

#### ЛИТЕРАТУРА

1. McDaniel, D. Procedures for Detection and Identification of Certain Fish / D. McDaniel. — Pathogens, American Fisheries Society, 1999. — P. 42–45.
2. Wedemayer, G. A. Stress As a Pre-disposing Factor in Fish Diseases / G. A. Wedemayer, J. W. Wood // U.S. Fish Wildl. Serv., Fish. Leaflet. — 1994. — № 38. — P. 7.

УДК: 616.36-002.3-089

### МАЛОИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ В ЛЕЧЕНИИ АБСЦЕССОВ ПЕЧЕНИ

Харчикова Н. С.

Научный руководитель: ассистент Д. М. Адамович

Учреждение образования  
«Гомельский государственный медицинский университет»  
г. Гомель, Республика Беларусь

#### *Введение*

В последнее время отмечается тенденция роста заболеваемости бактериальными абсцессами печени [1, 2]. Причины возникновения бактериальных абсцессов многообразны. Актуальность проблемы состоит не только в ранней диагностике заболевания, но и в разработке и выполнении новых методов лечения больных с абсцессами печени с целью предупреждения возникновения тяжелых осложнений, таких как сепсис, перитонит, кровотечение. Ведущим методом диагностики абсцессов печени в настоящее время является УЗИ, благодаря которому можно не только установить правильный диагноз, но и точно локализовать гнойную полость [3, 4].

#### *Цель работы*

Провести анализ эффективности лечения бактериальных абсцессов печени посредством пункционно-дренажных методов под УЗ-контролем.

#### *Материалы и методы*

С 2004 по 2009 гг. в отделение экстренной хирургии Гомельской областной клинической больницы поступило 20 больных с бактериальными абсцессами печени. Анамнестически, больные отмечали ухудшение самочувствия, связанное с появлением болей в правом подреберье, ознобом, постепенным повышением температуры тела — в течение 4–30 дней до поступления в больницу. Мужчин было 16 (80 %), женщин — 4 (20 %). Возраст пациентов от 21 до 78 лет (медиана 46,5 лет). Инструментальными методами диагностики явились УЗИ и, в сложных случаях, КТ. Солитарные абсцессы были выявлены у 17 больных, множественные — у трех. В правой доле печени абсцессы располагались у 12 (60 %) пациентов, в левой — у 7 (35 %), у одного пациента поражены были обе доли. Средний размер солитарных абсцессов печени составил  $5,4 \pm 1,1$  см, а множественных —  $2,0 \pm 0,7$  см. В 11 случаях абсцессы имели гематогенное происхождение, как результат септицемии, в 7 случаях абсцессы имели холангиогенный характер и возникали как следствие холангита (на фоне доброкачественных и злокачественных поражений желчевыводящих путей), у двоих пациентов абсцессы были посттравматическими.

#### *Результаты и обсуждение*

Всем пациентам были применены малоинвазивные методы лечения, заключающиеся в чрескожном чреспеченочном дренировании полостей абсцессов или их пункционной санации под УЗ-контролем. Операции проводились в день поступления, либо в течение 1–2 суток пребывания в стационаре, ввиду необходимости дообследования и предоперационной подготовки. Количество проведенных койко-дней в среднем составило 17 суток. Пункционная санация была выполнена 15 (75%) пациентам с небольшими абсцессами (30–40 мм) под местной анестезией иглой «Westcott 18G», с последующей аспирацией гноя, промыванием гнойника 0,02 % раствором хлоргексидина. В 3 случаях потребовалось проведение повторных пункций (одному больному пункция проводилась трижды). У остальных 5 (25 %) пациентов, с абсцессами более 4 см, было произведено дренирование полости абсцесса под местной анестезией с использованием

дренажа типа «Pigteil 9-6F», в зависимости от размера гнойной полости. Продолжительность дренирования составляла от 11 до 24 дней (в среднем 15 суток). В течение этого времени ежедневно проводилось фракционная санация полости растворами антисептиков, антибактериальная терапия с учетом результатов полученной микрофлоры. У всех пациентов отмечена положительная динамика. Дренажи удалялись при прекращении отделяемого из них, отсутствии полости на контрольных ультразвуковых исследованиях, нормализации лабораторных показателей и общего состояния пациентов. Осложнений при проведении дренирования абсцессов печени под УЗ-контролем не наблюдалось. Летальных случаев в наблюдаемой группе больных не было.

### **Выводы**

Таким образом, применение малоинвазивных вмешательств под УЗ-контролем в лечении абсцессов печени высокоэффективно, обеспечивает адекватную эвакуацию содержимого абсцесса, позволяет достичь полного выздоровления больного без применения традиционного хирургического вмешательства, снижает срок пребывания в стационаре и частоту послеоперационных осложнений.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Диагностика и лечение абсцессов печени / Ю. А. Пархисенко [и др.] // Хирургия им Н. И. Пирогова. — 2000. — № 8. — С. 35–37.
2. Лечение множественных холангиогенных абсцессов печени / В. Н. Егив [и др.] // Хирургия им Н. И. Пирогова. — 2002. — № 3. — С. 47.
3. Холангиогенные абсцессы печени / Г. Г. Ахаладзе [и др.] // Анналы хир. гепатологии. — 2006. — Т. 2, № 11. — С. 30–35.
4. Трофимова, Е. Ю. Диагностическая пункция под контролем ультразвукового исследования / Е. Ю. Трофимова // Визуализация в клинике. — 1998. — № 13. — С. 46–49.
5. Практическое руководство по ультразвуковой диагностике. Общая ультразвуковая диагностика / под ред. В. В. Митькова. — М.: Видар-М., 2005. — С. 698

**УДК: 616.37-002-002.4-07:535.379**

## **ИНДУЦИРОВАННАЯ ХЕМИЛЮМИНЕСЦЕНЦИЯ — НОВЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ И ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ТЕЧЕНИЯ ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА**

**Хижненко М. Ю., Онзуль Е. В.**

**Научные руководители: д.м.н., профессор Ю. С. Винник,  
к.м.н., доцент О. В. Теплякова**

**Государственное образовательное учреждение  
высшего профессионального образования  
«Красноярский государственный медицинский университет  
им. профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого»  
г. Красноярск, Российская Федерация**

Проблема острого панкреатита остается в центре внимания хирургов. Общая летальность при этом заболевании имеет слабую тенденцию к снижению на протяжении последних десятилетий, составляя 4–12%.

Под нашим наблюдением находились 160 больных с различными формами острого панкреатита в возрасте от 22 до 76 лет. Первую группу составили 54 пациента, у которых особенности кинетики хемилюминесценции оценивались ретроспективно. Проспективное исследование включало 106 пациентов второй группы, у которых использовались разработанные критерии диагностики и прогнозирования формы деструктивного панкреатита (Патент РФ на изобретение «Способ диагностики инфицированного панкреонекроза» № 2319150 от 10.03.2008, справка о приоритете на изобретение РФ «Способ прогноза вероятности неблагоприятного исхода панкреонекроза в послеоперационном периоде» № 2009123037 от 28.05.2009).

Обследование больных с острым панкреатитом включало общеклинические, лабораторные и инструментальные методы. У всех больных оценивали тяжесть острого панкреатита по шкале В.Б.Краснорогова. Средняя сумма баллов в клинических группах составила  $4,6 \pm 0,31$ , что соответствовало тяжелому панкреатиту.