

5. Ragimov BC, Musaev ShM, Gasanov AB. Patomorfologicheskie izmeneniya v ljogkih u bol'nyh s tjazhjolymi cherepno-mozgovymi travmami [Pathomorphological features in lungs in patients with severe brain injury]. Anesteziologija i reanimatologija [Anesthesiology and Intensive Care]. 2007; 1: 57-60.
6. Rakov AL, Panfilov DN, Gel'cer BI. Mestnyj kletochnyj i gumoral'nyj immunitet u bol'nyh pnevmoniej [Local cell and humoral immunity in patients with pneumonia]. Klinicheskaya medicina [Clinical medicine]. 2000; 10: 32-36.
7. Ershov AL. Etiologicheskie i patogeneticheskie osobennosti nozokomial'noj pnevmonii, svjazannoj s IVL (NPIV) [Etiological and pathogenetic features of nosocomial pneumonia related to artificial ventilation]. Anesteziologija i reanimatologija [Anesthesiology and Intensive Care]. 2000; 3: 69-73.
8. Jakovlev CB. Sovremennye problemy antibakterial'noj terapii gospital'nyh infekcij: «gorjachie tochki» rezistentnosti [Nowadays problems of nosocomial infections treatment: «hot points» of resistance]. Medicinskie novosti [Medical news]. 2005; 3: 37-43.
9. De Pippo KL et al. Dysphagia therapy following stroke: a controlled trial. Neurology. 1994; 44: 1655-1660.
10. Kondrat'ev AN, Ivchenko IM. Anestezija i intensivnaja terapija travmy central'noj nervnoj sistemy [Anesthesiology and intensive care of central nervous system injuries]. SPb: Medicinskoje izdatel'stvo [SPb: Medical Publishing House]. 2002; 128 p.

© А.Ю. Анисимов, Э.Х. Мамкеев, Н.Б. Амиров, А.В. Логинов, М.В. Кузнецов, А.А. Анисимов, 2016

УДК [616.36-004-06:616.329/.33-005.1]-089

DOI: 10.20969/VSKM.2016.9(6).20-27

## СПОРНЫЕ ВОПРОСЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ С КРОВОТЕЧЕНИЯМИ ИЗ ВАРИКОЗНО-РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА

**АНИСИМОВ АНДРЕЙ ЮРЬЕВИЧ**, докт. мед. наук, профессор, зав. кафедрой скорой медицинской помощи, медицины катастроф и мобилизационной подготовки здравоохранения ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия» Минздрава России, главный внештатный специалист-хирург Министерства здравоохранения Республики Татарстан, Россия, 420012, Казань, ул. Муштары, 11, тел. 8-843-221-36-70, e-mail: aanisimovbsmp@yandex.ru

**МАМКЕЕВ ЭЛЬДАР ХАМЗЯЕВИЧ**, канд. мед. наук, доцент кафедры эпидемиологии и дезинфектологии ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия» Минздрава России, Россия, 420012, Казань, ул. Муштары, 11

**АМИРОВ НАИЛЬ БАГАУВИЧ**, докт. мед. наук, профессор кафедры общей врачебной практики ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, 420012, Казань, ул. Бултерова, 49, зам. начальника Клинического госпиталя ФКУЗ «МСЧ МВД России по Республике Татарстан», Казань, ул. Оренбургский тракт, 132, e-mail: namirov@mail.ru

**ЛОГИНОВ АЛЕКСАНДР ВИКТОРОВИЧ**, врач-хирург приемного отделения ГАУЗ «Городская клиническая больница № 7» г. Казани, Россия, 420103, Казань, ул. Чуйкова, 54

**КУЗНЕЦОВ МАКСИМ ВЛАДИМИРОВИЧ**, канд. мед. наук, зам. главного врача ГАУЗ «Клиника медицинского университета» г. Казани, Россия, 420012, Казань, ул. Толстого, 4

**АНИСИМОВ АНДРЕЙ АНДРЕЕВИЧ**, студент педиатрического факультета ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, 420012, Казань, ул. Бултерова, 49

**Реферат. Цель исследования** — улучшение результатов лечения больных циррозом печени, осложненным кровотечением из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка, путем применения активной хирургической тактики. **Материал и методы.** Выполнен клинический анализ результатов лечения 105 больных циррозом печени с синдромом внутрипеченочной портальной гипертензии за период с 2006 по 2014 г. **Результаты и их обсуждение.** Выжидательная консервативная тактика у больных циррозом печени, осложненным пищеводно-желудочным кровотечением, не позволяет избежать большого количества осложнений и существенно уменьшить показатели летальности. Включение в лечебную программу больных с компенсированным (класс А) и субкомпенсированным (класс В) циррозом печени, осложненным кровотечением из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка, активной хирургической тактики позволяет уменьшить общее количество осложнений с 97,4 до 25,0%, в том числе рецидивов кровотечений — с 12,9 до 7,1%, частоту развития печеночной недостаточности — с 16,9 до 14,3%, нагноений срединной раны — с 6,5 до 3,6%, пневмоний и плевритов — с 2,3 до 0%, снизить послеоперационную летальность с 100 до 35,7%, госпитальную летальность — с 76,6 до 35,7%, сократить сроки стационарного лечения пациентов с благоприятным исходом в классе А с (18,1±3,0) до (13,0±2,0) сут, в классе В — с (22,0±2,0) до (17,25±1,0) сут. **Заключение.** Активная хирургическая тактика с использованием операции М.Д. Пациора позволяет достичь стойкой ремиссии гастроэзофагеального кровотечения как основного симптома болезни. Необходимо подтверждение первоначальных клинических результатов эффективности эндоскопического гемостаза стентами Даниша в дальнейших сравнительных рандомизированных контролируемых исследованиях.

**Ключевые слова:** портальная гипертензия, цирроз печени, кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка, хирургическое лечение, эндоскопический гемостаз.

**Для ссылки:** Спорные вопросы хирургического лечения больных циррозом печени с кровотечениями из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка / А.Ю. Анисимов, Э.Х. Мамкеев, Н.Б. Амиров [и др.] // Вестник современной клинической медицины. — 2016. — Т. 9, вып. 6. — С.20—27.

# ISSUES OF SURGICAL TREATMENT OF LIVER CIRRHOTIC PATIENTS WITH VARICEAL ESOPHAGOGASTRIC BLEEDING

**ANISIMOV ANDREY YU.**, D. Med. Sci., professor, Head of the Department of emergency medical care of Kazan State Medical Academy, Chief visiting surgeon of the Ministry of Health of Tatarstan Republic, Russia, 420012, Kazan, Mushtari str., 11, tel. +7-987-297-16-54, e-mail: aanisimovbsmp@yandex.ru

**MAMKEEV ELДАР KH.**, C. Med. Sci., associate professor of the Department of epidemiology and disinfectology of Kazan State Medical Academy, Russia, 420012, Kazan, Mushtari str., 11

**AMIROV NAIL B.**, D. Med. Sci., professor of the Department of general medical practice of Kazan State Medical University, Russia, 420012, Kazan, Butlerov str., 49, e-mail: namirov@mail.ru

**LOGINOV ALEXANDER V.**, surgeon of the Department of emergency of Clinical hospital № 7, Russia, 420103, Kazan, Chuikov str., 54

**KUZNETSOV MAKSIM V.**, C. Med. Sci., deputy head physician of Clinic of Medical University, Russia, 420012, Kazan, Tolstoy str., 4

**ANISIMOV ANDREY A.**, pediatric faculty student of Kazan State Medical University, Russia, 420012, Kazan, Butlerov str., 49

**Abstract. Aim.** To improve the results of surgical treatment in patients with liver cirrhosis complicated by bleeding from varicose esophagus and stomach veins using invasive approach. **Material and methods.** Analysis of the results of treatment of 105 patients with liver cirrhosis with intrahepatic portal hypertension syndrome for the period 2006—2014 was performed. The 1st investigated group consisted of 77 patients with liver cirrhosis complicated by variceal esophagogastric bleeding. They underwent conservative treatment using surgical methods only as «the operation of despair». The 2nd investigated group consisted of 28 patients, whose treatment program included an active surgical approach using M.D. Patsiora surgery. Endoscopic haemostatic self-expanding nitinol Danish stent was placed in 17 patients with portal hypertension with the high risk of rebleeding instead of traditional Sengstaken-Blackmore balloon tamponade. **Results and discussion.** Conservative treatment does not allow avoiding a large number of complications and significantly reduces mortality rates in patients with liver cirrhosis complicated by esophagogastric bleeding. Surgical approach can reduce the total number of complications from 97,4 to 25,0%, including bleeding relapse — from 12,9 to 7,1%, liver failure — from 16,9 to 14,3%, the median festering wounds — from 6,5 to 3,6%, pneumonia and pleurisy — from 2,3 to 0%, postoperative mortality from 100 to 35,7%, hospital mortality from 76,6 to 35,7%, the time of hospital treatment of patients in class A (18,1±3,0) to (13,0±2,0) days, in class B (22,0±2,0) to (17,25±1,0) days. **Conclusion.** Invasive approach using M.D. Patsiora surgery helps to achieve sustainable remission of gastroesophageal bleeding as the main symptom of the disease.

**Key words:** portal hypertension, liver cirrhosis, variceal esophagogastric bleeding, endoscopic hemostasis, surgical treatment.

**For reference:** Anisimov AY, Mamkeev EH, Amirov NB, Loginov AV, Kuznetsov MV, Anisimov AA. Issues of surgical treatment of liver cirrhotic patients with variceal esophagogastric bleeding. The Bulletin of Contemporary Clinical Medicine. 2016; 9 (6): 20—27.

**Актуальность проблемы.** Ахиллесовой пятой современной хирургической гепатологии является лечение больных циррозом печени (ЦП) в момент остро возникшего пищеводно-желудочного кровотечения [1, 2, 3]. Как известно, в 70% случаев ЦП становится причиной развития внутрипеченочной портальной гипертензии (ПГ) [4, 5]. Затруднение тока крови в системе воротной вены у больных ЦП в 25—35% случаев приводит к кровотечениям из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка (ВРВПЖ). Кровотечения из ВРВПЖ у больных ЦП отличаются особой тяжестью клинических проявлений, серьезными последствиями и высокой вероятностью летального исхода [6]. Риск возникновения кровотечения в первые 2 года после постановки диагноза составляет 30%. Летальность при первом пищеводно-желудочном кровотечении достигает 50%. Еще более пессимистичным выглядит прогноз для пациентов, перенесших кровотечения из ВРВПЖ в прошлом. В течение первого года у 60% из них возникает рецидив. От него погибает еще 70—80% больных [7]. Кровотечения из ВРВПЖ являются основным, но, как правило, запоздалым показанием к хирургическому лечению больных с синдромом ПГ при ЦП [8, 9].

В Республике Татарстан с числом населения 3 млн 779 тыс. человек хирурги, к сожалению, в

основном имеют дело с больными ПГ в стадии сосудистой или печеночной декомпенсации, на высоте кровотечения из ВРВПЖ, угрожающий жизни характер которого в настоящее время абсолютно очевиден, а удельный вес в республиканской структуре причин смерти экстренных хирургических больных за последние 6 лет составил от 7,0 до 19,0% [10].

Анализ многолетней динамики коэффициента смертности среди жителей Республики Татарстан показал, что при ЦП вирусной этиологии он колебался от 12,2 до 18,9, составив в среднем 15,4 на 100 тыс. населения, а при ЦП алкогольной этиологии — от 0,98 до 6,83, составив в среднем 3,6 на 100 тыс. населения. Оценка тенденции коэффициента смертности по темпу среднего прироста при вирусном ЦП показала его ежегодное увеличение в среднем на 0,5%, а при алкогольном ЦП — в среднем на 12,5%. Оценка тенденции показателя смертности в различных возрастных группах показала ее выраженный рост у всех пациентов с алкогольным ЦП (от +5,2% в группе от 30 до 39 лет до +11,1% в группе старше 70 лет). У пациентов с вирусным ЦП в целом по группе отмечена умеренная тенденция к росту показателя смертности (от +1,5% в группе от 60 до 69 лет до +10,6% в группе от 20 до 29 лет). Однако в наиболее трудоспособных возрастных группах имеет место выраженная тенденция к росту показателя смер-

ности (от +7,2% в группе от 30 до 39 лет и +10,6% в группе от 20 до 29 лет) [1].

Из сказанного ясно, что существующая выжидательная тактика в отношении пациентов с ЦП на высоте пищеводно-желудочного кровотечения мало себя оправдывает и нуждается в совершенствовании. Данные литературы свидетельствуют о различных подходах к лечению острых кровотечений из ВРВПЖ у больных ЦП. Одни авторы отдают предпочтение эндоскопическим методам гемостаза [11], другие — использованию медикаментозных препаратов [12], третьи — эмболизации варикозных вен [13]. Широко используются экстренные оперативные вмешательства, среди которых как различные виды портокавальных анастомозов [14], так и прямые вмешательства на венах эзофагокардиальной области [15]. За последние годы в арсенал методов борьбы с кровотечениями из ВРВПЖ прибавилось еще два: трансюгулярный внутривенный портокавальный анастомоз [16] и ортотопическая трансплантация донорской печени [17].

Таким образом, совершенствование методик гемостаза и их рационального сочетания, оптимизация лечебной программы в целом, включающей в себя раннее оперативное вмешательство и адекватные меры по коррекции нарушенных функций организма у больных ЦП с острыми кровотечениями из ВРВПЖ, являются исключительно актуальными [8, 18].

Исходя из вышесказанного, **целью работы** явилось улучшение результатов хирургического лечения больных ЦП, осложненным кровотечением из ВРВПЖ, путем применения активной хирургической тактики.

**Материал и методы.** Проанализированы результаты лечения 105 больных ЦП с синдромом внутривенной ПГ за период с 2006 по 2014 г. Первую исследуемую клиническую группу сравнения составили 77 больных циррозом печени, осложненным кровотечением из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка, лечебная программа которых предусматривала выжидательную консервативную тактику с использованием хирургических методов только в качестве «операции отчаяния». Во вторую (основную) исследуемую клиническую группу вошли 28 больных циррозом печени, осложненным кровотечением из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка, комплексная лечебная программа которых предусматривала активную хирургическую тактику с использованием операции М.Д. Пациора. У 17 пациентов с портальной гипертензией различного генеза и высоким риском рецидива кровотечения (или на высоте последнего) вместо традиционной баллонной тампонады зондом-обтуратором Сенгстакена — Блэкмора был выполнен эндоскопический гемостаз саморасширяющимися нитиноловыми стентами Даниша.

У 27 (25,7%) больных ЦП развился вследствие алкогольного поражения печени, у 23 (21,9%) — вирусного гепатита С, у 22 (21,0%) — вирусного гепатита В и С, у 15 (14,3%) — поражения печени гепатотоксичными соединениями. У 18 (17,1%) человек имел место ЦП неуточненной этиологии. У 22 (21,0%) больных была кровопотеря легкой, у 48 (45,7%) — средней и

у 35 (33,3%) — тяжелой степени по классификации А.И. Горбашко (1974). В класс А (компенсированный ЦП) по критериям Чайлда — Пью (1973) вошли 10 (9,5%) больных, в класс В (субкомпенсированный ЦП) — 44 (41,9%), в класс С (декомпенсированный ЦП) — 51 (48,6%) пациент. У 76 (72,4%) больных с пищеводно-желудочным кровотечением во время ЭГДС были обнаружены ВРВП. Из них у 65 (85,5%) они локализовались в нижней трети пищевода, у 11 (14,5%) — в нижней и средней его трети. У 29 (27,6%) больных были обнаружены ВРВП и кардиального отдела желудка. У 30 (28,6%) больных была обнаружена II, а у 75 (71,4%) — III степень варикозной трансформации вен пищевода по А.Г. Шерцингеру (1986). Локализация источника кровотечения во время проведения экстренной ЭГДС была установлена у 67 (63,8%) больных. Это были эрозии слизистой оболочки, перфорировавшие стенку ВРВ. Последняя была расположена у 54 (80,6%) пациентов в дистальной трети пищевода, у 13 (19,4%) — в области кардиального отдела желудка. У 38 (36,2%) больных имели место эндоскопические признаки состоявшегося кровотечения, однако установить точно локализацию его источника не удалось.

#### **Общая характеристика лечебной программы.**

Первую исследуемую клиническую группу сравнения составили 77 больных ЦП, осложненным кровотечением из ВРВПЖ. У больных этой группы мы придавали основное значение достижению гемостаза и стабилизации состояния пациентов медикаментозной терапией. Проводили ее по стандартной схеме. Хирургический метод лечения применили в качестве «операции отчаяния», когда не оставалось никакой надежды на консервативный гемостаз, а тяжесть состояния прогрессивно нарастала у 13 (16,9%) больных.

Во вторую исследуемую клиническую группу вошли 28 больных ЦП, осложненным кровотечением из ВРВПЖ, комплексная лечебная программа которых предусматривала активную хирургическую тактику с использованием операции М.Д. Пациора. В основной группе медикаментозная терапия играла вспомогательную роль в достижении гемостаза. Стандартную комбинацию лекарственных средств дополняли препаратами, снижающими портальное давление и уменьшающими степень печеночной энцефалопатии. В то же время оперативное лечение выполняли как можно раньше до наступления декомпенсации функции печени. В связи с этим в основной группе были прооперированы все 28 (100%) человек.

Была выполнена чрезбрюшинная гастротомия и прошивание ВРВПЖ по методу М.Д. Пациора. Принципиально важные технические особенности этого вмешательства в нашем исполнении заключались в следующем:

1. Аппаратная коррекция верхнесрединного абдоминального доступа с использованием четырех ретракторов РСК-10. Два из них устанавливали на головном, два — на ножном конце операционного стола справа и слева от больного. Левый головной ретрактор был ведущим. Он обеспечивал отведение мягких тканей передней брюшной стенки в

области непосредственного объекта вмешательства. Его устанавливали по оси операционного действия. Стойку этого ретрактора фиксировали на пересечении мысленной линии, проведенной через глаз хирурга к точке ортогональной проекции кардиального отдела желудка или внутреннего пищеводного отверстия на переднюю брюшную стенку, с направляющей планкой операционного стола. Три других ретрактора были предназначены для противонатяжения и формирования «окна» доступа. Они обеспечивали латеральное смещение мягких тканей передней брюшной стенки. Силу тяги при коррекции РСК-10 направляли отвесно. После создания необходимого размера и формы раны натяжение ретракторов фиксировали до окончания выполнения оперативного приема.

2. Остановка кровотечения путем последовательного продольного прошивания стволов варикозно-расширенных вен абдоминального отдела пищевода и последующего прошивания в «шахматном порядке» варикозно-расширенных вен кардиального отдела желудка. Прошивание отдельными узловыми швами начинали с наиболее выраженного ствола варикозно-расширенной вены на малой кривизне желудка. Подтягивая за ранее наложенные лигатуры последовательно прошивали 3—4 венозных ствола в пищеводе на расстоянии 3—4 см проксимальнее пищеводно-желудочного перехода. Затем отдельными узловыми швами последовательно в «шахматном порядке» прошивали варикозно-расширенные вены кардиального отдела желудка.

3. Использовали в качестве шовного материала рассасывающиеся синтетические нити «Викрил».

Учитывая относительную однородность сравниваемых групп, мы сочли возможным разницу в результатах лечения отнести за счет разницы в тактическом подходе к ведению больных и технических особенностей выполнения хирургического пособия.

**Общая характеристика методов исследования.** Всем больным производили общеклинические и специальные методы исследования. Определенные общелабораторных и биохимических показателей выполняли по стандартным методикам: общий билирубин — по методу Jendrassik, Gleghorn; АСТ и АЛТ — по методу Reitman, Frankel; щелочная фосфатаза — методом Bodansky; общий белок — методом Kingsley. Экстренное эндоскопическое исследование выполняли фиброгастроскопом «PENTAX FG-29M» (Япония) и видеогастроскопом CV-70 «Olympus» (Япония) с записью исследования на видеокассеты. Во время исследования акцентировали внимание на диаметре ВРВПЖ, количестве стволов расширенных вен, их локализации, наличии сопутствующих изменений в пищеводе и желудке. О степени напряжения вариксов судили по их реакции на инсuffляцию воздуха. Если вены при инсuffляции воздуха спадались, давление в портальной системе расценивали как невысокое, а риск развития кровотечения — как низкий. Если же вены при инсuffляции не спадались, давление в портальной системе и риск развития кровотечения расценивали как высокие. Ультразвуковое исследование гепатобилиарной системы выполняли на

аппарате «Aloka SSD-1700» (Япония) и на аппарате «Voluson 730 Expert» фирмы «General Electric» (США) с использованием конвексных датчиков с частотой от 3 до 5 МГц. Исследование больных проводили в положении лежа на спине, на левом и правом боку. Датчик размещали в эпигастральной области или в области правого подреберья, а при визуализации селезеночной вены — в области левого подреберья. Выполняли одномоментное УЗИ печени, селезенки, желчного пузыря, поджелудочной железы в режиме серой шкалы. Затем выполняли ЦДК сосудов систем воротной и нижней полой вен. На аппарате «Voluson 730 Expert» ЦДК выполняли в 3D-режиме. Из ангиографических методов исследования проводили целиакографию, селективную артериографию селезенки и печени, возвратную портографию. Для целиакографии выполняли чрескожную, чрезбедренную катетеризацию по Сельдингеру. Для селективной катетеризации чревного ствола применяли катетер фирмы «Cordis» (США), сформированный по типу зонда «кобра» с диаметром, равным 5—6 F, и проводником. Целиакографию выполняли введением 12—15 мл, а селективную артериографию — введением 30—40 мл ультрависта 300 электрохимическим иньектором со скоростью 8—12 мл/с. Артериографию производили в переднезадней проекции при горизонтальном положении больного на ангиографическом аппарате фирмы «General Electric» (США) с рентгенотелевизионной системой «Fluoricon-300» для выполнения дигитальной субтракционной артериопортографии.

Статистическую обработку результатов исследования проводили методом вариационной статистики путем расчета средней арифметической ( $M$ ), среднеквадратичного отклонения ( $s$ ) и средней ошибки ( $m$ ). Достоверность различий показателей оценивали по коэффициенту Стьюдента. Различия считали достоверными при значении  $p < 0,05$ .

**Результаты и их обсуждение.** Подводя итоги ангиографических исследований, мы установили, что между степенью компенсации ЦП и состоянием ее интраорганным сосудистого русла существует тесная связь. У пациентов с компенсированным (класс А) и субкомпенсированным (класс В) циррозом печени имело место значительное обеднение сосудистой сети с умеренной или грубой деформацией и беспорядочным расположением сосудов (первый тип кровоснабжения при ЦП). У больных с декомпенсированным (класс С) циррозом печени при возвратной спленопортографии сосудистая сеть в печени отсутствовала, хотя по данным доплерографии были признаки кровотока (второй тип кровоснабжения печени при ЦП). На наш взгляд, полученные данные о двух типах изменений внутрипеченочного сосудистого рисунка следует учитывать при выборе лечебной тактики.

У 88 (83,8%) больных лечебные мероприятия начинали с установки зонда-обтуратора Сенгстаке-на — Блэкмора, рассматривая его как обязательный механический фактор для достижения гемостаза. Сроки нахождения зонда-обтуратора у больных группы сравнения выбирали произвольно. При этом

длительность пребывания составила (3,5±1,5) сут. У больных основной группы сроки зависели от степени компенсации ЦП и составили в классе А (12±2,0) ч, в классе В — (18±6,0) ч, в классе С — (70±2,5) ч.

У 17 (16,2%) больных с кровотечениями из ВРВП был выполнен эндоскопический гемостаз саморасширяющимися нитиноловыми стентами Даниша производства ELLA-CS (Чешская Республика). Стенты Даниша установили на срок от 3 до 7 сут на высоте пищевода кровотечения у 4 (23,5%) больных, при высоком риске рецидива последнего — у 13 (76,5%) больных.

13 (16,9%) пациентам группы сравнения было выполнено прошивание ВРВПЖ в качестве «операции отчаяния», когда не оставалось никакой надежды на консервативный гемостаз, а тяжесть состояния прогрессивно нарастала. Три пациента из 13 были прооперированы через трое суток, шесть через 5 и четыре через 7 сут с момента поступления в стационар. Все эти больные имели кровопотерю тяжелой степени, более 4 рецидивов кровотечения в анамнезе, высокую степень гиперферментемии. На фоне длительного консервативного лечения, рецидивов кровотечения и позднего оперативного пособия у всех этих пациентов мы наблюдали прогрессирование декомпенсации функции печени. Именно поэтому все оперированные в группе сравнения пациенты имели декомпенсированный (класс С) цирроз печени и III степень варикозной трансформации вен пищевода по А.Г. Шерцингеру.

В основной группе все 28 (100%) пациентов были оперированы как можно раньше, до наступления декомпенсации функции печени. В том числе семь человек прооперированы через 12 ч, двенадцать — через 24 ч и девять через 48 ч от момента поступления в хирургический стационар.

Преобразование доступа с помощью четырех ретракторов Сигала — Кабанова дало нам возможность создавать при одинаковом по положению, длине и качеству разрезу совершенно новые условия хирургического доступа. Это наглядно демонстрирует *табл. 1*. Анализ замеров, приведенных в ней, свидетельствует о значительном изменении в лучшую сторону условий доступа ко всем ранее труднодоступным анатомическим образованиям.

При коррекции четырьмя ретракторами РСК-10 уменьшалась абсолютная глубина раны. Кроме того, площадь «окна» в брюшной стенке превышала

площадь двух кулаков хирурга ( $p < 0,05$ ). В результате чего руки легко входили в рану, и он фактически работал не с уровня кожного «окна», а с уровня внутренних органов. При этом степень свободы манипуляций в полости раны определялась не абсолютной, а хирургической ее глубиной. Показатели хирургической глубины раны при аппаратной коррекции четырьмя ретракторами РСК-10 значительно меньше, чем абсолютная глубина раны при коррекции двумя ретракторами РСК-10 ( $p < 0,05$ ). При аппаратной коррекции доступа четырьмя ретракторами Сигала — Кабанова угол операционного действия как по длине, так и по ширине ограничен не кожными краями, а нависающими внутренними органами. Их в значительной степени можно было смещать или мобилизовывать. О благоприятных условиях операционного доступа при этом варианте аппаратной коррекции косвенно свидетельствует тот факт, что ни в одном случае не возникла необходимость удаления селезенки. Объемно-пространственные отношения в операционном поле позволяли работать хирургу в достаточно комфортных условиях.

Из 17 установленных по инструкции производителя стентов Даниша 5 (29,4%) мигрировали в желудок: 1 не раскрылся вообще, 4 находились в расправленном виде, 10 (70,6%) стентов были успешно установлены без каких-либо осложнений в стандартную позицию в пищевод. Из 4 пациентов, которым стент Даниша был установлен на высоте пищевода кровотечения, в 2 наблюдениях был достигнут надежный гемостаз. У третьего пациента стент в нераскрытом виде мигрировал в желудок, а у четвертого даже при стандартном раскрытии стента в пищеводе добиться гемостаза не удалось. В обоих наблюдениях это потребовало повторной сразу же после попытки стентирования тампонады зондом — obturatorом Сенгстакема — Блэкмора. У 13 пациентов на 3—7-е сут после установки стенты были удалены эндоскопически, в том числе у 9 (69,2%) с помощью стандартного ELLA-экстрактора, а у 4 (30,8%) в связи с отсутствием последнего — эндоскопом. Ни в одном из 17 наблюдений мы не отметили ни одного осложнения, связанного с нахождением стента в пищеводе или с процедурой его извлечения.

Анализ ближайших результатов лечения больных ЦП с кровотечениями из ВРВПЖ под влиянием различных вариантов лечебной программы показал, что в группе сравнения осложнения возникли у 75 (97,4%) больных, а в основной — у 7 (25,0%) пациентов. Структура осложнений представлена в *табл. 2*.

Таблица 1

Объемно-пространственные отношения в ране при коррекции верхнесрединного абдоминального доступа четырьмя ретракторами Сигала — Кабанова (M±m)

| Объект исследования            | Исследуемый параметр |           |                     |            |           |                       |                       |            |           |
|--------------------------------|----------------------|-----------|---------------------|------------|-----------|-----------------------|-----------------------|------------|-----------|
|                                | Др, см               | Шр, см    | Sp, см <sup>2</sup> | Гр, см     | Гвн, см   | УОД <sub>дп</sub> (°) | УОД <sub>шп</sub> (°) | УНООД (°)  | Л, см     |
| Пищеводное отверстие диафрагмы | 18,75±1,37           | 21,4±1,23 | 1263,6±79,1         | 12,29±1,53 | 7,71±1,45 | 73,78±9,47            | 79,11±6,3             | 79,83±6,79 | 1,9±0,97  |
| Кардия                         | 18,75±1,37           | 21,4±1,23 | 1263,6±79,1         | 10,33±1,68 | 7,61±1,5  | 80,56±8,37            | 83,72±6,5             | 82,47±3,94 |           |
| Дно желудка                    | 18,75±1,37           | 21,4±1,23 | 1263,6±79,1         | 14,3±1,36  | 6,72±1,78 | 77,44±3,12            | 80,88±3,95            | 81,5±5,11  | 1,47±1,23 |
| Сосудистая ножка селезенки     | 18,75±1,37           | 21,4±1,23 | 1263,6±79,1         | 12,88±1,15 | 9,0±1,07  | 75,14±2,21            | 78,37±3,2             | 78,78±2,65 |           |

Структура осложнений

| Осложнения                 | Группа сравнения, n=77 |      | Основная группа, n=28 |       |
|----------------------------|------------------------|------|-----------------------|-------|
|                            | Число больных          | %    | Число больных         | %     |
| Рецидивы кровотечения      | 24                     | 31,2 | 2                     | 7,1*  |
| Нагноение срединной раны   | 5                      | 6,5  | 1                     | 3,6*  |
| Пневмонии и плевриты       | 2                      | 2,3  | —                     | —     |
| Печеночная недостаточность | 69                     | 89,6 | 10                    | 35,7* |

Примечание: \*достоверная разница  $p < 0,05$ .

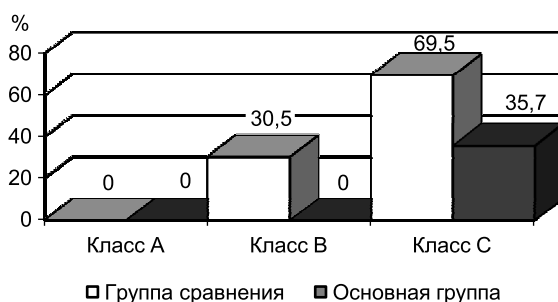
Как видно из табл. 2, у 24 (31,2%) больных группы сравнения, несмотря на проводимую медикаментозную гемостатическую терапию, после удаления зонда-обтуратора наступил рецидив пищеводно-желудочного кровотечения. Это привело к прогрессированию печеночной недостаточности и переходу цирроза печени из субкомпенсированного (класс В) в декомпенсированный (класс С). У больных основной группы рецидив кровотечения в послеоперационном периоде возник у 2 (7,1%) пациентов. Его причиной были острые язвы желудка на фоне общего тяжелого состояния.

Печеночная недостаточность в группе сравнения прогрессировала у 69 (89,6%) а, в основной группе — у 10 (35,7%) человек. Пневмонии и плевриты отмечены у 2 (2,3%) пациентов группы сравнения. Местные осложнения, связанные с инфекционным процессом в мягких тканях брюшной стенки, развились у 5 (6,5%) больных в группе сравнения и у 1 (3,6%) в основной группе. У 35 (46,7%) пациентов группы сравнения и у 2 (7,1%) основной группы было сочетание как местных, так и общих осложнений.

Таким образом, выжидательная консервативная тактика у больных ЦП, осложненным пищеводно-желудочным кровотечением, не позволяет избежать большого количества осложнений и существенно уменьшить показатели летальности. Включение в лечебную программу больных с компенсированным (класс А) и субкомпенсированным (класс В) ЦП, осложненным кровотечением из ВРВПЖ, при активной хирургической тактике эффективно уменьшает число послеоперационных осложнений, сокращает сроки стационарного лечения и летальность. У больных с декомпенсированным (класс С) циррозом печени операционный риск летального исхода от полиорганной недостаточности очень высок. В связи с этим при наличии симптомов декомпенсации функции печени от операции следует воздержаться.

Послеоперационная летальность в группе сравнения составила 100% (13 пациентов), в основной — 35,7% (10 пациентов). Госпитальная летальность в группе сравнения составила 76,6% (класс А — 0%, класс В — 30,5%, класс С — 69,5%), в основной — 35,7% (0%; 0%; 35,7% соответственно) (рисунк).

Длительность лечения больных с благоприятным исходом в группе сравнения составила в классе А (18,1±3,0) сут, в классе В — (22,0±2,0) сут, в основной группе — (13,0±2,0) и (17,25±1,0) сут соответственно.



Госпитальная летальность по классам ЦП и вариант хирургической тактики

#### Выводы:

1. У больных с внутрипеченочной ПГ существует тесная связь между степенью компенсации ЦП и состоянием ее интраорганного сосудистого русла. На возвратных спленопортограммах при компенсированном (класс А) и субкомпенсированном (класс В) ЦП имеют место значительное обеднение сосудистой сети, деформация и беспорядочное расположение сосудов. При декомпенсированном (класс С) ЦП сосудистая сеть на возвратных спленопортограммах отсутствует.

2. На сегодняшний день нет окончательной ясности насколько прочное место в алгоритме лечения больных с варикозными кровотечениями займет эндоскопический гемостаз саморасширяющимися нитиноловыми стентами Даниша. С одной стороны, его можно рассматривать в качестве привлекательной альтернативы баллонной тампонаде зондами — обтураторами Сенгстакаена — Блэкмора. С другой стороны, необходимо подтверждение первоначальных клинических результатов в дальнейших сравнительных рандомизированных контролируемых исследованиях.

3. Выжидательная консервативная тактика у больных ЦП, осложненным пищеводно-желудочным кровотечением, не позволяет избежать большого количества осложнений и существенно уменьшить показатели летальности.

4. Включение в лечебную программу больных с компенсированным (класс А) и субкомпенсированным (класс В) ЦП, осложненным кровотечением из ВРВПЖ, при активной хирургической тактике позволяет уменьшить общее количество осложнений с 97,4 до 25,0%, в том числе рецидивов кровотечений — с 12,9 до 7,1%, частоту развития печеночной недостаточности — с 16,9 до 14,3%, нагноений срединной раны — с 6,5 до 3,6%,

пневмоний и плевритов — с 2,3 до 0%, снизить послеоперационную летальность с 100 до 35,7%, госпитальную летальность — с 76,6 до 35,7%, сократить сроки стационарного лечения пациентов с благоприятным исходом в классе А с (18,1±3,0) до (13,0±2,0) сут, в классе В — с (22,0±2,0) до (17,25±1,0) сут.

5. У больных с декомпенсированным (класс С) ЦП операционный риск летального исхода от полиорганной недостаточности очень высок. В связи с этим при наличии симптомов декомпенсации функции печени от операции следует воздержаться.

**Прозрачность исследования.** Работа выполнена в соответствии с планом научных исследований и разрешением этического комитета Государственного бюджетного образовательного учреждения дополнительного профессионального образования «Казанская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации (государственная регистрация № 01.20.0005921). Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать.

**Декларация о финансовых и других взаимоотношениях.** Все авторы принимали участие в разработке концепции, дизайна исследования и в написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами. Авторы не получали гонорар за исследование.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Киценко, Е.А. Современное состояние проблемы кровотечений из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка / Е.А. Киценко, А.Ю. Анисимов, А.И. Андреев // Вестник современной клинической медицины. — 2014. — Т. 7, вып. 5. — С.89—98.
2. Fortune, B. Current Management Strategies for Acute Esophageal Variceal Hemorrhage / B. Fortune, G. Garcia-Tsao // Curr. Hepatol. Rep. — 2014. — Vol. 13, № 1. — P.35—42.
3. A MELD-based model to determine risk of mortality among patients with acute variceal bleeding / E. Reverter, P. Tandon, S. Augustin [et al.] // Gastroenterology. — 2014. — № 146(2). — P.412—419.
4. De Franchis, R. Revising consensus in portal hypertension: report of the Baveno V consensus workshop on methodology of diagnosis and therapy in portal hypertension / R. De Franchis // J. Hepatol. — 2010. — № 53. — P.762—768.
5. A prospective randomized trial of selective versus nonselective esophagogastric devascularization for portal hypertension / C. Wang, L. Xiao, J. Han, C.E. Jin // J. Huazhong. Univ. Sci. Technol. Med. Sci. — 2014. — Vol. 34, № 4. — P.563—568.
6. Лечение кровотечений из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка. / А.Г. Шерцингер, А.В. Чжао, В.Т. Ивашкин [и др.] // Анналы хирургической гепатологии. — 2013. — Т. 18, № 3. — С.110—129.
7. Практические рекомендации по лечению кровотечений из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка / А.Ю. Анисимов, А.Л. Верткин, А.В. Девятов [и др.] // Московский хирургический журнал. — 2013. — № 6. — С.41—54.
8. Anisimov, A. Y. Surgical Treatment of Patients with Hepatic Cirrhosis Accompanied by Esophageal and Gastric Variceal Hemorrhage. / A.Y. Anisimov // International

Journal of Pharmacy & Technology. — 2016. — Vol. 8, № 2. — P.13636—13646.

9. Kumar, S. Epidemiology, diagnosis and early patient management of esophagogastric hemorrhage / S. Kumar, S.K. Asrani, P.S. Kamath // Gastroenterol. Clin. North. Am. — 2014. — Vol. 43, № 4. — P.765—782.
10. Анисимов, А.Ю. Совершенствование диагностики и хирургического лечения больных с портальной гипертензией / А.Ю. Анисимов // Анналы хирургической гепатологии. — 2015. — Т. 20, № 2. — С.59—65.
11. Cárdenas, A. Endoscopic hemostasis in acute esophageal variceal bleeding / A. Cárdenas, A. Baiges, V. Hernandez-Gea, J.C. Garcia-Pagan // Gastroenterol. Clin. North. Am. — 2014. — Vol. 43, № 4. — P.795—806.
12. Short course adjuvant terlipressin in acute variceal bleeding: a randomizeddouble blind dummy controlled trial / Z. Azam, S. Hamid, W. Jafri [et al.] // J. Hepatol. — 2012. — Vol. 56, № 4. — P.819—824.
13. Risk factors for early rebleeding and mortality in acute variceal hemorrhage / J.R. Zhao, G.C. Wang, J.H. Hu, C.Q. Zhang // World. J. Gastroenterol. — 2014. — Vol. 20, № 47. — P.17941—17948.
14. Emergency portacaval shunt versus rescue portacaval shunt in a randomized controlled trial of emergency treatment of acutely bleeding esophageal varices in cirrhosis-part 3 / M.J. Orloff, J.I. Isenberg, H.O. Wheeler [et al.] // J. Gastrointest. Surg. — 2010. — Vol. 14, № 11. — P.1782—1795.
15. Management of variceal hemorrhage: current concepts / F.F. Coelho, M.V. Perini, J.A. Kruger [et al.] // Arq. Bras. Cir. Dig. — 2014. — Vol. 27, № 2. — P.138—144.
16. Transjugular Intrahepatic Portosystemic Shunt for Acute Variceal Bleeding: A Meta-analysis / X. Qi, J. Jia, M. Bai [et al.] // J. Clin. Gastroenterol. — 2013. — № 48. — P.771—784.
17. Liver transplantation in a randomized controlled trial of emergency treatment of acutely bleeding esophageal varices in cirrhosis / M.J. Orloff, J.I. Isenberg, H.O. Wheeler [et al.] // Transplant. Proc. — 2010. — Vol. 42, № 10. — P.4101—4108.
18. Ерамишанцев, А.К. Портальная гипертензия. Клиническая хирургия: национальное руководство / А.К. Ерамишанцев, А.Г. Шерцингер, Е.А. Киценко. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. — С.626—665.

## REFERENCES

1. Kitsenko EA, Anisimov AY, Andreev AI. Sovremennoe sostoyanie problemi krvotechenii iz varikozno rasshirennih ven pishevoda I zheludka [The modern state of bleeding from variceal enlarged veins of esophagus and stomach]. Vestnik sovremennoy klinicheskoy meditsiny [The Bulletin of Contemporary Clinical Medicine]. 2014; 7 (5): 89—98.
2. Fortune B, Garcia-Tsao G. Current Management Strategies for Acute Esophageal Variceal Hemorrhage. Curr Hepatol Rep. 2014; 13 (1): 35—42.
3. Reverter E, Tandon P, Augustin S, Turon F, Casu S, Bastiampillai R, Keough A, Llop E, González A, Seijo S, Berzigotti A, Ma M, Genscà J, Bosch J, García-Pagán JC, Abraldes JG. A MELD-based model to determine risk of mortality among patients with acute variceal bleeding. Gastroenterology. 2014; 146 (2): 412—419.
4. De Franchis R. Revising consensus in portal hypertension: report of the Baveno V consensus workshop on methodology of diagnosis and therapy in portal hypertension. J Hepatol. 2010; 53: 762—768.
5. Wang C, Xiao L, Han J, Jin CE, Peng Y, Yang Z. A prospective randomized trial of selective versus nonselective esophagogastric devascularization for portal

- hypertension. J Huazhong Univ Sci Technolog Med Sci. 2014; 34 (4): 563–568.
6. Shertsinger AG, Zhao AV, Ivashkin VT et al. Lechenie krvotecheniy iz varikozno rasshirennih ven pishevoda I zheludka [Treatment of bleedings from varicose veins of the esophagus and stomach]. Annaly khirurgicheskoy gepatologii [Annals of surgical hepatology]. 2013; 18 (3): 110–129.
  7. Anisimov AY, Vertkin AL, Devyatov AV et al. Prakticheskie recommendacii po lecheniyu krvotecheniy iz varikozno rasshirennih ven pishevoda I zheludka [Practical recommendations for the treatment of esophageal and gastric varices bleeding]. Moskovskiy khirurgicheskij zhurnal [Moscow surgical journal]. 2013; 6: 41–54.
  8. Anisimov AY. Surgical Treatment of Patients with Hepatic Cirrhosis Accompanied by Esophageal and Gastric Variceal Hemorrhage. International Journal Of Pharmacy & Technology. 2016; 8 (2): 13636–13646.
  9. Kumar S, Asrani SK, Kamath PS. Epidemiology, diagnosis and early patient management of esophagogastric hemorrhage. Gastroenterol Clin North Am. 2014; 43 (4): 765–782.
  10. Anisimov AY. Sovershenstvovanie diagnostiki I khirurgicheskogo lecheniya bolnih s portalnoy hipertensiej [Improvement of the diagnosis and surgical treatment of patients with portal hypertension]. Annaly khirurgicheskoy gepatologii [Annals of surgical hepatology]. 2015; 20 (2): 59–65.
  11. Cárdenas A, Baiges A, Hernandez–Gea V, Garcia–Pagan JC. Endoscopic hemostasis in acute esophageal variceal bleeding. Gastroenterol Clin North Am. 2014; 43 (4): 795–806.
  12. Azam Z, Hamid S, Jafri W, Salih M, Abbas Z, Abid S, Shah H. Short course adjuvant terlipressin in acute variceal bleeding: a randomized double blind dummy controlled trial. J Hepatol. 2012; 56 (4): 819–824.
  13. Zhao JR, Wang GC, Hu JH, Zhang CQ. Risk factors for early rebleeding and mortality in acute variceal hemorrhage. World J Gastroenterol. 2014; 20 (47): 17941–17948.
  14. Orloff MJ, Isenberg JI, Wheeler HO, Haynes KS, Jinich–Brook H, Rapier R, Vaida F, Hye RJ. Emergency portacaval shunt versus rescue portacaval shunt in a randomized controlled trial of emergency treatment of acutely bleeding esophageal varices in cirrhosis—part 3. J Gastrointest Surg. 2010; 14 (11): 1782–1795.
  15. Coelho FF, Perini MV, Kruger JA, Fonseca GM, Araújo RL, Makdissi FF, Lupinacci RM, Herman P. Management of variceal hemorrhage: current concepts. Arq Bras Cir Dig. 2014; 27 (2): 138–144.
  16. Qi X, Jia J, Bai M, Guo X, Su C, García–Pagán JC, Han G, Fan D. Transjugular Intrahepatic Portosystemic Shunt for Acute Variceal Bleeding: A Meta–analysis. J Gastroenterol. 2013; 48: 771–784.
  17. Orloff MJ, Isenberg JI, Wheeler HO, Haynes KS, Jinich–Brook H, Rapier R, Vaida F, Hye RJ, Orloff SL. Liver transplantation in a randomized controlled trial of emergency treatment of acutely bleeding esophageal varices in cirrhosis. Transplant Proc. 2010; 42 (10): 4101–4108.
  18. Eramishantsev AK, Shertsinger AG, Kitsenko EA. Portal'naya gipertenziya: klinicheskaya khirurgiya: natsional'noe rukovodstvo [Portal hypertension: clinical surgery: national guidelines]. Moskva [Moscow]: GEOTAR–Media. 2008; 626–665.

© С.А. Бабушкин, В.И. Ивенских, А.В. Мамаев, Г.П. Ожгибесов, Е.А. Никулина, Н.В. Шубина, А.П. Годовалов, 2016

УДК 616.321/.322-002-057.36(470.53)

DOI: 10.20969/VSKM.2016.9(6).27-33

## ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОСТРЫМИ ФАРИНГИТАМИ И ТОНЗИЛЛИТАМИ СОТРУДНИКОВ МВД РОССИИ ПО ПЕРМСКОМУ КРАЮ

**БАБУШКИН СЕРГЕЙ АНАТОЛЬЕВИЧ**, начальник ЦГСЭН ФКУЗ МСЧ МВД России по Пермскому краю, Россия, 614000, Пермь, ул. Пермская, 128, e-mail: permguvdcgsn@mail.ru

**ИВЕНСКИХ ВИКТОР ИВАНОВИЧ**, зав. эпидемиологическим отделом ЦГСЭН ФКУЗ МСЧ МВД России по Пермскому краю, Россия, 614000, Пермь, ул. Пермская, 128, e-mail: permguvdcgsn@mail.ru

**МАМАЕВ АЛЕКСЕЙ ВЛАДИМИРОВИЧ**, заместитель начальника ЦГСЭН ФКУЗ МСЧ МВД России по Пермскому краю, Россия, 614000, Пермь, ул. Пермская, 128, e-mail: permguvdcgsn@mail.ru

**ОЖГИБЕСОВ ГЕОРГИЙ ПЕТРОВИЧ**, зав. бактериологической лабораторией ЦГСЭН ФКУЗ МСЧ МВД России по Пермскому краю, Россия, 614000, Пермь, ул. Пермская, 128, e-mail: medmicrobiolog@gmail.com

**НИКУЛИНА ЕЛЕНА АЛЕКСАНДРОВНА**, врач-бактериолог ЦГСЭН ФКУЗ МСЧ МВД России по Пермскому краю, Россия, 614000, Пермь, ул. Пермская, 128, e-mail: medmicrobiolog@gmail.com

**ШУБИНА НАДЕЖДА ВЛАДИМИРОВНА**, врач-эпидемиолог ЦГСЭН ФКУЗ МСЧ МВД России по Пермскому краю, Россия, 614000, Пермь, ул. Пермская, 128, e-mail: permguvdcgsn@mail.ru

**ГОДОВАЛОВ АНАТОЛИЙ ПЕТРОВИЧ**, канд. мед. наук, врач-бактериолог ЦГСЭН ФКУЗ МСЧ МВД России по Пермскому краю, Россия, 614000, Пермь, ул. Пермская, 128, e-mail: AGodovalov@gmail.com

**Реферат. Цель** — анализ особенностей заболеваемости сотрудников Министерства внутренних дел (МВД) России по Пермскому краю острыми фарингитами и тонзиллитами, а также изучение спектра возбудителей острой патологии глотки и миндалин. **Материал и методы.** Изучение проявлений эпидемического процесса острых фарингитов и тонзиллитов проводилось на основе детального ретроспективного анализа заболеваемости сотрудников МВД России по Пермскому краю за период с 2003 по 2013 г. Проведено микробиологическое исследование отделяемого верхних дыхательных путей 841 пациента. **Результаты и их обсуждение.** Заболеваемость острыми фарингитами и тонзиллитами, учитывая их распространенность, является актуальной проблемой. Заболеваемость сотрудников ОВД острыми фарингитами и тонзиллитами формируется под влиянием комплекса постоянно и периодически действующих факторов, а также в результате воздействия нерегулярных случайных причин. Микробиологическое исследование отделяемого верхних дыхательных путей показало, что при фарингите и тонзиллите патологический процесс, как правило, вызван ассоциацией микроорганизмов; лидирующими этиологически значимыми возбудителями являются стрептококки группы А, а также дрожжеподобные