

в 12 посевах – 27,9% и были представлены *Pseudomonas aeruginosa* – 2,3%, *Proteus* spp. – 7%, *Escherichia coli* – 7%, *Klebsiella pneumoniae* – 4,7%. Среди энтеробактерий были 3 штамма с продукцией β-лактамаз расширенного спектра. В двух посевах (4,7%) был получен рост *Acinetobacter baumannii*, устойчивого к карбапенемам и с сохраненной чувствительностью только к колистину. Длительность пребывания в ОАР не влияла на частоту БУ, которая составила в разные периоды от 23,8 до 25,8% от общего числа посевов, что объясняется преимущественным поступлением пациентов из профильных отделений и повышает риск нозокомиальных инфекций. В группе онкогематологических больных наблюдалась наименьшая частота бактериурии – 18,8%, в сравнении с гематологическими больными неонкологического профиля – 33,3% и пациентами негематологического профиля – 42,4%. Не выявлено различий в частоте и этиологии БУ в группах иммунокомпрометированных пациентов (22,4% положительных посевов) и неиммунокомпрометированных (32,6%), а также у мужчин (22,1% положительных посевов) и у женщин (28,2%). Значимые различия были выявлены у больных с сахарным диабетом – 44,1% положительных посевов в сравнении с

пациентами без него – 18,4% посевов, а также у больных с выраженными нарушениями питания (ИМТ более 27,9 и менее 20) – 32% положительных посевов у пациентов с ожирением, 43,7% – у пациентов с гипотрофией в сравнении с пациентами с нормальным ИМТ – 20,7%.

Заключение. БУ – часто встречающийся симптом у пациентов отделения реанимации гематологического профиля. Преобладание *Candida* spp. типично для больных гематологической клиники, что обусловлено широким применением антибиотических препаратов и длительным пребыванием пациентов в стационаре. Низкая частота БУ у онкогематологических пациентов может свидетельствовать о лучшей организации и более эффективной профилактике инфекционных осложнений у этой группы больных. Нарушение питания больных, как в сторону недостатка, так и избытка массы тела, а также сахарный диабет служат факторами риска клинически значимой бактериурии. Для более точной оценки клинической значимости бактериурии, необходимости назначения антимикробной терапии, определения наиболее эффективных методов профилактики БУ в отделении реанимации гематологического профиля необходимо проведение дальнейших проспективных исследований.

Экстренная хирургическая патология органов брюшной полости и забрюшинного пространства у больных гемофилией

С.А. Шутов, С.Р. Карагулян, В.Ю. Зоренко, А.В. Гржимоловский, Е.Е. Карпов, К.И. Данишян, Т.Ю. Полянская

ФГБУ Гематологический научный центр Минздравсоцразвития России, Москва

Материалы и методы. За 10 лет в ГНЦ с ургентной патологией органов брюшной полости и забрюшинного пространства было госпитализировано 216 пациентов в возрасте от 15 до 67 лет, страдающих гемофилией, из них больных с наследственным дефицитом фактора VIII (гемофилия А) – 192 (88,9%), больных с наследственным дефицитом фактора IX (гемофилия В) – 24 (11,1%). Подавляющее большинство – 181 (83,8%) – имели тяжелую форму течения заболевания (менее 1% ФVIII или ФIX), 28 пациентов (13%) страдали средней и легкой формой заболевания и 7 (3,2%) больных с ингибиторной формой гемофилии. Пациентов с неотложной патологией органов брюшной полости было 114 (52,8%). По поводу остро развившихся гематом забрюшинного пространства наблюдалось 102 (47,2%) больных. Заместительная гемостатическая терапия осуществлялась концентратами ФVIII, ФIX, rФVIIIa или ФЕЙБА в зависимости от типа гемофилии по стандартным протоколам.

Результаты и обсуждение. Экстренное оперативное вмешательство было выполнено 48 (42,1%) больным, госпитализированным с клинической картиной синдрома "острого живота": острый аппендицит – 14, диагностическая лапароскопия – 13, гемоперитонеум – 6, травматическое повреждение органов брюшной полости – 5, послеоперационное кровотечение – 4, перфорация полого органа – 2, спаечная кишечная непроходимость – 2, деструктивный панкреатит – 1, перфорация желчного пузыря – 1. Осложнения были зафиксированы у 16 прооперированных больных, из них 6 – послеоперационные кровотечения, 10 – инфекционно-воспалительные процессы послеоперационных ран. Умерли 2 больных. Из всех паци-

ентов, госпитализированных с клиническими проявлениями синдрома "острого живота", консервативное лечение было применено у 66 (57,9%) больных: динамическая кишечная непроходимость – у 31, острый панкреатит – у 11, кишечная колика – у 9, тупая травма живота – у 8, прорыв забрюшинной гематомы в свободную брюшную полость – у 7.

Выводы

1. Клинический ответ в течение 2 ч на введение концентрата недостающего фактора свертывания является важнейшим критерием дифференциальной диагностики между острым воспалением червеобразного отростка и спонтанно возникшей правосторонней забрюшинной гематомой.

2. При необходимости выполнения экстренного хирургического вмешательства у больных гемофилией – выбор в пользу эндовидеоскопического доступа.

3. При спонтанном гемоперитонеуме объемом до 1000 мл и стабильном состоянии больного показана консервативная терапия.

4. Клиническая картина динамической кишечной непроходимости, причина которой – гематома стенки кишки и/или брыжейки, является показанием для наблюдения в течение 24–48 ч при поддержании недостающего фактора свертывания на уровне 80–100%.

5. При спонтанном кровотечении в брюшную полость объемом более 1000 мл и/или отрицательной динамике состояния пациента необходимо экстренное хирургическое малоинвазивное вмешательство – лапароскопия, при которой первостепенное значение имеет адекватная санация брюшной полости, а не поиск источника кровотечения.

Желудочно-кишечные кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта у больных гемофилией

С.А. Шутов, С.Р. Карагулян, В.Ю. Зоренко, К.И. Данишян, А.В. Гржимоловский, Е.М. Шулуток, Н.И. Коняшина

ФГБУ Гематологический научный центр Минздравсоцразвития России, Москва

Материалы и методы. За последние 10 лет в ГНЦ поступило 150 больных гемофилией с клинической картиной желудочно-кишечного кровотечения (ЖКК) из верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), и них 80 паци-

ентов (53,5%) имели источник кровотечения в двенадцатиперстной кишке (ДПК), 40 (26,7%) – желудке, в 30 (20%) случаях – причиной явился синдром Меллори-Вейса. Источником кровотечения в 90% случаев являлись острые эро-