## Диагноз ЖКК из верхних отделов ЖКТ

устанавливается на основании клинических проявлений анемии, неврологического дефицита, рвоты с примесью крови, наличия мелены

Незамедлительное (в нашей клинике в приемном отделении) введение препарата заместительной гемостатической терапии (концентрат ФVII, ФVIII или ФІХ, ФЕЙБА)

Отмывание желудка и очистительная клизма для контроля за кровотечением и уменьшения интоксикации

Фиброгастродуоденоскопия (ФГДС): источник кровотечения, продолжается кровотечение или нет, интенсивность

Кровотечение остановлено

- 1 продолжить введение фактора свертывания 7 сут
- 2 противоязвенная кватро-терапия 21 сутки
- 3 инфузионная терапия для поддержания объема циркулирующей крови
- 4 контрольная ФГДС на 7-е сутки

Профилактическое противоязвенное лечение в амбулаторных условиях

зии слизистой. Средний возраст пациентов составил 29 лет (от 19 лет до 71 года).

**Результаты и обсуждение**. Не было отмечено сезонной зависимости ЖКК, а так же прямой зависимости от курения табака. Все пациенты принимали с той или иной периодичность нестероидные противовоспалительные средства для лечения суставной боли. Большинство больных поступало в тяжелом состоянии. Нами было установлено, что чем тяжелее было течение гемофилии (частые эпизоды кровотечений различной локализации и, как следствие, имеющаяся хроническая постгеморрагическая анемия), тем более легко пациенты переносили острую массивную кровопотерю. Больные с редкими обострениями гемофилии острую кровопотерю переносили более тяжело и госпитализировались непосредственно в реанимационное отделение. Сроки от начала кровотечения до госпитализации составляли от 2 до 36 ч (в среднем 12 ч). Порядок выполнения и объем лечебных мероприятий находился в прямой зависимости от степени тяжести кровопотери. В нашей клинике принята следующая тактика проведения интенсивной консервативной терапии.

*Кровотечение продолжается:* 2 — местное воздействие (биоклей, аргоно-плазменная

Подобная тактика позволила нам в течение последних 10 лет избежать оперативных вмешательств при кровотечениях из верхних отделов ЖКТ у больных гемофилией. Средняя продолжительность госпитализации составила 14 дней. Летальных случаев не было.

## Выводы

коагуляция)

- 1. Лечение ЖКК из верхних отделов ЖКТ у больных гемофилией исключительно консервативное, основа устойчивого гемостаза применение современных препаратов заместительной терапии и использование эндоскопической техники.
- 2. Инфузионно-трансфузионная терапия при ЖКК из верхних отделов ЖКТ у больных гемофилией зависит от степени тяжести острой массивной кровопотери.
- 3. Оценка прогноза состояния больного гемофилией при острой массивной кровопотери основывается, помимо прочего, на характере течения гемофилии.

## Сочетанные хирургические вмешательства у больных гемофилией

С.А. Шутов, С.Р. Карагюлян, В.Ю. Зоренко, А.В. Гржимоловский, Е.Е. Карпов, К.И. Данишян, В.С. Шавлохов, М.А. Силаев, Т.Ю. Полянская

ФГБУ Гематологический научный центр Минздравсоцразвития России, Москва

*Материалы и методы*. В ГНЦ в период с 2007 по 2011 г. было выполнено 15 сочетанных операций больным гемофилией, из них пациентов с дефицитом ФVIII было 10, пациентов с дефицитом ФIX – 5. Тяжелая форма гемофилии была у 9 больных. Средний возраст составил 41 год (от 25 до 68 лет).

Результаты и обсуждение. Во всех хирургических вмешательствах один из этапов был полостным, а в 10 случаях все этапы были полостными. Малоинвазивным эндовидеолапароскопическим методом было выполнено 8 полостных этапов: лапароскопическая холецистэктомия — 5, лапароскопическаяспленэктомия и биопсия печение — по 1, биопсия внутрибрюшного лимфатического узла — 1. Величина интраоперационной кровопотери составила в среднем 550 мл (от 50 до 1500 мл). Интраоперационных осложнений не отмечалось. В послеоперационном периоде было зафиксировано 4

осложнения. Летальных случаев не было. Сроки заживления послеоперационных ран и продолжительность госпитализации после операции при выполнении сочетанных операций составили в среднем 12 суток (от 5 суток до 21 дня).

## Выводы

- 1. Пациентам с гемофилией следует шире устанавливать показания к выполнению сочетанных операций, поскольку уменьшается продолжительность лечения больных в стационаре, снижается количество используемых препаратов заместительной гемостатической терапии.
- 2. Результаты сочетанных хирургических вмешательств у больных гемофилией сопоставимы с результатами последовательных.
- 3. При выполнении сочетанных операций необходимо определиться с оптимальной последовательностью этапов.