

А.Р. Минабутдинов [и др.] // Современные аспекты диагностики и лечения сахарного диабета с позиции врача и медицинской сестры: материалы науч.-практ. конф. с международным участием. — М., 2014. — С.13—14.

REFERENCES

1. *Anikin, A.I.* Znachenie ocenki mikroциркуляторных нарушений в хирургическом лечении гнойно-некротических поражений при синдроме диабетической стопы [Role of an assessment of microcirculatory disturbances in surgical treatment of purulent—necrotic lesions at a syndrome of diabetic foot]: avtoref. dis. ... kand. med. nauk / A.I. Anikin. — М., 2009. — 16 s.
2. *Dedov, I.I.* Algoritmy specializirovannoi medicinskoj pomoschi bol'nym saharным диабетом [Algorithms of a specialized medical care sick diabetes mellitus] / I.I. Dedov, M.B. Shestakova, A.A. Aleksandrov [i dr.] // Saharnyi diabet. — 2011. — Вып. 5 (прил. 3). — S.72.
3. *Klyushkin, I.V.* Infuzionnaya terapiya v kompleksnom lechenii sindroma diabeticheckoi stopy [Infusional therapy in complex treatment of a syndrome of diabetic foot] / I.V. Klyushkin, K.A. Koreiba, R.I. Fatykhov // Transfuziologiya XXI veka: problemy, zadachi, perspektivy [International scientific and practical conference on organizational and clinical sections in transfusiology. Transfusiology of XXI century: problems, tasks, prospects]: Mezhdunar. nauch.-prakt. konf. po organizacionnomu i klinicheskim razdelam v transfuziologii. — Kazan': ID «MedDok», 2013. — S.100—103.
4. *Koreiba, K.A.* Infuzionnaya terapiya v perioperacionnyj period pri rekonstruktivnyh operacijah u bol'nyh s sindromom diabeticheckoi stopy [Infusion therapy during the perioperative period at reconstructive operations at patients with a syndrome of diabetic foot] / K.A. Koreiba, M.A. Usmanov, A.R. Minabutdinov [i dr.] // Sovremennye aspekty diagnostiki i lecheniya saharного diabeta s pozicii vracha i medicinskoj sestry [Materials of scientific and practical conference with the International participation «Modern aspects of diagnostics and diabetes mellitus treatment from a position of the doctor and the nurse»]: materialy nauch.-prakt. konf. s mezhdunarodnym uchastiem. — М., 2014. — S.13—14.

Поступила 27.08.2014

© И.С. Малков, Г.Р. Закирова, М.Н. Насруллаев, 2014

УДК 616.33/.34-005.1-085

ЗНАЧЕНИЕ ИНФУЗИОННО-ТРАНСФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ ИЗ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

ИГОРЬ СЕРГЕЕВИЧ МАЛКОВ, докт. мед. наук, зав. кафедрой хирургии ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия» Минздрава России, Казань, Россия, тел. 8-965-594-40-07, e-mail: ismalkov@yahoo.com

ГУЗЕЛИЯ РАВИСЕВНА ЗАКИРОВА, канд. мед. наук, ассистент кафедры хирургии ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия» Минздрава России, Казань, Россия, тел. 8-927-407-24-16, e-mail: guzeliya-x@mail.ru

МАГОМЕД НУХКАДИЕВИЧ НАСРУЛЛАЕВ, докт. мед. наук, профессор кафедры хирургии ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия» Минздрава России, Казань, Россия, тел. 8-987-297-02-62, e-mail: msh-oao-kap@yandex.ru

Реферат. Цель исследования — улучшение результатов лечения больных с острыми кровотечениями из верхних отделов ЖКТ. Тяжелая многозатратная в материальном плане хирургическая патология довольно часто приводит к летальным исходам. *Материал и методы.* Проанализированы результаты лечения 776 больных с острыми кровотечениями из верхних отделов ЖКТ, поступивших на лечение в условиях организации первого уровня обслуживания больных — ГАУЗ ГKB № 7 МЗ РТ. *Результаты и их обсуждение.* Выявлено, что дифференцированный подход к выбору тактики ведения больных с кровотечениями из верхних отделов ЖКТ влияет на результаты лечения. Прослеживается четкая зависимость успеха лечения от сроков до госпитализации, оснащенности организации компонентами крови, вида лечения — хирургического или консервативного. *Заключение.* Установлена необходимость дифференцированного метода эндоскопического гемостаза в зависимости от характеристик источника кровотечения, его интенсивности и эффективности при продолжающихся кровотечениях. Использование современных методов медицинской диагностики с передовыми достижениями медицинских технологий. Проведение адекватной заместительной терапии является необходимым компонентом в успехе лечения.

Ключевые слова: верхние отделы желудочно-кишечного тракта, кровотечения, эндоскопический гемостаз, хирургическое лечение, инфузионная терапия.

IMPORTANCE OF INFUSION-TRANSFUSION THERAPY IN TREATMENT OF PATIENTS WITH ACUTE BLEEDING FROM THE UPPER GASTROINTESTINAL TRACT

IGOR S. MALKOV, MD, Head department of surgery of SBEI APE «Kazan State Medical Academy» of Ministry of Health of Russia, tel. 8-965-594-40-07, e-mail: ismalkov@yahoo.com

GUZELIYA R. ZAKIROVA, PhD, Assistant of Department of surgery of SBEI APE «Kazan State Medical Academy» of Ministry of Health of Russia, tel. 8-927-407-24-16, e-mail: guzeliya-x@mail.ru

MAGOMED N. NASRULLAEV, MD, professor of surgery department of surgery of SBEI APE «Kazan State Medical Academy» of Ministry of Health of Russia, tel. 8-965-594-40-07, 8-987-297-02-62, e-mail: MSH-OAO-KAP@yandex.ru

Abstract. *Research objective.* Acute bleedings from upper gastrointestinal tract is a serious and cost-based surgical pathology quite often results to lethal outcome. *Material and methods.* We analyzed the results of treatment 776 patients with acute upper gastrointestinal bleedings hospitalised on the first level of treatment to GAUZ GKB № 7 MZ

RT. *Results and discussion.* Demonstrated that the differentiated approach to tactics of maintaining patients with upper gastrointestinal bleedings influences to results. We revealed direct relationship of successful treatment from terms before hospitalization, availability of blood components, a type of treatment — surgical or conservative. *Conclusion.* Showed the necessity of the differentiated approach to endoscopic hemostasis depending on characteristics of a bleeding point, its intensity and efficiency in proceeding bleedings. It is necessary to use the modern methods of medical diagnostics with use of the advanced achievements of medical technologies. Managing the adequate replacement therapy is a necessary component of successful treatment.

Key words: acute gastroduodenal bleedings, endoscopic hemostasis, surgical therapy, infusion-transfusion therapy/

Лечение кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) продолжает оставаться одной из самых актуальных проблем современной неотложной хирургии. Гастродуоденальные кровотечения язвенной природы составляют более половины всех кровотечений из верхних отделов ЖКТ. Летальность при данных кровотечениях, по данным многих авторов, составляет 3,3—20%, а послеоперационная летальность может достигать 12,0—35,0%, увеличиваясь при рецидивных до 30,0—80,0% [1, 3, 5]. Частота развития острых кровотечений при синдроме Маллори—Вейсса составляет 5—15%, занимая в последние годы третье-четвертое место среди причин развития кровотечений из верхних отделов ЖКТ. Общая летальность при этой патологии на протяжении ряда лет колеблется от 5 до 10%, число рецидивных кровотечений при этом составляет от 20 до 35% [6, 13]. Эрозивно-геморрагические поражения верхних отделов ЖКТ составляют 2,1—15,5%, летальность достигает 50—80%. Химические ожоги слизистой оболочки верхних отделов ЖКТ достигают 10—32%, при этом частота ранних кровотечений составляет от 6,3 до 100%, поздних — 1—2% [7, 8, 11].

Проведение заместительной терапии является важным направлением в лечении больных с кровотечениями из верхних отделов ЖКТ и профилактики рецидивных геморрагий. Помимо коррекции имеющихся нарушений центральной гемодинамики многокомпонентная заместительная терапия, ликвидируя циркуляторную и гемическую составляющие постгеморрагической гипоксии, нормализует показатель доставки кислорода периферическим тканям, что принципиально для ишемизированной gastroduodenальной зоны в плане предотвращения рецидивной геморрагии. Стратегия заместительной терапии включает в себя определение «количества» — адекватного для компенсации волемиических расстройств объема инфузий и «качества» — соотношения различных инфузионно-трансфузионных сред [5, 9, 10].

Целью исследования явилось улучшение результатов лечения больных с острыми кровотечениями из верхних отделов ЖКТ путем совершенствования методов эндоскопического гемостаза и прогнозирования рецидива заболевания.

Проанализированы результаты лечения 776 больных с острыми кровотечениями из верхних отделов ЖКТ, находившихся на лечении в отделении неотложной хирургии МУЗ ГKB №7 г. Казани с января 2000 г. по декабрь 2010 г.

Все пациенты были разделены на 2 группы. Группу сравнения составили 499 больных, у которых использовались традиционные методы исследования и лечения (2000—2007). В основную группу вошли 277 больных, у которых применялся разработанный нами лечебно-диагностический алгоритм (2008—2010).

Причиной острых кровотечений у 322 (41,5%) больных явилась язвенная болезнь двенадцатиперстной

кишки; у 142 (18,3%) — язвенная болезнь желудка; у 13 (1,7%) — сочетание язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки; синдром Маллори—Вейсса — у 169 (21,8%); эрозивный эзофагит — у 53 (6,8%); эрозивный гастрит — у 29 (3,7%); синдром Дъелафуа — у 22 (2,8%); прочие причины (полипы желудка, пептические язвы гастроэнтероанастомоза, язвы gastroduodenal-анастомоза, химический ожог пищевода и желудка, язвы двенадцатиперстной кишки с пенетрацией в поджелудочную железу, гепатодуоденальную связку и др.) — у 26 (3,4%) пациентов (табл. 1). В связи с особенностями патогенеза и лечения нами не исследовались больные с кровотечениями, причиной которых явились портальная гипертензия и злокачественные новообразования.

Таблица 1

Нозологическая характеристика острых кровотечений из верхних отделов ЖКТ

Нозологическая причина острых кровотечений из верхних отделов ЖКТ	Группа больных				Итого	
	Сравнения, n=499		Основная, n=277			
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки	228	29,4	94	12,1	322	41,5
Язвенная болезнь желудка	90	11,6	52	6,7	142	18,3
Сочетание язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки	9	2,0	4	0,5	13	1,7
Синдром Маллори—Вейсса	102	13,2	67	8,6	169	21,8
Эрозивный эзофагит	29	3,7	24	3,1	53	6,8
Синдром Дъелафуа	12	1,5	10	1,3	22	2,8
Эрозивный гастрит	10	1,3	19	2,4	29	3,7
Прочие	19	2,4	7	1,0	26	3,4
Всего	499	64,30	277	35,70	776	100

Обращает на себя внимание тот факт, что 32% больных были доставлены в клинику позже 24 ч от начала кровотечения (табл. 2).

Таблица 2

Сроки поступления пациентов в стационар от начала острого кровотечения из верхнего отдела ЖКТ

Длительность заболевания	Группа пациентов, абс/%		Всего, абс/%
	Сравнения, n=499	Основная, n=277	
До 24 ч	334/43,0	194/25,0	528/68,0
24—48 ч	84/10,8	51/6,6	135/17,4
48—72 ч	36/4,6	15/2,0	51/6,6
Свыше 72 ч	45/5,8	17/2,2	62/8,0
Всего	499/64,2	277/35,8	776/100

По данным фиброэзофагогастродуоденоскопии устанавливали источник кровотечения и устойчивость гемостаза по классификации J.A. Forrest и др. (1974) [11]. Выделяли продолжающееся кровотечение: Ia — артериальное струйное — 25 (3,2%) больных, Ib — капельное диффузное — 106 (13,7%); остановившееся кровотечение: IIa — тромбированная артерия — 212 (27,3%), IIb — фиксированный сгусток — 289 (37,2%), IIc — мелкие тромбированные сосуды — 118 (15,2%). Язву под «белым» тромбом характеризовали как Forrest III — 26 (3,4%) больных (табл. 3).

Таблица 3

Распределение интенсивности кровотечения по классификации J.A. Forrest и др. (1974)

Характеристика по J.A. Forrest	Количество больных, абс/%		Всего, абс/%
	Группа сравнения, n=499	Основная группа, n=277	
Ia — артериальное струйное	20/2,58	5/0,64	25/3,22
Ib — капельное диффузное	44/5,67	62/7,99	106/13,66
IIa — тромбированная артерия	154/19,85	58/7,47	212/27,32
IIb — фиксированный сгусток	192/24,74	97/12,50	289/37,24
IIc — мелкие тромбированные сосуды	67/8,63	51/6,57	118/15,21
III — язва под «белым» тромбом	22/2,84	4/0,52	26/3,35
Всего	499/64,30	277/35,70	776/100

На программу заместительной терапии оказывают влияние такие факторы, как возраст больного, наличие и характер сопутствующей патологии, т.е. исходная степень чувствительности к гипоксии. Первоочередной задачей при лечении острой кровопотери является устранение гиповолемии и дефицита объема циркулирующей крови (ОЦК), которое проводится параллельно с окончательным гемостазом.

При изучении анамнеза было установлено, что у 158 (20,4%) больных имелось одно сопутствующее заболевание, два — у 107 (13,8%), три и более — у 33 (4,2%) больных. Наиболее распространенными заболеваниями были ишемическая болезнь сердца (14,6%) и гипертоническая болезнь (8,4%), также их сочетание, нарушения мозгового кровообращения (5,2%).

Использование традиционного лечебно-диагностического алгоритма показало, что решающее значение при определении показаний к неотложному хирургическому вмешательству имеют два основных критерия — тяжесть кровопотери и результаты эндоскопического исследования.

Решающим критерием для определения программы заместительной терапии является степень кровопотери. При поступлении у 53% больных диагностировали легкую степень тяжести кровопотери, у 32% среднюю и у 15% тяжелую степень тяжести кровопотери. Оценка тяжести кровопотери проводилась по классификации А.И. Горбашко (1982), в которой учитывается как объем перенесенной кровопотери, так и состояние больного.

Эндоскопический гемостаз оказался эффективен в 87,5% случаях. Частота рецидивов острых кровоте-

чений из верхних отделов ЖКТ в стационаре на фоне проводимой консервативной терапии составила 7,4%. Наибольший процент (70,3%) рецидивов кровотечений был отмечен у больных с гастродуоденальными язвами. Хирургические вмешательства выполнены у всех 37 (7,4%) больных с рецидивными кровотечениями. Умерло 9 больных, послеоперационная летальность составила 24,3%.

С целью прогнозирования рецидива кровотечения у больных с острыми кровотечениями из верхних отделов ЖКТ нами проведен анализ информативности общепринятых в клинике лабораторных тестов системы гемостаза.

С целью уточнения патофизиологических изменений в системе гемостаза у больных с острыми кровотечениями из верхних отделов ЖКТ и рецидивными гемorragиями исследовали микровезикулярное звено, их тромбогенность у данной категории пациентов. Результаты определения количества микровезикул представлены в табл. 4.

Таблица 4

Количество микровезикул по результатам проточной цитометрии у больных с кровотечениями из верхних отделов ЖКТ

Исследуемые образцы	Число микровезикул в 1 мкл плазмы по связыванию флуорохрома мероцианина 540 (M±m)
Группа без рецидива кровотечения, n=15	15862,00±513,79
Группа с рецидивами кровотечения, n=12	24653,27±3261,46
Достоверность различий между показателями плазмы группы без рецидива и с рецидивом	p<0,05

Было выявлено достоверное увеличение свойства тромбогенности микровезикул у пациентов с рецидивными кровотечениями. Таким образом, необходимо более глубокое изучение системы гемостаза в комплексном сопоставлении различных его параметров.

При ретроспективной оценке случаев рецидивных кровотечений изучали статистическую связь между явлениями при помощи коэффициента ранговой корреляции Спирмена

$$r = 1 - \frac{6 \sum_{j=1}^n d_j^2}{n(n^2-1)},$$

где $6 \sum_{j=1}^n d_j^2$ — сумма квадратов разностей рангов, а n — число парных наблюдений.

Исходя из анализируемых параметров в основной и контрольной группах, были выделены наиболее значимые факторы в прогнозе рецидива кровотечения из верхних отделов ЖКТ, которые для удобства расчета разделены на клиничко-эндоскопические показатели (I группа) (табл. 5) и лабораторные показатели (II группа) (табл. 6).

Вероятность рецидива кровотечения определяется суммированием баллов в каждом разделе: минимальный риск рецидива составляет < 8 баллов, умеренный риск рецидива составляет от 8 до 15 баллов, высокий риск рецидива составляет > 15 баллов.

Таблица 5

Значение клинических и эндоскопических показателей, определяющих рецидив кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта (I группа)

Факторы риска	Баллы
1. Возраст старше 60 лет	1
2. Сопутствующие заболевания печени	4
3. Гормональная зависимость, прием НПВС, антикоагулянтов	4
4. Желудочно-кишечные кровотечения в анамнезе	3
5. Тяжесть кровопотери: а) легкая б) средняя в) тяжелая	2 3 6
6. Локализация источника кровотечения: а) пищевод* б) малая кривизна желудка в) задняя стенка двенадцатиперстной кишки	2 7 7
7. Размер язвенного дефекта: а) < 20 мм б) > 20 мм	2 5
8. Критерий Форреста а) 1В б) 2А в) 2В	5 3 2

Примечание. *В исследование не включались кровотечения из варикозных вен пищевода.

При *минимальном* риске кровотечения (до 8 баллов) — источник с признаками состоявшегося кровотечения. Проводят консервативное лечение, включающее 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 верификации диагноза острого кровотечения из верхних отделов ЖКТ вне зависимости от степени кровопотери уже в приемном отделении стационара. 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 степени кровопотери 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 *умеренном* риске кровотечения (от 8 до 15 баллов) — источник с признаками состоявшегося кровотечения. Выполняется превентивный эндоскопический гемостаз, проводится консервативное лечение по стандартной схеме.

Высокий риск кровотечения (более 15 баллов) также характеризуется наличием признаков состоявшегося кровотечения, но имеет место высокий риск рецидива. Показаны разработанный метод эндоскопического гемостаза и нормализация волевических и гипоксических расстройств, восполнение кровопотери, которые входят в комплекс предоперационной подготовки. При отсутствии эффекта от консервативного лечения в течение 6—24 ч выполняется срочная операция с выбором оптимального метода на основании оценки физиологического статуса по шкале оценки POSSUM.

Для определения значимости лабораторных показателей мы использовали неоднородную последовательную процедуру (НПП) распознавания (Гублер Е.В., 1978) [4] (см. табл. 6). При уровне ошибки в 5% величина пороговой суммы составляет ± 13 . Полученная прогностическая таблица позволяет оценить возможность возникновения рецидивного кровотечения. Вероятность повторного кровотечения определялась суммированием значений устойчивости гемостаза в I и II группах, которые и отражают степень риска рецидива (табл. 7).

Таблица 6

Значение лабораторных показателей, определяющих рецидив кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта (II группа)

Показатель	Параметр	Прогностические коэффициенты
АЧТВ	< 30,9	6,6
	31,0—34,6	-0,5
	> 34,6	-7,5
АлАТ	< 39,8	6,0
	39,9—52,6	-4,5
	> 52,6	-9,4
ПТИ	< 70,6	-6,7
	70,7—1,5	1,5
	> 79,4	8,0
Общий белок	< 53	-7,2
	54—64	-6,3
	65—75	0,9
	> 75	7,6
МНО	< 1,28	3,5
	> 1,28	-8,5
Мочевина	< 5,8	3,5
	> 5,8	-3,5
АсАТ	< 39,5	3,6
	> 39,5	-3,1
α -амилаза	< 51,3	3,5
	> 51,3	-3,0
Билирубин общий	< 16,8	3,5
	16,9—20,6	-0,3
	> 20,6	-3,5
Глюкоза крови	< 4,9	2,6
	5,0—6,5	-1,0
	6,5—8,1	-4,4
	> 8,2	-3,5

Низкая вероятность соответствует положительным значениям (+) + (+), высокая — отрицательным (-) + (-).

**Интегральная оценка вероятности рецидива
кровотечения из верхних отделов ЖКТ**

Группа	Степень риска рецидива	Устойчивость гемостаза
I	Минимальная < 8 баллов	Высокая (+)
	Умеренная 8—15 баллов	Умеренная (+, -)
	Высокая > 15 баллов	Низкая (-)
II	Минимальная (+)	Высокая (+)
	Неопределенная (+, -)	Неопределенная (+, -)
	Высокая (-)	Низкая (-)

Таким образом, дифференцированный подход к выбору тактики ведения больных с кровотечениями из верхних отделов ЖКТ влияет на результаты лечения.

Выводы:

1. Основными причинами неудовлетворительных результатов лечения больных с рецидивными кровотечениями из верхних отделов желудочно-кишечного тракта являются несовершенство методов их прогнозирования, недостаточная эффективность применяемого эндоскопического гемостаза, а также субъективизм в выборе объема и способа хирургического вмешательства.

2. Разработанный метод гемостаза эффективен для остановки продолжающегося кровотечения (F Ia, Ib) из верхних отделов ЖКТ, а в 86% случаев стал альтернативой экстренной операции у наиболее тяжелого контингента больных.

3. Проведение адекватной для данной степени кровопотери заместительной терапии принципиально для ишемизированной зоны кровотечения в плане предотвращения рецидивной геморрагии.

4. Использование новых подходов в прогнозировании рецидивных кровотечений из верхних отделов ЖКТ и совершенствование методов эндоскопического гемостаза позволили сократить частоту их возникновения с 7,4 до 4,3%, длительность пребывания в стационаре больных с (11,8±0,2) до (9,8±0,3) сут и послеоперационную летальность с 24,3 до 8,2%.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Вербицкий, В.Г.* Консервативное лечение желудочно-кишечных кровотечений / В.Г. Вербицкий, А.А. Кузьмич // Хирургическая гастроэнтерология. — М.: Медицина, 2001. — С.94—108.
2. *Горбашко, А.И.* Диагностика и лечение кровопотери / А.И. Горбашко. — М.: Медицина, 1982. — 224 с.
3. *Гостищев, В.К.* Острые гастродуоденальные язвенные кровотечения: от стратегических концепций к лечебной тактике / В.К. Гостищев, М.А. Евсеев. — М.: Анта-Эко, 2005. — 352 с.
4. *Гублер, Е.В.* Вычислительные методы анализа и распознавания патологических последствий / Е.В. Гублер. — Л.: Медицина, 1978. — 296 с.
5. *Евсеев, М.А.* Антисекреторные препараты в неотложной хирургической гастроэнтерологии / М.А. Евсеев. — М., 2009. — 173 с.
6. *Загидов, М.З.* Тактика лечения синдрома Меллори—Вейсса / М.З. Загидов, А.М. Загидова, Ц.К. Велиева // Неотложная и специализированная хирургическая помощь: Первый конгресс московских хирургов: сб. тез. — М., 2005. — С.14.
7. *Лопатников, А.В.* Активная эндоскопическая тактика при кровотечениях из верхних отделов желудочно-кишечного тракта / А.В. Лопатников // Неотложная и специализированная хирургическая помощь: Первый конгресс московских хирургов: сб. тез. — М., 2005. — С.22.

8. *Луцевич, Э.В.* Пятидесятилетний опыт лечения больных с желудочно-кишечными кровотечениями: с эндоскопией и без нее / Э.В. Луцевич, И.Н. Белов, М.В. Семенов // Проблемы неотложной помощи в клинической практике. — М.: Талант, 2001. — С.52—57.
9. *Мусинов, И.М.* Острые язвенные желудочно-кишечные кровотечения. Причины рецидивов, состояние системы гемостаза, лечение: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / И.М. Мусинов. — М., 2008. — 58 с.
10. *Тимен, Л.Я.* Кровопотеря. Возможности эндоскопического гемостаза и значение эндоскопии в выборе тактики при лечении гастродуоденальных кровотечений / Л.Я. Тимен, Б.А. Хаит, А.И. Черепанин // Медицинский консультант. — 1995. — № 3. — С.8—15.
11. *Desmond, A.M.* Erosive gastritis its diagnosis management and surgical treatment / A.M. Desmond, K.W. Reynolds // Brit. J. Surg. — 1972. — Vol. 59. — P.5—15.
12. *Forrest, J.A.* Endoscopy in gastrointestinal bleeding / J.A. Forrest, N.D. Finlayson, D.J. Shearman // Lancet. — 1974. — P.394—397.
13. *Hollender, L.F.* Le syndrome de Mallory-Weiss / L.F. Hollender, G. Sava // Actualites hepato-gastroent. — 1969. — Vol. 5. — P.A229—A246.

REFERENCES

1. *Verbickii, V.G.* Konservativnoe lechenie zheludochno-kishechnykh krvotechenii [Conservative treatment of gastrointestinal bleedings] / V.G. Verbickii, A.A. Kuz'mich // Hirurgicheskaya gastroenterologiya. — M.: Medicina, 2001. — S.94—108.
2. *Gorbashko, A.I.* Diagnostika i lechenie krvopoteri [Diagnostics and hemorrhage treatment] / A.I. Gorbashko. — M.: Medicina, 1982. — 224 s.
3. *Gostishev, V.K.* Ostrye gastroduodenal'nye yazvennye krvotecheniya: ot strategicheskikh koncepcii k lechebnoi taktike [Acute gastroduodenal ulcerative bleedings: from strategic concepts to medical tactics] / V.K. Gostishev, M.A. Evseev. — M.: Anta-Eko, 2005. — 352 s.
4. *Gubler, E.V.* Vychislitel'nye metody analiza i raspoznavaniya patologicheskikh posledstviy [Computing methods of the analysis and recognition of pathological consequences] / E.V. Gubler. — L.: Medicina, 1978. — 296 s.
5. *Evseev, M.A.* Antisekretornye preparaty v neotlozhnoi hirurgicheskoi gastroenterologii [Anti-secretory preparations in urgent surgical gastroenterology] / M.A. Evseev. — M., 2009. — 173 s.
6. *Zagidov, M.Z.* Taktika lecheniya sindroma Mellori—Veissa [Tactics of treatment of a syndrome of Mellori—Veyss] / M.Z. Zagidov, A.M. Zagidova, C.K. Velieva // Neotlozhnaya i specializirovannaya hirurgicheskaya pomoshch': Pervyi kongress moskovskih hirurov: sb. tez. — [Materials first congress of the Moscow surgeons «Emergency and specialized surgical aid»]. — M., 2005. — S.14.
7. *Lopatnikov, A.V.* Aktivnaya endoskopicheskaya taktika pri krvotecheniyah iz verhnih otdelov zheludochno-kishechnogo trakta [Active endoscopic tactics at bleedings from the top departments of gastrointestinal tract] / A.V. Lopatnikov // Neotlozhnaya i specializirovannaya hirurgicheskaya pomoshch': Pervyi kongress moskovskih hirurov: sb. tez. — [Materials first congress of the Moscow surgeons «Emergency and specialized surgical aid»]. — M., 2005. — S.22.
8. *Lucevich, E.V.* Pyatidesyatiletanii opyt lecheniya bol'nykh s zheludochno-kishechnymi krvotecheniyami: s endoskopiey i bez nee [Fifty years' experience of treatment of patients with gastrointestinal bleedings: with an endoscopy and without it] / E.V. Lucevich, I.N. Belov, M.V. Semenov // Problemy neotlozhnoi pomoschi v klinicheskoi praktike [Problems of emergency aid in clinical practice]. — M.: Talant, 2001. — S.52—57.
9. *Musinov, I.M.* Ostrye yazvennye zheludochno-kishechnye krvotecheniya. Prichiny recidivov, sostoyaniye sistemy gemostaza, lechenie [Acute ulcerative gastrointestinal bleedings. Reasons of recurrence, condition of system of

- a hemostasis, treatment]: avtoref. dis. ... d-ra med. nauk / I.M. Musinov. — M., 2008. — 58 s.
10. Timen, L.Ya. Krovopoterya. Vozmozhnosti endoskopicheskogo gemostaza i znachenie endoskopii v vybere taktiki pri lechenii gastroduodenal'nykh krvotechenii [Hemorrhage. Possibilities of an endoscopic hemostasis and value of an endoscopy in tactics choice at treatment of gastroduodenal bleedings] / L.Ya. Timen, B.A. Hait, A.I. SHerepanin // Medicinskii konsul'tant [Medical konsul't]. — 1995. — № 3. — S.8—15.
 11. Desmond, A.M. Erosive gastritis its diagnosis management and surgical treatment / A.M. Desmond, K.W. Reinolds // Brit. J. Surg. — 1972. — Vol. 59. — P.5—15.
 12. Forrest, J.A. Endoscopy in gastrointestinal bleeding / J.A. Forrest, N.D. Finlayson, D.J. Shearman // Lancet. — 1974. — P.394—397.
 13. Hollender, L.F. Le syndrome de Mallory-Weiss / L.F. Hollender, G. Sava // Aktualites hepato-gastroent. — 1969. — Vol. 5. — P.A229—A246.

Поступила 27.08.2014

© К.А. Корейба, А.Р. Минабутдинов, А.В. Шарафутдинов, Р.И. Фатыхов, 2014

УДК 617.586-002.44-02:616.379-008.64

СХЕМЫ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

КОНСТАНТИН АЛЕКСАНДРОВИЧ КОРЕЙБА, канд. мед. наук, доцент кафедры общей хирургии ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Казань, Россия, руководитель Центра «Диабетическая стопа» г. Казани, заслуженный врач РТ, Казань, Россия, тел. 8-927-412-87-03, e-mail: korejba_k@mail.ru
АЙДАР РАМИЛЕВИЧ МИНАБУТДИНОВ, врач-хирург Центра «Диабетическая стопа» г. Казани, Россия, тел. 8-965-589-88-91, e-mail: aidocor@mail.ru
АРТУР ВАЗИХОВИЧ ШАРАФУТДИНОВ, врач-хирург отделения гнойно-септической хирургии ГАУЗ ГKB №5 МЗ РТ, Казань, Россия, тел. 8-927-415-85-49, e-mail: arthur.shara@mail.ru
РУСЛАН ИЛЬГИЗАРОВИЧ ФАТЫХОВ, канд. мед. наук, ассистент кафедры общей хирургии ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Казань, Россия, тел. 8-927-400-02-97, e-mail: 74ruslan@rambler.ru

Реферат. Синдром диабетической стопы является одним из грозных осложнений течения сахарного диабета, обуславливает одну из основных причин инвалидизации и смертности. Количество летальных исходов после хирургического лечения — ампутации сегментов нижней конечности в течение первого года, достигает 30—50%. Диабетическая ангиопатия, нейропатия, остеоартропатия имеют определяющее значение в развитии и течении синдрома диабетической стопы, а также планировании профилактических мероприятий. *Цель исследования* — решение проблемы выбора оптимальной тактики лечения, инфузионной терапии синдрома диабетической стопы для получения положительного результата. *Результаты и их обсуждение.* В статье представлены схемы инфузионной терапии синдрома диабетической стопы, приведен краткий анализ групп препаратов, зарегистрированных в регистре лекарственных средств Российской Федерации, показания и противопоказания к применению препаратов, используемых в Центре «Диабетическая стопа» г. Казани, даны рекомендации по проведению консервативной терапии больным с синдромом диабетической стопы. Все назначения делаются после комиссионного обсуждения медикаментозной тактики, в составе консультантов — врачи-эндокринологи, сосудистые хирурги. *Заключение.* Лечение пациентов с синдромом диабетической стопы должно быть патогенетически обоснованным, поэтапным и непрерывным, пожизненным, данный факт необходимо объяснить пациенту и его родственникам.

Ключевые слова: сахарный диабет, синдром диабетической стопы, классификация, инфузионная терапия.

INFUSION THERAPY REGIMENS IN COMPLEX TREATMENT OF DIABETIC FOOT SYNDROME

KONSTANTIN A. KOREYBA, MD, PhD, Department of General Surgery of SBEI HPE «Kazan State Medical University» of Ministry of Health of Russia, Kazan, Russia, tel. 8-927-412-87-03, e-mail: korejba_k@mail.ru
AYDAR R. MINABUTDINOV, surgeon center «Diabetic Foot», Kazan, resident chair of surgical diseases № 2 of SBEI HPE «Kazan State Medical University» of Ministry of Health of Russia, Kazan, Russia, tel. 8-965-589-88-91, e-mail: aidocor@mail.ru
ARTUR V. SHARAFUTDINOV, doctors surgery department of purulent-septic surgery GAUZ GKB № 5, Kazan, Russia, resident Department of General Surgery of SBEI HPE «Kazan State Medical University» of Ministry of Health of Russia, Kazan, Russia, tel. 8-927-415-85-49, e-mail: arthur.shara@mail.ru
RUSLAN I. FATYHOV, MD, Assistant, Department of General Surgery of SBEI HPE «Kazan State Medical University» of Ministry of Health of Russia, Kazan, Russia, tel. 8-927-400-02-97, e-mail: 74ruslan@rambler.ru

Abstract. The syndrome of diabetic foot is one of the terrible complications of diabetes mellitus and one of the main reasons for disability and mortality. The quantity of lethal outcomes after surgical treatment — amputation the bottom extremities segments reaches 30—50% in the first year. The diabetic angiopathy, neuropathy, osteoarthropathy have defining value in development and course of diabetic foot, and also in planning of preventive actions. Research objective: to choose the optimum tactics of treatment and infusion therapy of diabetic foot for better outcome. *Results and discussion.* Schemes of infusion therapy are presented in article. We made the short analysis of drugs from the register of medicines of the Russian Federation, the indication and contraindication is provided to application of the preparations used in the Diabetic Foot Center of Kazan, recommendations of carrying out conservative therapy are made. All drug