

МАЛОИНВАЗИВНАЯ ХИРУРГИЯ АМЕБНЫХ АБСЦЕССОВ ПЕЧЕНИ

Добриянец И. В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

1-я кафедра хирургических болезней

Научный руководитель – д-р мед. наук, профессор Иоскевич Н. Н.

Актуальность. Невзирая на наличие достаточно больших успехов в профилактике паразитарных заболеваний, много не решенных вопросов остается в проблеме хирургии паразитарных абсцессов печени и прежде всего амебных [1].

Цель. Проанализировать результаты малоинвазивных хирургических вмешательств в лечении амебных абсцессов печени на примере жителей Республики Ангола.

Материалы и методы исследования. Произведен анализ выписок из историй болезни 34 пациентов (жителей Республики Ангола), проходивших лечение в клиническом госпитале провинции Уамбо этой страны. Из них 21 человек составили лица мужского пола, 13 – женского. Средний возраст обследованных равнялся $58,4 \pm 3,2$ года. Диагноз заболевания устанавливался на основании ультразвукового исследования (УЗИ), а также бактериологического исследования. Методом лечения абсцессов печени явилась их чрескожная пункция под ультразвуковым наведением с постановкой в полость абсцесса полихлорвинилового дренажа. После пункции производилась аспирация содержимого абсцесса, с последующим промыванием остаточной полости 800 мл физиологического раствора до чистого отделяемого. В послеоперационном периоде такое промывание продолжалось в течение 5-8 дней. Контрольное УЗИ печени производилось на 3, 6 и 12 дни, 1, 3 и 6 месяцев после дренирования абсцесса. Медикаментозное лечение абсцессов предполагало назначение метронидазола и гентамицина в общепринятых дозировках.

Результаты. У 26 пациентов абсцессы печени локализовались в правой доле печени, у 8 – в левой. Абсцессы залегали в 18 наблюдениях на глубине от 1 до 2 см, в 11 – от 2 до 3 см, в 5 – от 3 до 5 см. Их объем составил $240,4 \pm 10,3$ мл. Прекращение выделения по дренажу наступало во всех случаях к 8-10 суткам. Дренаж из полости абсцесса удалялся на 9-10 сутки. При контрольном УЗИ на 12 сутки у 29 пациентов констатировано исчезновение полости абсцесса, у 5 – наличие остаточной полости объемом $3,1 \pm 1,2$ см³. Эти полости исчезали в течение первого месяца послеоперационного наблюдения. Рецидивы абсцессов в течение 6-и месячного периода наблюдения не найдены.

Выводы. Чрескожное дренирование амебных абсцессов печени является эффективным методом их лечения, позволяющим добиться закрытия

остаточной полости у 85,3% пациентов к 12 суткам послеоперационного периода и у 14,7% – в течение первого месяца с момента операции.

Литература

1. Нартайлаков, М. А. Обследование и лечение пациентов и инфицированными полостными образованиями печени / М. А. Нартайлаков, М. Р. Гараев, А. И. Грицаенков // Медицинский вестник Башкортостана. – 2014. – № 3. – С.13-16.

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ В Г. БРЕСТЕ И БРЕСТСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2017 г.

Добриянец И. В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь
Кафедра общественного здоровья и здравоохранения
Научный руководитель – канд. мед. наук, доцент Хильмончик Н. Е.

Актуальность. Неспецифический язвенный колит – серьезная проблема гастроэнтерологии, поскольку его этиология остается неизвестной, а специфическое лечение в настоящее время отсутствует, заболевание имеет рецидивирующее течение и неблагоприятный медико-социальный прогноз.

Цель. Проанализировать медицинско-социальные особенности неспецифического язвенного колита в г. Бресте и Брестской области за 2017 г.

Материалы и методы. В наше статистическое исследование вошло 108 амбулаторных карт пациентов с неспецифическим язвенным колитом, УЗ «Брестская центральная поликлиника», состоящих на диспансерном учёте с диагнозом неспецифический язвенный колит за период с 01.01.2017 по 31.12.2017 гг. Осуществлялась комплексная обработка материалов с последующим анализом данных.

Результаты. Неспецифический язвенный колит (НЯК у исследуемых нами в г. Бресте и Брестской области в равной степени охватывает мужчин и женщин (58 и 50 соответственно). Распространённость заболевания: 28,68%. Из них: городских жителей – 87, сельских – 21 пациент. Заболевание поражает преимущественно лиц молодого и трудоспособного возраста. Отмечается два пика заболеваемости: первый (в 20-30 лет) и второй (в 50-60 лет). В первый пик вошло 65 пациентов, что составило 60,2% от общего числа, во второй 40 пациентов – 37,0% и 3 пациентов не попали в ни в первый, ни во второй пик, что составило около 3%. Генетическая предрасположенность к заболеванию (наследственность) отмечалась у 11 пациентов. 14% мужчин и 5% женщин связывают это заболевание с курением. Определенный стандарт в диагностике НЯК к настоящему времени не разработан. Диагноз НЯК устанавливается на основании клинической оценки, результатов эндоскопических исследований и трактовки результатов множественных биопсий, а также необходимым является