

- polypoid lesions of the gallbladder and risk factors of gallbladder cancer. J. Korean Med. J. Sci. Sci. 2009;24 (3): 481-7.[1]
3. Рудин Э.П., Упырев А.В., Кондратова Г.М., Полянский В.И., Ефанов М.Г. Полиповидные образования желчного пузыря. // Сб.науч.тр. I-й межрегиональной научно-практической конференции хирургов: «Актуальные вопросы диагностики и лечения хирургических заболеваний». – М. – 2003. – 108 с. – С. 83 – 86.
 4. Smok G., Bentjeerodt R., Csendes A., Bening polypoid lesion of the gallbladder. Their relation to gallbladder adenocarcinoma/ Rev. Med. Chil. 2002. Jan. 120. 1. P. 31-35.

**НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПУНКЦИОННО-
ДРЕНИРУЮЩИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПОД
УЛЬТРАЗВУКОВЫМ НАВЕДЕНИЕМ ПРИ ПАТОЛОГИИ
ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ**

**Довнар И.С., Мармыш Г.Г., Дешук А.Н., Цилиндзь И.Т.,
Кояло С.И., Козел М.И.**

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
УЗ «Городская клиническая больница №4 г. Гродно», Беларусь*

Введение. В настоящее время тенденцией развития хирургии является применение малоинвазивных технологий, в том числе операций под ультразвуковым наведением. Объем данных операций в основном ограничивается пункционно-дренирующими вмешательствами, однако во многих случаях они решают серьезные хирургические проблемы. Преимущества данных операций это, прежде всего, минимальная операционная травма, что позволяет оперировать больных с тяжелой сопутствующей патологией – с одной стороны, с другой –

короткий период реабилитации и повышение качества жизни. Операции в большинстве случаев не требуют проведения общего обезболивания, а при вмешательствах на органах брюшной полости – пневмоперитонеума. Ультразвуковое исследование позволяет контролировать прохождение инструмента не только через полость, но и через паренхиматозный орган. Широкое внедрение в хирургическую практику новых технологий, инструментальных методов исследования и малоинвазивных вмешательств даёт возможность пересмотреть некоторые вопросы лечебной тактики.

В клинике общей хирургии операции под контролем УЗИ при заболеваниях гепатобилиарной системы применяются с 2002 года, что позволяет подвести некоторые итоги.

Цель: учитывая разный характер лечебных мероприятий при заболеваниях гепатобилиарной системы, провести достоверную оценку эффективности каждого из применяемых методов, основанную на анализе результатов оперативного лечения под контролем УЗИ в клинике.

Материалы и методы. В клинике общей хирургии УО «Гродненский государственный медицинский университет» на базе УЗ «Городская клиническая больница № 4 г. Гродно» с 2002 года по 2012 год включительно, оперативные вмешательства под ультразвуковым контролем применены у 374 больных. Пациенты были в возрасте от 17 до 96 лет, мужчин – 230 (61,5%), женщин – 144 (38,5%). Оперативные вмешательства выполнялись с использованием аппарата Алока с применением специальной насадки на конвексный датчик в режиме реального времени. Пункции полостных образований были выполнены 163 пациентам, дренирование – 194, пункционные биопсии печени проведены у 11, и холецисто-холагиографии выполнены у 6 больных. Проанализированы результаты лечения больных, которым были применены малоинвазивные методы хирургического вмешательства под ультрасонографическим контролем.

Результаты и обсуждение. Чрескожная чреспеченочная пункция желчного пузыря проводилась больным острым холециститом, у которых консервативная терапия в течение 12-24

часов была неэффективной, а наличие у них выраженной сопутствующей патологии определяло высокий риск проведения холецистэктомии. Санационная пункция желчного пузыря обеспечивала снятие внутрипузырной гипертензии, эвакуацию застойного инфицированного содержимого. Во время выполнения операции полость пузыря промывалась раствором антисептика, в нее вводился антибиотик. Нами произведено 88 пункций желчного пузыря, причем в 15 случаях операция выполнялась повторно. Операция позволяла купировать воспалительный процесс и выполнять холецистэктомию в холодном периоде. В первые годы внедрения данной операции у 3 больных наблюдалось желчеистечение с возникновением желчного перитонита, что потребовало выполнения лапароскопической холецистэктомии. Данные осложнения были связаны с недооценкой признаков внутрипеченочной желчной гипертензии до операции. В настоящее время при наличии желчной гипертензии мы изначально ставим показания к дренированию желчного пузыря.

Санационно-диагностические пункции кист печени выполнены у 9 больных, у 3 из них проводилась деэпителизация этиловым спиртом.

При остром панкреатите осуществляли пункцию жидкостных скоплений, ложных кист у 86 больных. Следует отметить относительную безопасность выполнения данной операции, однако при наличии сформированных кист поджелудочной железы пункции их, даже многократные, в 86% случаев не привели к регрессу заболевания.

При формировании локализованных инфицированных очагов в поджелудочной железе или парапанкреатической клетчатке проводили их дренирование под ультрасонографическим контролем. Такие вмешательства выполнены у 48 пациентов. При этом в 36 случаях эвакуировано мутно-бурое содержимое, у 12 – гнойное. Данные вмешательства выполняли как по методике Сельдингера, с использованием стандартных дренажей, так и троакарным способом, используя дренаж собственного изготовления.

Применение малоинвазивных методов у больных с острым

панкреонекрозом позволяет удалить агрессивное содержимое из брюшной полости, уменьшить эндотоксикоз, снизить частоту выполнения широких лапаротомий и способствует профилактике постнекротических осложнений.

Чрескожная чреспеченочная холецистостомия выполнена 114 больным. В 51 случае операция выполнялась при нарастающей механической желтухе в качестве первого этапа хирургического лечения больных. Причем у 14 из них причиной механической желтухи являлся псевдотуморозный панкреатит, и холецистостомия являлась компонентом комплексного лечения заболевания. Наличие эмпиемы желчного пузыря также являлось показанием к холецистостомии у больных с повышенным риском выполнения лапароскопических или лапаротомных операций. У данной категории больных холецистостомия троакарным способом выполнена в 30 случаях, иглой-катетером – у 15 пациентов, и у 6 больных – по методике Сельдингера. В 3 случаях попытка выполнения операции оказалась безуспешной: у 2 больных из-за большого количества конкрементов в желчном пузыре, и у одной пациентки с ненапряженным мобильным желчным пузырем провести дренаж в просвет пузыря не удалось. Операции ограничились санационными пункциями желчного пузыря. В 2 случаях дренаж прошел насквозь через 2 стенки желчного пузыря, что было диагностировано интраоперационно, больным выполнена лапароскопия и холецистэктомия с благоприятным исходом. Одному из больных было 96 лет.

12 больным с холангиокарциномой и развитием механической желтухи выполнена холангиостомия под контролем УЗИ. Для получения более длительной желчной декомпрессии необходимо своевременно производить замену жесткого дренажа на мягкий, в противном случае из-за дыхательных экскурсий происходит миграция дренажа за пределы желчного протока.

Дренирование абсцессов брюшной полости под контролем УЗИ осуществлено у 7 больных. Эффективность операции во многом зависит от дооперационного ультразвукового обследования больных с выбором наиболее короткого доступа, но с учетом анатомического расположения близлежащих органов и структур. Также имеет значение достаточный внутренний просвет

дренажной трубки. У 5 (71,4%) больных дренирование под контролем УЗИ обеспечило полную санацию гнойной полости.

Выводы. Оперативные вмешательства под контролем ультразвукового исследования позволяют расширить диагностические возможности и значительно улучшают эффективность лечения больных с различной патологией гепатобилиарной системы. Для улучшения результатов оперативного лечения необходимо применение специальных инструментов и датчика либо пункционной насадки на датчик к ультразвуковому аппарату. Дифференцированный подход к выбору метода хирургического лечения минимизирует послеоперационные осложнения.

ТРЕХМЕРНЫЕ УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ИЗОБРАЖЕНИЯ В ПЛАНИРОВАНИИ ВЫСОКОДОЗОВОЙ БРАХИТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Довнар О.С., Амурский В.О., Овчинников В.А.

*Гродненская областная клиническая больница
УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
г. Гродно, Беларусь*

Контактная лучевая терапия (брахитерапия) рака предстательной железы является альтернативой простатэктомии и дистанционной лучевой терапии, уменьшая количество осложнений и сроки лечения, соответственно [1].

Эти преимущества высокодозовой брахитерапии обусловлены избирательным подведением дозы излучения к облучаемому объему, включающему макро- и микроскопические проявления злокачественной опухоли. Высокая избирательность лучевого воздействия основывается на современных компьютерных системах планирования облучения и