

женному врач УР, заслуженному работнику высшей школы РФ (2014) и Климентову Михаилу Николаевичу, кандидату медицинских наук, доценту кафедры факультетской хирургии, врачу колопроктологу высшей квалификационной категории.

Выражаем благодарность всей нашей команде за несокрушимый оптимизм и веру в каждого из нас, за волю к победе. Большое спасибо кафедре оперативной хирургии и топографической анатомии, факультетской хирургии, нормальной анатомии. Команда Ижевской государственной медицинской академии, занявшая первое место, отправится в Москву на всеобщий российский конкурс.

МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ АБСЦЕССОВ ПЕЧЕНИ

Стяжкина С.Н., Ганеева Л.М., Морозов Е.Ю., Саяпова И.Ф.

*Ижевская государственная медицинская академия,
Ижевск, Россия, sayapova.ilmira2016@mail.ru*

Актуальность

Абсцессы печени – это относительно редко встречающаяся, тяжелая хирургическая патология, в подавляющем большинстве случаев приводящая к развитию сепсиса. По разным литературным данным частота абсцессов печени варьирует от 0,006 до 0,022%.

Абсцесс печени возникает в 3 – 5% случаев всех заболеваний печени, чаще болеют мужчины в пожилом и старческом возрасте.

Цель: анализ методов диагностики и эффективности лечения абсцессов печени.

Задачи: выявить по возрасту структуру и причины развития абсцессов печени; выявить информативные методы диагностики и оценить эффективность лечения абсцессов печени.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 22-х историй болезней пациентов, получивших лечение по поводу абсцессов печени с 2011 по 2015 год в колопроктологическом отделении РКБ. Изучались фиксированные в историях болезней клинические признаки, заключения инструментальных исследований, выполненные оперативные вмешательства, их осложнения и исходы.

Полученные результаты. Возраст больных колебался от 32 до 73 лет. Закономерности по половым различиям не установлено. Выявлены следующие причины образования абсцессов печени: холангиогенные абсцессы – 10 (45,4%), инфицирование посттравматической гематомы – 7 (31,8%), воспалительные процессы – 3 (13,6%), криптогенные – 2 (9,09%). По статистике в 18 (81,8%) случаев абсцессы располагались в правой доле печени, остальные – в левой. Единичные абсцессы обнаружены у 13 (59,09%), а множественные – у 9 (40,09%) больных. Основными симптомами заболевания были увеличение печени, боли. Повышенные температуры наблюдалось в 15 (68,1%) случаев. Лейкоцитоз и анемия встречались у 20 (90,9%) пациентов. Диагностика абсцессов печени базировалась на данных ультразвукового и компьютерно-томографического исследований. Наиболее информативным методом явилась КТ, которая позволила более точно установить локализацию и величину образования, определить отношение абсцесса к структурным образованиям печени. Были проведены следующие виды лечения: 1) чрескожные пункции и дренирования под контролем ультразвукового исследования (81,8%); 2) открытые хирургические вмешательства (13,6%) с дренированием абсцесса и резекцией доли печени; 3) внутривенная антибактериальная терапия параллельно с восстановлением проходимости желчных про-

токов без какого-либо хирургического воздействия на абсцесс (4,5%). Эффективность данных методов лечения оценивалась по показателям летальности и по средней длительности лечения. Летальность составила 0%. Нормализация состояния при малоинвазивных вмешательствах достигалась к 15 суткам после начала лечения, тогда как при открытых операциях к 27 суткам, консервативном лечении к 30.

Выводы: 1. Наиболее информативным методом диагностики является компьютерная томография. 2. Малоинвазивные вмешательства в сочетании с адекватной противовоспалительной и антибиотикотерапией является высокоэффективным методом лечения абсцессов печени.

Список литературы

1. Ахаладзе Г.Г. Ключевые вопросы хирургического лечения абсцессов печени / Г.Г. Ахаладзе // *Анналы хирург. гепатологии*. 2012. Т. 17, № 1. С. 53-58.
2. Котенко О.Г., Гусев А.В., Коршак А.А. Антибактериальная терапия в хирургическом лечении хронического абсцесса печени / 2010. № 1. С. 13-17.
3. Овчинников, Малов А.А., Акуленко С.В. Современная тактика в лечении бактериальных абсцессов печени / *Мед. альманах. Хирургия*. 2013. Т. 29, № 5. С. 99-103.
4. Агзамходжаев С.М., Яругский Е.Е. Современные принципы лечения абсцессов печени // *Вестн. хирургии им. И.И. Грекова*. 1990. №8. С. 122-124.
5. Пархисенко Ю.А., Глухов А.А., Новомлинский В.В., Мошуров И.П. Диагностика и лечение абсцессов печени // *Хирургия*. 2000. №8. С. 35-37.

ПРИЧИНЫ И ПОСЛЕДСТВИЯ ОЖОГОВ ПИЩЕВОДА У ВЗРОСЛЫХ

Стяжкина С.Н., Павлова А.А., Хабибуллина Г.В.

*1 Республиканская клиническая больница,
Ижевск, Россия, pa.alen@yandex.ru*

Ожоги пищевода занимают одно из ведущих мест среди всех заболеваний пищевода, являются тяжелым патологическим состоянием, сопровождающимся глубокими местными и нередко необратимыми общими изменениями в организме. По данным литературы известно, что наиболее часто встречаются химические ожоги пищевода. Чаще химические ожоги возникают при приеме едкого натра (каустическая сода, натрия гидроокись), концентрированных растворов серной, хлористоводородной, уксусной (уксусная эссенция) кислот.

Из общего числа пострадавших от химических ожогов пищевода около 70—75% приходится на детей в возрасте до 10 лет, 25—30% составляют взрослые. Частота химических ожогов пищевода у детей объясняется, с одной стороны, привычкой детей (особенно раннего возраста) все брать в рот, с другой стороны — небрежностью взрослых при хранении применяемых в быту едких химических веществ; в ряде случаев ожоги возникают при случайном приеме этих веществ вместо лекарств или питья. У взрослых химические ожоги пищевода вследствие бытовой травмы составляют около 25% от общего числа пострадавших. Также могут возникать термические ожоги при проглатывании горячих жидкостей или вдыхании горячих газов.

С целью изучения причин и последствий ожогов пищевода у взрослых нами был проведен ретроспективный анализ историй болезней пациентов, обратившихся в хирургическое отделение БУЗ УР «Первой республиканской клинической больницы МЗ УР» города Ижевск за 2011-2015 гг.

Всего за период 2011-2015 гг. находились на лечении 11 пациентов в возрасте от 41 до 78 лет. Среди них мужчин – 8 человек, женщин – 3 человек. Распределение пациентов по возрастному критерию: от 41 до 50 лет – 1 мужчина и 1 женщина (18,2%), от 51 до 70 лет – 6 мужчин и 2 женщины (72,7%), старше 70 лет – 1 мужчина (9,1%).