). Infusion volume at moderate severity of blood loss is equal 1500—2300 ml in a ratio-kristalloidy (60%), colloids (30%), fresh frozen plasma (20%), and at the heavy makes 2700 and more than a ml (crystalloid (20%) colloids (30%) + fresh frozen plasma (30%) + the eritrotsitny weight (20%)). The replacement therapy requires careful monitoring of hemodynamic parameters and fluid load given the unpredictability of the body's response to blood loss and its replacement. In the absence of effect from carried-out therapy surgery is executed. *Conclusion.* The treatment by the patients with gastrointestinal bleedings has to be complex, taking into account specific features of the specific patient, and also accompanying pathology.

**Key words:** a gastrointestinal bleedings, a conservative therapy, the degree of blood loss, infusion.

**Введение.** Одной из самых актуальных проблем в неотложной хирургии на протяжении многих десятилетий являются желудочно-кишечные кровотечения. Желудочно-кишечные кровотечения представляют не только проблему здравоохранения, но остаются и экономической проблемой. Так, в США расходы на лечение больных с язвенными кровотечениями составляют более 2 млрд долларов в год [13]. Среди причин кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта более половины случаев обусловлено язвенными поражениями желудка [6, 8].

По данным отдельных авторов, частота развития желудочно-кишечных кровотечений достигает 60 на 100 тыс. населения [9]. Согласно данным литературы, пациенты с желудочно-кишечным кровотечением в большинстве случаев (68%) пожилого возраста [1, 5, 12].

Достижения клинической хирургии, эндоскопических методов диагностики и лечения, анестезиологии, реаниматологии и расширение арсенала медикаментозной противоязвенной терапии не привели к снижению летальности при данном заболевании, остающейся недопустимо высокой, по данным отдельных авторов, достигая 14%, увеличиваясь при рецидивах от 30 до 80% [2, 3, 4, 7, 11].

Одной из причин высокой летальности при желудочно-кишечных кровотечениях остается поздняя госпитализация больных. Особое место в проблеме желудочно-кишечного кровотечения занимает топическая диагностика, что представляет значительные трудности и является одной из главных причин несвоевременного радикального лечения. Трудным остается вопрос выбора рациональной хирургической тактики в каждом конкретном случае. Наиболее частыми причинами кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта являются: язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, геморрагический и эрозивный гастрит, язвенная болезнь желудка, варикозное расширение вен пищевода и желудка, синдром Мэллори—Вейсса, злокачественные опухоли желудка.

При обследовании больного с желудочно-кишечным кровотечением практический врач должен решить конкретные вопросы диагностики, для решения которых необходимо:

1. Установить факт кровотечения.
2. Убедиться, что кровотечение из желудка или из других органов и систем.
3. Выяснить, кровотечение явилось результатом заболевания желудка или в результате других заболеваний.
4. Выяснить, кровотечение остановилось или продолжается.
5. Установить тяжесть кровопотери.

Основным методом диагностики кровотечений из верхнего отдела желудочно-кишечного тракта является фиброэзофагогастродуоденоскопия, которая позволяет установить источник кровотечения. Различают три вида фиброгастродуоденоскопии: экстренную — в первые 12 ч, срочную — в течение первых суток и раннюю — с 2 по 10 сут после поступления.

Как правило, диагностика язвенных гастродуоденальных кровотечений при фиброгастродуоденоскопии не представляет сложности. Эндоскопически при геморрагическом и эрозивном гастрите определяется наличие большого количества подслизистых кровоизлияний, эритем и эрозий. Большинство эндоскопистов опреде-

ляют эрозию как область кровоизлияний или неглубоких дефектов в слизистой оболочке с ядром некроза не более 3—5 мм в диаметре.

Из варикозно расширенных вен пищевода и желудка кровотечение чаще наблюдается из больших узлов. При фиброэзофагогастродуоденоскопии визуализация варикозного узла красного и синего цвета считается фактором риска для кровотечения. Белое пятно на варикозном узле может быть фибриновой пробкой и рассматриваться как диагностический фактор предыдущего кровотечения.

Применение эндоскопических методов лечения при острых желудочно-кишечных кровотечениях позволяет осуществить временный гемостаз у подавляющего числа больных. Последующее медикаментозное лечение дает возможность предотвратить рецидив кровотечения и перенести операцию на этап плановой хирургии.

По данным отдельных авторов, эндоскопический гемостаз неэффективен у 15—20% больных. Применение эндоскопических методов лечения при острых желудочно-кишечных кровотечениях показано особенно для больных с предельно высоким операционным риском, когда выполнение неотложной операции невозможно [10].

Проведение эндоскопического гемостаза при первичном осмотре необходимо при продолжающемся в момент эндоскопического исследования кровотечении. Для осуществления эндоскопического гемостаза применяют различные методы: моно- и биактивную диатермокоагуляцию, аргоно-плазменную коагуляцию; инъекционные введения адреналина, абсолютного этанола и его растворов, склерозантов; эндоклипирования. Показаниями для применения того или иного метода эндоскопического гемостаза для конкретного больного являются характер источника кровотечения, особенности самого метода, а также клиническая эффективность и надежность профилактики кровотечения.

Консервативное лечение включало инфузионную, гемостатическую, антисекреторную и эрадикационную терапию.

Заместительную терапию начинали с инфузий коллоидно-кристаллоидных растворов для компенсации дефицита ОЦК и стабилизации гемодинамики с одновременным проведением коррекции нарушений гемокоагуляции путем трансфузии свежезамороженной плазмы. При проведении заместительной терапии руководствовались положениями, приведенными в алгоритме ведения пациентов с гастродуоденальными кровотечениями В.К. Гостищева и М.А. Евсеева [3, 5]. Важным составляющим является то, что инфузионную терапию необходимо начинать с момента установления диагноза острого желудочно-кишечного кровотечения вне зависимости от степени кровопотери. При легкой степени тяжести кровопотери объем инфузий составляет 800—1000 мл с соотношением кристаллоидов (80%) + коллоидов (20%). Объем инфузии при средней степени тяжести кровопотери равен 1500—2300 мл в соотношении: кристаллоиды (60%) + коллоиды (30%) + свежезамороженная плазма (20%), при тяжелой составляет 2700 и более мл [кристаллоиды (20%) + коллоиды (30%) + свежезамороженная плазма (30%) + эритроцитная масса (20%)]. При проведении заместительной терапии необходим тщательный контроль параметров гемодинамики и инфузионной нагрузки ввиду непредсказуемости реакции организма на кровопотерю и ее замещение.

### Хирургическое лечение

В экстренном порядке оперируют больных с профузным продолжающимся кровотечением и геморрагическим шоком; с массивным кровотечением, для которого консервативные мероприятия, включая эндоскопические методы, неэффективны; с рецидивом язвенного кровотечения в стационаре.

Срочная операция показана пациентам, у которых остановка ЖКК консервативными способами, включая эндоскопический гемостаз, недостаточно надежна и есть указания на высокий риск рецидива; больным, которым неотложная операция любого объема неприемлема.

Важным моментом в хирургии желудочно-кишечных кровотечений является выбор вида операции, где целью операции является, во-первых, остановка кровотечения и спасение жизни больного, во-вторых, излечение его от язвы.

При выборе метода операции подход должен быть индивидуальным, в зависимости от состояния больного, анатомических изменений в источнике кровотечения и окружающих тканях, времени выполнения операции.

Различают следующие методы операции:

1. Прошивание кровоточащего сосуда.
2. Прошивание и перевязка подходящих к источнику кровотечения сосудов.
3. Иссечение источника кровотечения, при язве — дополнительно ваготомия.
4. Резекция желудка.

Полиативные операции в виде изолированного прошивания кровоточащего сосуда или подходящего к источнику кровотечения сосуда, или иссечение язвы любой локализации допустимы у больных при крайне тяжелой кровопотере и тяжелых сопутствующих заболеваниях, исключающих радикальное вмешательство.

При кровоточащей язве двенадцатиперстной кишки наименее травматичной и патогенетически обоснованной является стволовая ваготомия в сочетании с иссечением или прошиванием язвы и дренирующей операцией.

Особенно показано такое оперативное вмешательство больным, находящимся в тяжелом состоянии, а также при неудаляемых при резекции желудка залуковичных язвах. Резекция желудка обоснована у больных при отсутствии тяжелых сопутствующих заболеваний, в ранние сроки от начала кровотечения, когда во время операции обнаруживаются признаки малигнизации язвы.

Как следует из вышесказанного, у тяжелых больных оправданы выполнения только полиативных операций, таких как прошивание кровоточащего сосуда после гастротомии, иссечение язвы, перевязка магистральных сосудов на протяжении и т.д. Однако после подобных операций наблюдается рецидивное кровотечение.

С целью предупреждения рецидива желудочного кровотечения и некроза желудочной стенки мы предложили способ хирургического лечения желудочного кровотечения (рисунки).

Цель достигается тем, что перевязывают ветви малой и большой перигастрических дуг в области источника кровотечения и непосредственно прилегающих к нему зон под контролем величины артериального давления в интрамуральных сосудах до стойкого

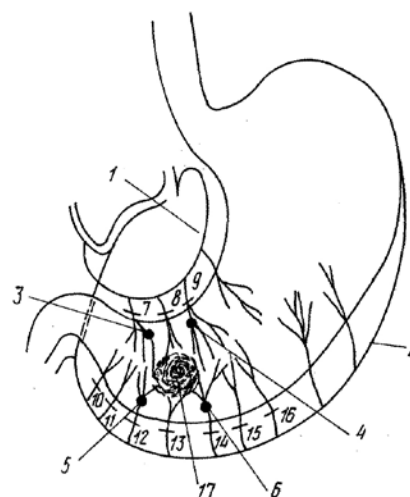


Схема осуществления способа хирургического лечения желудочного кровотечения (объяснения в тексте)

установления его на уровне 40—45 мм рт.ст. у границ очага кровотечения.

Способ осуществляют следующим образом.

До начала лапаротомии в желудок вводят фиброгастроскоп, через который удаляют кровь из желудка, отмывают сгустки, устанавливают очаг кровотечения. Под общим обезболиванием вскрывают брюшную полость. В проходящем свете фиброгастроскопа хирург фиксирует положение источника кровотечения (17), интрамуральных сосудов, связанных с ним. Выявляют перигастрические дуги — малую (1) и большую (2), сосуды, направляющиеся от нее на переднюю и заднюю стенки желудка. Перевязывают прямые сосуды в проекции источника кровотечения (опухоли, язвы). По ходу перевязки методом ангиотензометрии определяют кровяное давление в сосудах подслизистого слоя, в прилежащих к кровоточащему очагу отделах со стороны малой (3, 4) и большой (5 и 6) кривизны. Перевязку сосудов, направляющихся к опухоли, продолжают до установления в указанных отделах артериального давления в интрамуральных сосудах на уровне 40—45 мм рт.ст. В зависимости от положения, протяженности очага кровотечения перевязывают необходимое число ветвей малой (7—9) и большой (10—16) перигастрических дуг. Проводят эндоскопический контроль гемостаза во время операции. При остановке желудочного кровотечения по предложенному способу кровоснабжение очага (источника кровотечения) переводится на внутристеночные сосуды желудка малого калибра, что позволяет осуществить стойкое снижение артериального давления в прилегающих к патологическому очагу участках стенки желудка и тем самым обеспечить остановку кровотечения из опухолей, язв, эрозий желудка.

При давлении в интрамуральных сосудах ниже 40—45 мм рт.ст. развиваются деструктивные изменения в желудочной стенке. При давлении выше 40—45 мм рт.ст. не обеспечивается надежная остановка кровотечения.

*Пример.* Больной С., 75 лет, история болезни № 459. Жалобы на резкую слабость, тошноту, рвоту с кровью. Общее состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, живот при пальпации болезненный в эпи-

гастроэнии, здесь же определяется ригидность. Печень выступает на 4 см из-под реберной дуги. Анализ крови: гемоглобин — 30 г/л, эритроциты —  $1,36 \times 10^{12}/л$ , цв. показатель — 0,8, гематокрит — 18%. При фиброгастроскопии в просвете желудка 100 мл свежей крови, в антральном отделе на задней стенке блюдцеобразная опухоль до 3,5 см в диаметре, видимое кровотечение. По неотложным показаниям больной взят на операцию. Под общим обезболиванием произведена верхне-средняя лапаротомия. Во время операции для контроля кровотечения и гемостаза проводилась фиброгастроскопия. При ревизии обнаружена опухоль желудка на задней стенке величиной 3,5—4 см, множественные метастазы в обеих долях печени. Множественные метастазы в регионарные лимфатические узлы.

Показатели кровяного давления во время лапаротомии (см. рисунок) в пунктах 5 — 125/90-10, 6 — 130/95-20, 4 — 120/90-10, 3 — 115/85-10 мм рт.ст. Произведено лигирование прямых сосудов большой и малой перигастрической дуги. Перевязка сосудов начата с сосудов, на которые проецируется середина опухоли по малой и большой кривизне. При показаниях кровяного давления в пунктах 5 — 45/35-5, 6 — 40/35-5, 4 — 45/35-5, 3 — 45/35-5 мм рт.ст. желудочное кровотечение прекратилось, что подтверждено эндоскопически. Системное артериальное давление при этом составляло 130/90 мм рт.ст. Послеоперационный период протекал без осложнений. Выписан в удовлетворительном состоянии.

Оперативное вмешательство с лигированием прямых сосудов перигастрических дуг в области источника выполнено 25 больным с диагнозом «желудочное кровотечение».

Предложенный способ отличается простотой, малой травматичностью, асептичностью операции, поскольку не вскрывается просвет желудка. Способ может быть операцией выбора при неоперабельной опухоли желудка, а также при желудочном кровотечении у больных преклонного возраста с тяжелыми сопутствующими заболеваниями, когда более обширные операции сопровождаются повышенным риском.

Способ хирургического лечения желудочного кровотечения, включающий перевязку сосудов, кровоснабжающих область патологического очага, отличается тем, что, с целью предупреждения рецидива кровотечения и возникновения некроза желудочной стенки, перевязывают ветви перигастрических дуг последовательно, под контролем ангиотензометрии, в обе стороны от источника кровотечения до стойкого установления давления в интрамуральных сосудах непосредственно у границ очага кровотечения на уровне 40—45 мм рт.ст.

**Заключение.** Таким образом, желудочно-кишечные кровотечения являются осложнением различной патологии, а вопросы диагностики и лечения данной патологии остаются актуальными и на сегодняшний день.

Проводимое лечение больным с желудочно-кишечными кровотечениями должно быть комплексным, с учетом индивидуальных особенностей конкретного больного, а также сопутствующей патологии.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Пальцев, А.И. Проблемы здоровья и болезни, диагностики и лечения с историко-философских позиций / А.И. Пальцев // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. — 2011. — Т. 11, № 5. — С. 181.

2. Бажненко, С.Ф. Применение протоколов организации лечебно-диагностической помощи при язвенных гастродуоденальных кровотечениях в клинической практике / С.Ф. Бажненко, Г.И. Синенченко, В.Г. Вербицкий, А.А. Курьин // Вестник хирургии. — 2007. — № 4. — С. 71—75.
3. Гостищев, В.К. Острые гастродуоденальные язвенные кровотечения: от стратегических концепций к лечебной тактике / В.К. Гостищев, М.А. Евсеев. — М.: Анто-Эко, 2005. — 352 с.
4. Евсеев, М.А. Антисекреторные препараты в неотложной хирургической гастроэнтерологии / М.А. Евсеев. — М., 2009. — 173 с.
5. Звенигородская, Л.А. Особенности клинического течения и лекарственной терапии язвенной болезни у пожилых больных / Л.А. Звенигородская // Consilium medicum. — 2007. — Т. 10, № 8. — С. 27—33.
6. Сацукевич, В.Н. Острые желудочно-кишечные кровотечения из хронических гастродуоденальных язв / В.Н. Сацукевич, Д.В. Сацукевич // Кремлевская медицина. — 2000. — № 2.
7. Barkun, A. The Canadian Registry on Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding and Endoscopy (RUGBE): endoscopic hemostasis and proton pump inhibition are associated with improved outcomes in a real-life setting / A. Barkun, S. Sabbah, R. Enns [et al.] // Am. J. Gastroenterol. — 2004. — Vol. 99. — P. 1238—1246.
8. Barkun, A. For the Nonvariceal Upper GI Bleeding Consensus Conference Group. Clinical Guidelines Consensus Recommendations for Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding / A. Barkun, M. Bardou, J.K. Marshall [et al.] // Annals of Internal Medicine. — 2003. — Vol. 139 (10). — P. 857.
9. Lassen, A. Complicated and uncomplicated peptic ulcers in a Danish county 1993—2002: a population-based cohort study / A. Lassen, J. Hallas, O.B. Schaffalitzky de Muckadell // Am. J. Gastroenterol. — 2006. — Vol. 101. — P. 945—953.
10. Calvet, X. Endoscopic treatment of bleeding ulcers: has everything been said and done? / X. Calvet, M. Vergara, E. Brullet // Gastroenterol Hepatol. — 2005. — Vol. 28 (6). — P. 347—353.
11. Graineck, I.M. Management of acute bleeding from a peptic ulcer / I.M. Graineck, A.M. Barkun, M. Bardou // N. Engl. J. Med. — 2008. — № 359. — P. 928—937.
12. Lim, C.H. The outcome of suspected upper gastrointestinal bleeding with 24-hour access to upper gastrointestinal endoscopy: a prospective cohort study / C.H. Lim, D. Vani, S.G. Shah [et al.] // Endoscopy. — 2006. — Vol. 38. — P. 581—585.
13. Viviane, A. Estimates of costs of hospital stay for variceal and nonvariceal upper gastrointestinal bleeding in the United States / A. Viviane, B.N. Alan // Value Health. — 2008. — Vol. 11. — P. 1—3.

## REFERENCES

1. Pal'cev, A.I. Problemy zdorov'ya i bolezni, diagnostiki i lecheniya s istoriko-filosofskih pozicij / A.I. Pal'cev // Rossiiskii zhurnal gastroenterologii, gepatologii, koloproktologii. — 2011. — T. 11, № 5. — S. 181.
2. Bagnenko, S.F. Primenenie protokolov organizacii lechenno-diagnosticheskoi pomoschi pri yavennyh gastroduodenal'nyh krvotecheniyah v klinicheskoi praktike / S.F. Bagnenko, G.I. Sinenchenko, V.G. Verbickii, A.A. Kurygin // Vestnik hirurгии. — 2007. — № 4. — S. 71—75.
3. Gostishev, V.K. Ostrye gastroduodenal'nye yavennyye krvotecheniya: ot strategicheskikh koncepcii k lechennoi taktike / V.K. Gostishev, M.A. Evseev. — M.: Anto-Eko, 2005. — 352 s.
4. Evseev, M.A. Antisekretornyye preparaty v neotlozhnoi hirurgicheskoi gastroenterologii / M.A. Evseev. — M., 2009. — 173 s.
5. Zvenigorodskaya, L.A. Osobennosti klinicheskogo techeniya i lekarstvennoi terapii yavЕННОй bolezni u pozhihlyh bol'nyh / L.A. Zvenigorodskaya // Consilium medicum. — 2007. — T. 10, № 8. — S. 27-33.

6. *Sacukevich, V.N.* Ostrye zheludochno-kishechnye krvotekheniya iz hronicheskikh gastroduodenal'nyh yazv / V.N. Sacukevich, D.V. Sacukevich // *Kremlevskaya medicina*. — 2000. — № 2.
7. *Barkun, A.* The Canadian Registry on Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding and Endoscopy (RUGBE): endoscopic hemostasis and proton pump inhibition are associated with improved outcomes in a real-life setting / A. Barkun, S. Sabbah, R. Enns [et al.] // *Am. J. Gastroenterol.* — 2004. — Vol. 99. — P.1238—1246.
8. *Barkun, A.* For the Nonvariceal Upper GI Bleeding Consensus Conference Group. Clinical Guidelines Consensus Recommendations for Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding / A. Barkun, M. Bardou, J.K. Marshall [et al.] // *Annals of Internal Medicine*. — 2003. — Vol. 139 (10). — P.857.
9. *Lassen, A.* Complicated and uncomplicated peptic ulcers in a Danish county 1993—2002: a population-based cohort study / A. Lassen, J. Hallas, O.B. Schaffalitzky de Muckadell // *Am. J. Gastroenterol.* — 2006. — Vol. 101. — P.945—953.
10. *Calvet, X.* Endoscopic treatment of bleeding ulcers: has everything been said and done? / X. Calvet, M. Vergara, E. Brullet // *Gastroenterol Hepatol.* — 2005. — Vol. 28 (6). — P.347—353.
11. *Grainek, I.M.* Management of acute bleeding from a peptic ulcer / I.M. Grainek, A.M. Barkum, M. Bardou. // *N. Engl. J. Med.* — 2008. — № 359. — P.928—937.
12. *Lim, C.H.* The outcome of suspected upper gastrointestinal bleeding with 24-hour access to upper gastrointestinal endoscopy: a prospective cohort study / C.H. Lim, D. Vani, S.G. Shah [et al.] // *Endoscopy*. — 2006. — Vol. 38. — P.581—585.
13. *Viviane, A.* Estimates of costs of hospital stay for variceal and nonvariceal upper gastrointestinal bleeding in the United States / A. Viviane, B.N. Alan // *Value Health*. — 2008. — Vol. 11. — P.1—3.

© Е.Г. Слепуха, О.В. Булашова, З.А. Шайхутдинова, 2013

УДК 616.12-009.72

## ОПТИМИЗАЦИЯ СТРАТЕГИИ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПРИ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ

**ЕЛЕНА ГЕННАДЬЕВНА СЛЕПУХА**, канд. мед. наук, зав. отделением кардиологии № 3 ГАУЗ «Городская клиническая больница № 7» г. Казани, тел. 8-903-340-0809, e-mail: slepuha@fromru.com

**ОЛЬГА ВАСИЛЬЕВНА БУЛАШОВА**, докт. мед. наук, профессор кафедры пропедевтики внутренних болезней ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, тел. 8-843-296-14-03, e-mail: boulashova@yandex.ru

**ЗУЛЬФИЯ АНАСОВНА ШАЙХУТДИНОВА**, зам. главного врача по медицинской работе ГАУЗ «Городская клиническая больница № 7» г. Казани, тел. 8-960-048-2637, e-mail: gkb7@bk.ru

**Реферат.** Сердечно-сосудистые заболевания являются основной причиной инвалидизации и высокой смертности в экономически развитых странах. Современное лечение стабильной ишемической болезни сердца заключается в назначении оптимальной медикаментозной терапии, которая у ряда пациентов может быть дополнена реваскуляризацией в форме операции коронарного шунтирования или чрескожной коронарной интервенции. Согласно рекомендациям ведущих кардиологических и кардиохирургических сообществ, реваскуляризация оправдана, когда ее ожидаемый положительный эффект в отношении показателей качества жизни (симптомов, функционального состояния, клинической картины и пр.), а также в отношении прогноза превосходит ожидаемые нежелательные последствия этой процедуры. Реваскуляризирующие хирургические вмешательства на миокарде получили большую популярность в клинической практике последних десятилетий, однако отдаленные результаты неоднозначны, сложны в оценке и противоречивы.

**Ключевые слова:** ишемическая болезнь сердца, реваскуляризация, стабильная стенокардия, чрескожная коронарная интервенция.

## OPTIMIZATION STRATEGY MANAGEMENT OF PATIENTS IN STABLE ANGINA

**ELENA G. SLEPUKHA**, PhD, department manager kardiology № 3, GAUZ «City Clinical Hospital № 7», Russia, Kazan, tel. 8-903-340-08-09, e-mail: slepuha@fromru.com

**OLGA V. BULASHOVA**, MD, professor, GOU VPO «Kazan State Medical University» Russian Ministry of Health, Kazan, tel. 88432961403, e-mail: boulashova@yandex.ru

**ZULFIA A. SHAICHUTDINOVA**, head of the medical unit GAUZ «City Clinical Hospital № 7», Russia, Kazan, tel. 8-960-048-26-37, e-mail: gkb7@bk.ru

**Abstract.** Cardiovascular diseases are the leading cause of morbidity and mortality in developed countries. Current treatment of stable coronary artery disease is the appointment optimal medical therapy, which in some patients may be supplemented by revascularization in the form of coronary artery bypass grafting or percutaneous coronary intervention. According to the recommendations of the leading cardiology and cardiac surgery communities, revascularization is justified when it is expected a positive effect on quality of life (symptoms, functional status, etc.), as well as against the forecast exceeds the expected adverse effects of this procedure. Myocardial revascularization has gained great popularity in the clinical practice of recent decades, but the long-term results in the evaluation of complex and contradictory.

**Key words:** coronary artery disease, revascularization, stenting, stable angina, percutaneous coronary intervention.