

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 гнойниках (Ralls Ph.W., 2002).

В 1998 — 2006 гг. в Иркутском гнойно-септическом центре наблюдалось 72 пациента с внутрипеченочными гнойниками. 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 гнойники. Всем пациентам были выполнены дренирующие транскутанные вмешательства. Учитывая размеры внутрипеченочных нагноений, предшествующая обычно дренированию пункция не выполнялась, было осуществлено одномоментное дренирование гнойников 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 гнойник трубкой большего диаметра. В двух наблюдениях в гнойную полость установлено два дренажа для проведения ирригационно-эвакуационной санации. В трех наблюдениях, при поверхностно расположенных гнойниках 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.

Всем пациентам выполнена пункция плевральной полости с последующим ее дренированием и вакуум-аспирацией содержимого.

Традиционное лечение эмпиемы плевры проводилось с использованием антибактериальных препаратов (чаще цефалоспоринов III или IV поколений) по стандартным схемам. Помимо антибактериальной терапии осуществлялась дезинтоксикационная, десенсибилизирующая, бронхолитическая, антиоксидантная и другая патогенетическая и симптоматическая терапия, а так же лечение сопутствующей патологии.

Пациентам наряду с общепринятыми методиками лечения проводилась гастроинтестинальная сорбция сорбентом «Энтеросгель». Методика проведения сорбционной терапии заключалась в назначении пациентам сорбента «Энтеросгель» в дозировке по 15 г 3 раза в день за 1 – 1,5 часа до еды и приема медикаментов в течение 7 дней. Препарат запивали водой.

Одним из достоверных критериев оценки тяжести общего состояния, отражающих степень и длительность воспалительного процесса, является нормализация температуры тела. К концу первой недели с момента поступления в стационар достигнута нормализация температуры у 12 больных. К концу второй недели температура тела была нормальной у 19 больных. К моменту выписки отмечена нормализация температуры тела у всех пациентов.

К 7 суткам проводимого лечения наблюдалась нормализация параклинических показателей в среднем у 63,19 % пациентов. Включение в схему лечения больных эмпиемой плевры энтеросорбента к 14 дню с момента начала лечения способствовало снижению уровня лейкоцитов в среднем на 49,88 %, СОЭ на 64 %, а также повышению относительного числа лимфоцитов на 32,18 %. При этом статистически значимым явилось снижение лейкоцитоза как на 7, так и на 14 день от начала лечения.

К концу первой недели лечения показатели концентрации мочевины, билирубина и уровень трансаминаз нормализовались практически у всех пациентов. Отмечено снижение концентрации фибриногена в плазме крови у пациентов данной группы. Статистически значимые изменения произошли со стороны показателей общего белка, мочевины, АсТ и фибриногена. К 14 дню от начала лечения отмечено снижение концентрации мочевины на 53,37 %, общего билирубина на 7,97 %, АсТ на 35,9 %, АлТ на 50,3 %, фибриногена 41,44 % и повышение уровня общего белка на 14,18 % по сравнению с исходными показателями. При этом статистически значимые изменения произошли со стороны общего белка, мочевины, АсТ и АлТ. Снижение концентрации фибриногена достаточно выражено, хотя статистически не достоверно.

В целом в ходе проводимого лечения полностью купировать воспалительный процесс в плевральной полости удалось у 9 пациентов. У этих пациентов удалены дренажи из плевральной полости, т.к. при рентгенографии органов грудной клетки отсутствовала остаточная плевральная полость, а какое-либо отделяемое по дренажам из плевральной полости отсутствовало.

Учитывая полученные результаты можно сделать следующие выводы: использование метода сорбционной терапии позволяет ускорить снижение лабораторных проявлений эндотоксикоза, нормализацию общего состояния пациентов. При применении сорбционной терапии у 9 пациентов удалось полностью купировать гнойный процесс в плевральной полости.

С.Ю. Чистохин

ОРГАНОСБЕРЕГАЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ОБШИРНЫХ ПАНКРЕОНЕКРОЗАХ

ГОУ ВПО «Читинская государственная медицинская академия Росздрава» (г. Чита)
Дорожная клиническая больница (г. Чита)

В 90-е годы в отечественной и зарубежной хирургии существенно пересмотрены взгляды на патогенез, принципы диагностики и методы лечения больных острым панкреатитом. Остаются спорными и трудными вопросы о сроках и вариантах операций при деструктивных и осложненных формах заболевания. В последнее десятилетие в клинике общей хирургии (ДКБ ст. Чита-II) из 1 240 пациентов с острым панкреатитом у 57 (4,6 %) выполнен один из двух способов открытого оперативного лечения.

В группе из 28 больных с заметной продолжительностью (3 – 6 суток) и тяжестью заболевания, после протившоковой и детоксикационной терапии в течение 6 – 12 часов с момента поступления, при диагностической лапароскопии обнаруживали признаки обширного, но неинфицированного панкреонекроза с фибринозным или геморрагическим перитонитом. Таким пациентам выполнена наша модификация органосберегающей операции — новая комбинация известных оперативных приемов: абдоминализация и денервация поджелудочной железы с циркулярной оментопанкреатопексией, наружным желчеотведением, проточно-промывным дренированием «нового» ложа железы, санацией и широким дренированием брюшной полости и «старого» ложа железы.