

возрастной дозировке 2 раза в день. В комплексную терапию со второго дня госпитализации всем детям основной группы были включены занятия с психологом.

Для сравнения была взята группа из 32 детей (группа сравнения), у которых ГБО, СЭВА и энзимотерапия в комплексном лечении не применялись. Сроки полного заживления осложненных укушенных ран в группе сравнения составили 23 ± 2 дня, в основной группе 17 ± 2 дня.

Таким образом, в комплексе лечения осложненных укушенных ран у детей, целесообразно шире использовать ГБО и СЭВА. В тяжелых случаях и при наличии сочетанной соматической патологии следует использовать энзимотерапию.

Для снятия постстрессового страха, групповые занятия с психологом рекомендуется проводить с первых дней не только с детьми, но и с их родителями.

Е.А. Чиждова, Е.Э. Тюрюмина, А.Б. Мальцев, Р.Р. Гумеров

МИНИИНВАЗИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГИГАНТСКИХ АБСЦЕССОВ ПЕЧЕНИ

ГУ НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН (г. Иркутск)

Несмотря на большие успехи, достигнутые в диагностике и лечении абсцессов печени, летальность остается достаточно высокой — 5 % при одиночных и 41 % при множественных гнояниках (Ralls Ph.W., 2002).

В 1998 — 2006 гг. в Иркутском гнойно-септическом центре наблюдалось 72 пациента с внутрипеченочными гнояниками. Среди них, в 17 наблюдениях (23,6 %) были выявлены абсцессы диаметром более 10 см (мужчин 10, женщин — 7, в возрасте от 27 до 71 лет). Исследования и миниинвазивные манипуляции выполнялись на сканирующих комплексах «АЛОКА PHD» 4000» и «GE» LOGIC 700 pro» с использованием мультимодальных датчиков. В правой доле абсцессы локализовались у 12 пациентов, в левой — у 5, в 6 наблюдениях установлены множественные гнояники. Всем пациентам были выполнены дренирующие транскутанные вмешательства. Учитывая размеры внутрипеченочных гноений, предшествующая обычно дренированию пункция не выполнялась, было осуществлено одномоментное дренирование гнояников по методике «стиллет-катетер» «корзинчатые» самофиксирующимися конструкциями диаметром 5 мм (8 наблюдений). При абсцессах, расположенных в толще печеночной паренхимы, где расстояние до полости составляло более 6 см (4 пациента) также одномоментно устанавливали менее травматичный катетер «Pig tail» диаметром 2 мм. После формирования канала, при необходимости, редренировали гнояник трубкой большего диаметра. В двух наблюдениях в гноющую полость установлено два дренажа для проведения ирригационно-эвакуационной санации. В трех наблюдениях, при поверхностно расположенных гнояниках применялось троакарное дренирование. При множественных абсцессах полости больших размеров дренировали по одной из описанных методик, другие — пунктировали.

Всего было эвакуировано от 150,0 до 650,0 мл гноя. В микробном пейзаже преобладала грам-негативная аэробная флора. Средняя продолжительность дренирования составила 15 дней. Осложнений, связанных с выполнением манипуляции не было. Все пациенты поправились, каких-либо дополнительных лечебных манипуляций не потребовалось.

Ю.В. Чикинев, М.С. Любарский, Е.А. Дробязгин, И.В.Симакова, А.И.Котельников

НЕКОТОРЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЭНТЕРОСОРБЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ОСТРОЙ ЭМПИЕМОЙ ПЛЕВРЫ

**ГОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет Росздрава» (г. Новосибирск)
ГУ НИИКЭМ СО РАМН (г. Новосибирск)**

ОГУЗ «Государственная Новосибирская областная клиническая больница» (г. Новосибирск)

Методика энтеросорбции использована в лечении 20 пациентов с острой эмпиемой плевры. Из них 19 мужчин и 1 женщина в возрасте от 22 до 68 лет. Средний возраст пациентов составил $43,52 \pm 3,22$ года. Давность заболевания до поступления в стационар составила у пациентов от 2-х недель до 2-х месяцев. Давность заболевания составляла $27,31 \pm 3,38$ дней.