

у 70% пациентов, переживших один эпизод кровотечения из ВРВПЖ, при отсутствии терапии в течение года кровотечения возникают повторно.

Цель исследования. Определить рациональный способ остановки продолжающегося кровотечения из варикозно расширенных вен, а также оценить ближайшие и отдаленные результаты после проведения мероприятий по профилактике рецидивов кровотечения.

Был проведен ретроспективный анализ медицинских карт 451 пациента, находившегося на стационарном лечении по поводу кровотечения из ВРВП в УЗ «10 ГКБ» и УЗ «9 ГКБ» г. Минска в 2014-2016 годах.

Средний возраст исследуемой группы пациентов составил  $53,6 \pm 23,65$  лет (M $\pm$ D). Женщины составили 29,3% (n=132), мужчины 70,7% (n=319). Более 2/3 пациентов (73,4% (n=331)) - это лица трудоспособного возраста, однако из них лишь 14,5 % (n=48) нуждалось в листах нетрудоспособности. Это указывает на высокую социальную значимость рассматриваемой проблемы.

Методами остановки кровотечения являлись: эндоскопическое склерозирование и лигирование вен пищевода (67,6% (n=68) в 9 ГКБ), установка зонда Блэкмора (95% (n=41) в 10 ГКБ, 32,4% (n=30) в 9 ГКБ) и стента Даниша (5% (n=2) в 10 ГКБ).

В 10 ГКБ отсроченных хирургических вмешательств с целью профилактики рецидивов кровотечения не проводилось. У части пациентов с состоявшимся кровотечением (n=118 (58%)) в ОПГ 9 ГКБ проводилось хирургическое лечение на спавшихся венах в отсроченном порядке.

Имели место повторные эпизоды кровотечения в течение года, отмечено, что меньший процент рецидивов наблюдался после лигирования и/или склерозирования вен в отсроченном порядке. Постановка зонда Блэкмора является паллиативным методом с высокой вероятностью повторных кровотечений. После проведения операции TIPS рецидивов кровотечений в течение года не наблюдалось.

Летальность после первого эпизода кровотечения в 9 ГКБ составила 20,3%, в 10 ГКБ 31,1%. Летальность в течение года от рецидива кровотечения составила в 9 ГКБ 59%, в 10 ГКБ соответственно 64%. Таким образом, летальность среди пациентов значительно возрастает в случае повторного кровотечения и достоверно не отличается в специализированном и неспециализированном стационарах (U=421, p>0,05). Это подчеркивает необходимость выполнения дополнительных манипуляций для достижения облитерации ВРВ и снижения портального давления.

Выводы.

Рациональным методом достижения гемостаза при кровотечении из ВРВПЖ в условиях общехирургического стационара является постановка зонда Блэкмора или стента Даниша с последующей заместительной (компонентами крови), гемостатической и антисекреторной терапией. В специализированном стационаре следует по возможности выполнять гемостаз и отсроченные вмешательства с помощью современных миниинвазивных методик (склеротерапия и/или лигирование ВРВ, установка стента Даниша, TIPS), с целью профилактики рецидивов кровотечения, так как повторное кровотечение в течение года ассоциируется со значительно большей вероятностью летального исхода.

С целью улучшения отдаленных результатов лечения пациентов показана госпитализация в специализированный хирургический стационар.

**Макаров Д.Н.**

ФГБУ «Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации  
г.Новокузнецк, Россия

## **ВЗАИМОСВЯЗЬ ГОСПИТАЛЬНОЙ ЛЕТАЛЬНОСТИ ПРИ АМПУТАЦИИ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ И СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОБЛИТЕРИРУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ АРТЕРИЙ**

Высокая летальность при ампутации конечности у больных с облитерирующими заболеваниями артерий обусловлена не только тяжестью течения основного заболевания, но и тяжелой сопутствующей патологией, имеющейся у этой группы пациентов (Rommers G.M. 1997 г.,

### **Клинические аспекты хирургии и гинекологии**

Золотов Г.К., 1999 г.). Больные с необратимой ишемией нижних конечностей относятся к категории лиц с тяжелым общесоматическим статусом и явлениями мультифокального сосудистого поражения, с наличием разнообразной сопутствующей патологии. Однако в современной литературе крайне мало сведений о структуре сопутствующей патологии и ее влиянии на госпитальную летальность у пациентов с критической ишемией, перенесших ампутацию конечности.

Цель исследования. Определить влияние сопутствующей патологии на госпитальную летальность при ампутации конечности у пациентов с заболеваниями периферических артерий.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ 656 историй болезни пациентов, которым в период с 1 января 1998 года по 31 декабря 2011 года была выполнена ампутация нижней конечности в клинике ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России.

Результаты исследования. Установлено, что наличие в анамнезе перенесенного инфаркта миокарда в 2,4 раза увеличивало госпитальную летальность при ампутации конечности ( $p=0,003$ ).

Послеоперационная летальность у больных гипертонической болезнью была почти в 2 раза выше, чем у пациентов с нормальным уровнем артериального давления ( $p=0,03$ ).

Процент пациентов, страдающих хронической сердечной недостаточностью и умерших в послеоперационном периоде, был в два раза выше, чем у больных без недостаточности кровообращения ( $p=0,02$ ).

Госпитальная летальность при ампутации конечности у пациентов, страдающих хронической обструктивной болезнью легких, была в 2,9 раз выше, чем у больных, не имеющих данной патологии ( $p<0,001$ ).

Наиболее значимая разница по госпитальной летальности выявлена у пациентов с хронической почечной недостаточностью. У этих больных смертность в послеоперационном периоде составила 39,4%, что в 5,6 раз выше, чем у пациентов с нормальной функцией почек ( $p<0,001$ ).

Установлено, что госпитальная летальность при ампутации конечности у больных, имеющих сопутствующую ишемическую болезнь сердца, стенокардию, мерцательную аритмию, перенесенный инсульт в анамнезе, язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки не отличалась от летальности у больных, не имеющих данную патологию ( $p>0,05$ ).

Выводы.

Такие сопутствующие состояния как хроническая сердечная недостаточность, хроническая почечная недостаточность, хроническая обструктивная болезнь легких, гипертоническая болезнь и перенесенный инфаркт миокарда с высокой степенью достоверности увеличивают летальность при ампутации конечности у пациентов с критической ишемией конечности.

### **Махмудов Н.И., Усманов Б.С., Акбарова М.А., Каттаханова Р.Ю.**

Ферганский филиал РНЦЭМП  
Ферганский филиал Ташкентской медицинской академии  
г. Фергана, Узбекистан

## **ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ЯТРОГЕННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ОРГАНАХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ И ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА**

Тактика лечения ятрогенных повреждений магистральных сосудов при операциях на органах брюшной полости и забрюшинного пространства до настоящего времени остается актуальной и сложной задачей, что связано с высокой летальностью вследствие массивной кровопотери.

Неподготовленный к подобному осложнению хирург иногда теряет самообладание и контроль над ситуацией, выполняет неадекватные действия по остановке кровотечения. Чаще это наблюдается в узкоспециализированных центрах, хирургических стационарах общего профиля, городских и районных больницах.

За период с 2005 по 2015 гг. при выполнении оперативных вмешательств на органах брюшной полости и забрюшинного пространства экстренная ангиохирургическая помощь оказалась необходимой в 25 случаях. Мужчин было 15 (60%), женщин - 10 (40%). Возраст больных колебался от 22 до 60 лет. Явления геморрагического шока 2-3 степени отмечены у 18 (72%) больных.