

применяют другие методы лечения, в частности парацентез с удалением до 4—10 л асцитической жидкости. Парацентез может осложниться нарушениями гемодинамики, однако риск их не следует преувеличивать. При адекватном контроле гемодинамических показателей и заместительном введении альбумина (6—8 г на 1 л удаленной жидкости) парацентез является достаточно безопасной процедурой. В последние годы во многих Европейских странах в качестве плазмозаменителя используется более дешевый декстран-70, который не уступает альбумину по эффективности. Другой возможный подход — реинфузия асцитической жидкости с помощью гемодиализатора или после фильтрования, однако, эта процедура плохо переносится больными, часто повышается температура тела до фебрильной. Между сеансами парацентеза продолжают диуретическую терапию.

Альтернативой повторному парацентезу является наложение **трансюгулярных внутрипечёночных портосистемных шунтов** (наложение лимфовенозного анастомоза между грудным лимфатическим протоком и яремной веной с дренированием протока). Операция не показана при выраженной почечной недостаточности из-за высокой операционной летальности, а также при указании в анамнезе на кровотечение из расширенных вен пищевода. При асците, рефракторном к диуретической терапии, выживаемость в течение года составляет всего 25—50%, поэтому в таких случаях необходимо обсудить возможность **трансплантации печени**.

Тяжелым осложнением асцита является **бактериальный перитонит**, при котором смертность достигает 40%. Подозревать асцит-перитонит необходимо при нарастании признаков декомпенсации цирроза, появлении лихорадки и болей в животе. Диагноз может быть подтвержден при исследовании асцитической жидкости (наличие более 250 лейкоцитов в мл). Возбудители в основном имеют кишечное или кожное происхождение. В прошлом для лечения асцита-перитонита использовали главным образом **аминогликозиды**, однако в последние годы предпочтение отдают более безопасным **цефалоспорином 3-го поколения** (цефотаксим, цефтриаксон и др.) и **ампициллину в комбинации с клавулановой кислотой** (аугментин, амоксиклав и др.). В одном исследовании было показано превосходство цефотаксима (2 г 4 раза в день) над комбинацией тобрамицина и ампициллина в лечении асцита-перитонита, эффективность которых составляла 85% и 56% соответственно.

Учитывая тяжесть прогноза бактериального перитонита, у некоторых больных асцитом представляется **оправданным профилактическое применение антибактериальных препаратов**. Основными факторами риска асцита-перитонита являются низкое содержание белка в асцитической жидкости (менее 10 г/л) и наличие желудочно-кишечных кровотечений или эпизодов перитонита в прошлом. Препаратами выбора считают **фторхинолоны**. В двойном слепом плацебоконтролируемом исследовании длительное применение норфлоксацина в дозе 400 мг/сут внутрь привело к снижению риска рецидивирования бактериального перитонита с 68% в контроле до 20%.

Кровотечение из варикозно расширенных вен

Кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода является наиболее грозным осложнением портальной гипертензии. Хотя кровотечение развивается у 1/3—1/2 больных с варикозно расширенными венами, однако после первого эпизода повторное кровотечение (обычно в течение 6 недель) наблюдается в 70% случаев. Помимо расширенных вен пищевода источником желудочно-кишечного