

*Выводы.* Увеличение количества больных СД в Беларуси на 10% в год и регистрация около 20 000 случаев впервые выявленного СД свидетельствует о продолжающемся распространении данной патологии и ее осложнений среди населения трудоспособного возраста. Гнойно-некротические осложнения СДС в структуре инвалидизации и летальности пациентов занимают лидирующие позиции. Есть необходимость проведения информирования населения о том, что своевременная диагностика и профилактика СДС позволит, еще на амбулаторном этапе лечения, определить показания для госпитализации в хирургическое отделение для планового оперативного лечения, до развития гнойно-некротических осложнений и критической ишемии нижних конечностей. Несмотря на то, что в Беларуси, как и во всем мире, проводятся научные исследования и внедрение в клиническую практику новых методов лечения СД и его грозных осложнений, остается не решенным вопрос о единой тактике ведения этих пациентов и сроках проведения оперативных вмешательств при осложненных формах СДС. Комплексные методы лечения гнойно-некротических форм СДС, включающие консервативную терапию, этапные хирургические вмешательства и реконструктивные операции на сосудах, позволят уменьшить количество ранних высоких ампутаций нижних конечностей и значительно снизить летальность.

## **ЛЕЧЕНИЕ КРОВОТЕЧЕНИЙ ОБУСЛОВЛЕННЫХ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ**

*Гарелик П.В., Дубровицк О.И., Суров А.Н., Могилевец Э.В.,  
Жибер В.М., Шевчук Д.А.*

УО «Гродненский государственный медицинский университет»  
УЗ «Городская клиническая больница № 4 г. Гродно»

*Актуальность.* Несмотря на множество методов и способов лечения цирроза печени (ЦП) с синдромом портальной гипертензии (СПГ), остается нерешенной основная суть проблемы – улучшение результатов лечения, уменьшение общей и послеоперационной летальности. В Республике Беларусь за

последние 10 лет летальность при ЦП возросла почти в 2 раза и не имеет тенденции к снижению. Летальность при возникновении кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода (ВРВП) впервые, составляет 30-50%. В течение первых 2-х лет у 100% пациентов кровотечение повторяется, и при рецидиве умирает еще 40-50% больных. Основная цель и задачи лечения кровотечений, обусловленных ЦП и СПГ, разработаны и общеизвестны, однако, возможность медикаментозной коррекции кровотечений при этой патологии преувеличена, как считают ведущие специалисты экстренной хирургии и портальной гипертензии [1]. При источнике кровотечения из ВРВП, для остановки и предотвращения рецидива кровотечения используется эндоскопическая склеротерапия (ЭСТ) и эндоскопическое лигирование варикозных вен (ЭЛВ). Обе процедуры позволяют остановить кровотечение у 75-91% больных, однако рецидивы после эндоскопической терапии развиваются примерно в 40% случаев. В условиях неотложной хирургии для остановки продолжающегося кровотечения из ВРВП наиболее часто используют зонд Блэкмора (балонная тампонада) источника кровотечения. Его эффективность в начальном контроле кровотечения (24-48 ч) составляет 80-84%. Ранние рецидивы кровотечения развиваются более чем у половины больных. Если кровотечение, обусловленное ЦП и ПГ, не удастся контролировать балонной тампонадой, эндоскопическими методами и фармакотерапией, следует переходить к оперативному лечению. Наиболее часто выполняются транссекция пищевода, эндоваскулярная эмболизация вен, трансъюгулярное внутрипеченочное портокавальное шунтирование и другие виды шунтов, при необходимости и по показаниям может рассматриваться вопрос о трансплантации печени. Предметом настоящего исследования стали результаты применения экстренной и плановой ЭСТ и ЭЛВ для достижения гемостаза при кровотечениях из ВРВП портального генеза, а также анализ непосредственных результатов оперативных методов лечения в рамках плана выполняемой темы научно-исследовательской работы, запланированной в 2010 году «Разработка новых и совершенствование применяющихся методов хирургического лечения цирроза печени и его осложнений».

*Методы исследования.* Изучены результаты применения различных методов гемостаза у 188 больных ЦП с СПГ осложненных кровотечением из ВРВП, госпитализированных в центр гастродуоденальных кровотечений (ГДК) с 2011 по апрель 2013 г. Мужчин было 141 (75%), женщин – 47 (25%), средний возраст – 52,4 года. В реанимационное отделение госпитализировано 62 (33%), в хирургическое - 126 (67%) пациентов. У всех больных лечение включало гемостатическую, инфузионную терапию, гемотрансфузии и балонную тампонаду кровоточащих вен зондом Блэкмора. Оперативные методы лечения применены у 6 (3,2%) пациентов. У 3 выполнена лапароскопическая деваскуляризация желудка и абдоминальной части пищевода, у 1 – селективная проксимальная ваготомия, пилоропластика и аппаратная транссекция пищевода при традиционном оперативном доступе, еще в 1 случае - сформирован мезентериокавальный анастомоз типа – Н, с перевязкой левой желудочной артерии и вены, и в 1 случае - спленэктомия с резекцией хвоста поджелудочной железы. У 8 (4,3%) больных с напряженным асцитом по экстренным показаниям после остановки кровотечения выполняли лапароцентез. Проводилось исследование влияния фотодинамической терапии на течение процессов регенерации у экспериментальных животных с предварительно смоделированным хроническим токсическим гепатитом. Установлено положительное влияние предложенной методики на восстановление морфологической структуры печеночной ткани и функциональной активности гепатоцитов.

*Результаты и их обсуждение.* Состоявшееся кровотечение диагностировано у 50 (26,6%) больных. У 35 (70%) из них во время диагностики выполнена интравазальная склерозация расширенных вен с целью профилактики рецидива кровотечения. При продолжающемся кровотечении из ВРВП у 138 (73,4%) пациентов применена балонная тампонада кровоточащих вен зондом Блэкмора, гемостаз достигнут практически у всех, однако после снятия, через 8-10 часов компрессии кровотечение возобновилось у 23 (16,7%) пациентов. У 17 (9%), из них успешно проведен эндогемостаз (клипирование - 8, накладывание лигатур – 1, инфльтрационный гемостаз - 8). В связи с продолжающимся

кровотечением у 6 (4,3%) проведена повторная балонная тампонада. У 79 (42%) пациентов после остановки кровотечения с помощью тампонады, склерозация ВРВП проведена по общепринятой в клинике методике. Плановая склеротерапия проводилась у 38 пациентов, госпитализированных в центр ГДК в плановом порядке, каждому пациенту выполнялось от 2 до 5 этапных склерозаций. За анализируемый период умерло 49 (26%) больных, летальность – 26%.

*Выводы.* Анализ результатов оказания экстренной помощи при кровотечении из вен пищевода, попытка разрабатывать и применять возможные методы снижения летальности как в экстренном, так и в плановом порядке не удовлетворяют хирургов, так как прогнозировать длительность гемостатического эффекта консервативной терапии и эндоскопического гемостаза невозможно. Рецидив кровотечения может возникнуть у больных ЦП с СПГ в любое время после достижения временного гемостаза. Считаем, что успех лечения зависит от комплексного подхода, который должен включать операцию, малоинвазивные эндоскопические технологии или продолжение консервативной терапии, но каждое направление требует проведения дальнейших разносторонних исследований.

#### *Литература*

1. Ерамишанцев, А.К. Эволюция хирургического лечения кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка / 50 лекций по хирургии [под ред. Савельева В.С.] Медиа-Медика. – 2003. – С. 263-268.

## **НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ С МНОЖЕСТВЕННОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ ВОЗБУДИТЕЛЯ**

*Гельберг И.С., Вольф С.Б., Алексо Е.Н., Чалая Е.В., Демидик С.Н.,  
Шейфер Ю.А., Шевчук Д.В., Авласенко В.С.*

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»*

В настоящее время во многих странах мира эпидемиологическая обстановка по туберкулезу остается неблагоприятной. Важное значение в связи с этим приобретает проблема туберкулеза с множественной лекарственной