

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 ФEИБА 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.

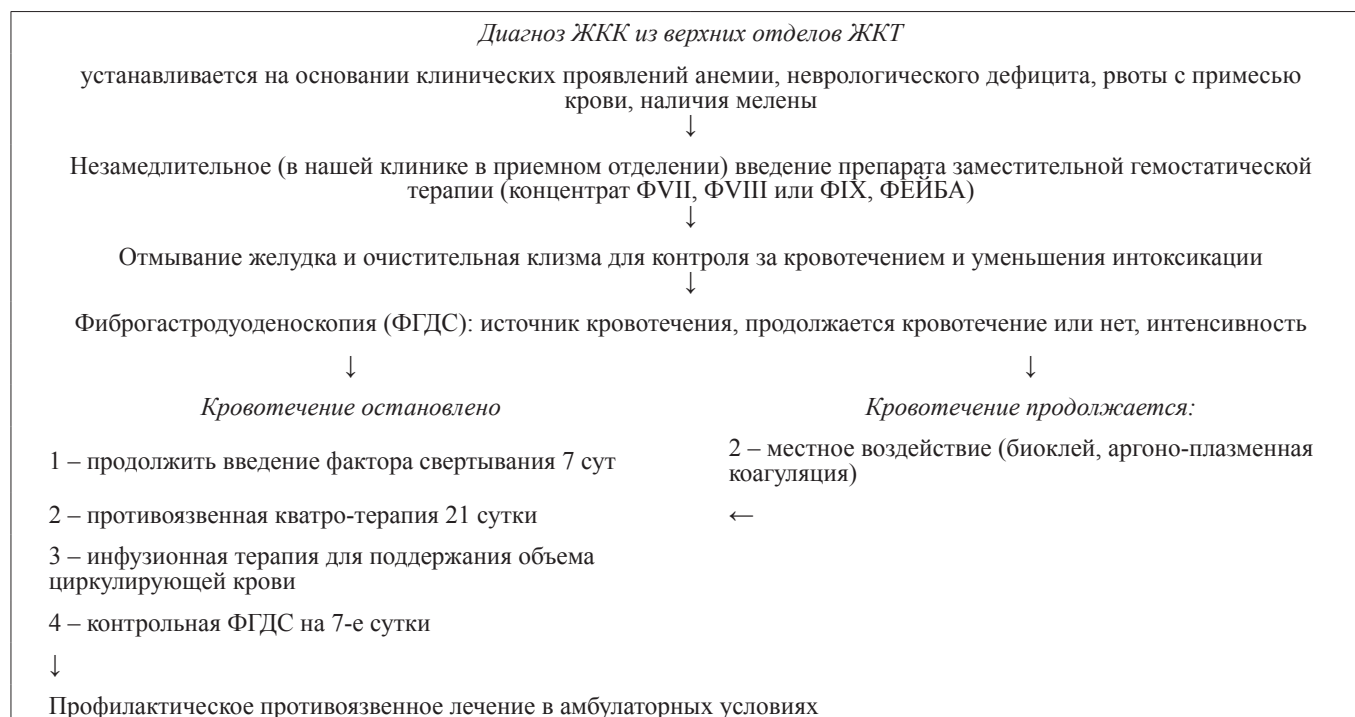
### Желудочно-кишечные кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта у больных гемофилией

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-



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 периодичностью 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.

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**

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. Карагулян, 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 Минздрава 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 FIX – 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 эндовидеолaparоскопическим методом было выполнено 8 полостных этапов: лапароскопическая холецистэктомия – 5, лапароскопическая спленэктомия и биопсия печени – 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.