

5. Barwood, N.T. Changing methods of imaging the common bile duct in laparoscopic era in Western Australia / N.T. Barwood [et al.] // *Ann. Surg.* – 2002. – Vol. 235. – P. 41-50.
6. Braasche, I. Congenital anomalies of the gallbladder and bile ducts / I. Braasche // *S.C.N.A.* – 1958. – Т. 38. – P. 677.
7. Browne, E.Z. Variations in origin and course of the hepatic artery and its branches / E.Z. Browne // *Surgery.* – 1940. – Vol. 8. – P. 424-445.
8. Champetier, J. Les variations de division des voies biliares extrahepatiques / J. Champetier [et al.] // *Journal de chirurgie.* – 1989. – Vol. 126. – № 3. – P. 147-153.
9. Chevrel, I.P. Anatomie Clinique. Le Tronc / I.P. Chevrel, C. Fontaine. – Paris, 1994. – V.2.
10. Goor, D.A. Anomalies of the biliary tree / D.A. Goor, P.A. Ebert // *Arch. Surg.* – 1972. – Vol. 104. – P. 302-309.
11. Johnston, E.V. Variations in the formation and vascular relationship of the bile ducts / E.V. Johnston, B.J. Anson // *Surg. Gynecol. Obstet.* – 1952. – Vol. 94. – P. 669-686.
12. Lucas, S. Les voies biliaires extra-hepatiques / S. Lucas [și a.] // *Jurnal de chirugie.* – 1988. – Vol 2. – P. 89-91.
13. Michels, N.A. Variational anatomy of the hepatic, cystic, and retroduodenal arteries: a statistical analysis of their origin, distribution, and relations to the biliary ducts in two hundred bodies / N.A. Michels // *Arch. Surg.* – 1953. – Vol. 66. – P. 20-34.

## **АНАТОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЧРЕСКОЖНОЙ ЧРЕСПЕЧЕНОЧНОЙ ПУНКЦИИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ПОД УЗ-НАВЕДЕНИЕМ**

**Дешук А.Н., Довнар И.С., Колешко С.В.**

*Гродненский государственный медицинский университет*

*г. Гродно, Республика Беларусь*

*Кафедра общей хирургии*

За последние 10–20 лет отмечен рост заболеваемости острым калькулезным холециститом (Прудков М.И., 2002; Kassab et al., 2006). В настоящее время в абдоминальной хирургии острый холецистит и его осложнения занимают второе место после острого аппендицита, а послеоперационная летальность составляет 4–10%, возрастая в группе лиц пожилого и старческого возраста до 26% (Ермолов А.С. и соавт., 2004). Накопление опыта выполнения операций из малых доступов в желчной хирургии способствовало тому, что острый калькулезный холецистит из противопоказания превратился в показание к этим способам оперирования (Peng W.K. et al., 2005). Однако результаты применения малоинвазивных техно-

логий в хирургическом лечении острого холецистита остаются неудовлетворительными. Авторы подавляющего большинства работ, посвященных этой теме (Седов В.М., 1996; Андреев А.Л., 1999; Емельянов С.И., 2001; Сажин В.П., 2002; Тимошин А.Д., 2003; Simopoulos et al., 2005), считают основной причиной неудовлетворительных результатов трудности оперирования в условиях воспалительного инфильтрата, что ведет к повышенному риску повреждения внепеченочных желчных протоков и кровеносных сосудов, росту числа интраоперационных ранений желчного пузыря и, как следствие, к резкому увеличению числа длительных операций (свыше 120 минут) и переходов на лапаротомию. Из существующих способов декомпрессии желчного пузыря, как этапа подготовки больного к последующей операции в «холодном» периоде, при остром холецистите предпочтение многих авторов отдается вмешательствам под контролем ультразвука. Известно, что областью безопасного проведения чрескожной чреспеченочной пункции является средняя треть ложа желчного пузыря (С.В. Иванов, О.И. Охотников, О.С. Горбачева, 1999).

**Целью** работы являлось изучить и проанализировать количество и техническое выполнение чрескожных чреспеченочных пункций желчного пузыря, а также некоторые анатомические особенности при их осуществлении у больных, находившихся на лечении в хирургическом отделении УЗ «Городская клиническая больница №4 г. Гродно» с 2002 по май 2011гг. включительно по поводу острого холецистита.

**Материалы и методы.** Материал работы – анализ историй болезней пациентов с изучением особенностей анатомического расположения желчного пузыря при УЗИ у больных, которым была произведена его чрескожная чреспеченочная пункция.

**Результаты и обсуждение.** С января 2002 года по май 2011гг. на лечении в хирургическом отделении УЗ «Городская клиническая больница №4 г. Гродно» находились 57 больных, которым была выполнена чрескожная чреспеченочная пункция желчного пузыря (ЧЧПЖП). Из 57 больных у 44 ЧЧПЖП была произведена по поводу острого холецистита с отсутствием эффекта от консервативных мероприятий; при этом у 18 была выявлена эмпиема, а у 6 – водянка желчного пузыря. У 13 из 57 больных пункция сочеталась с дренированием желчного пузыря вследствие механической желтухи, причиной которой являлись хронический панкреатит, рак поджелудочной железы, а также холедохолитиаз.

При выполнении операции учитывалось расположение средней трети ложа желчного пузыря в проекции центра вхождения иглы, а также то обстоятельство, что пункционный канал должен обязательно проходить через паренхиму печени и лишнюю брюшного покрова, прилегающую к печени, часть стенки желчного пузыря. В этом случае по ходу пункционного канала в паренхиме печени образуется сгусток крови, который достаточно надежно предотвращает желчеистечение. С

учетом этого обстоятельства у 23 пациентов (40.4%) пункция выполнялась по среднеключичной линии в правом подреберье, у 12 (21.2%) – по переднеподмышечной линии в правом подреберье, у оставшихся 22 больных (38.3%) пункция производилась через межреберья, а именно: по переднеподмышечной линии – в VII межреберье у 4 больных, в VIII межреберье у 11 больных, в IX – у 1 пациента и в X межреберье у 3 больных. У 1 пациента ЧЧПЖП была выполнена по среднеподмышечной линии в VIII межреберье. Также имела место пункция желчного пузыря по среднеключичной линии в VIII межреберье у 2 больных. Осложнений после выполнения указанных манипуляций среди данных пациентов выявлено не было. Чрескожная чреспеченочная пункция желчного пузыря сопровождалась аспирацией содержимого с промыванием полости пузыря растворами антисептиков и введением антибиотиков. В большинстве случаев воспалительный процесс удавалось разрешить пункционным методом, однако у одного больного эмпиема пузыря не купировалась, и его пришлось оперировать в срочном порядке. Это свидетельствует о необходимости разработки дополнительных методов, совершенствующих возможности пункционного лечения.

#### **Выводы**

1. Область безопасного проведения чрескожной чреспеченочной пункции – средняя треть ложа желчного пузыря.

2. Пункцию желчного пузыря рекомендуется выполнять по среднеключичной или переднеподмышечной линиям. В зависимости от высоты стояния печени она может быть выполнена в VII–X межреберьях или в подреберной области.

3. Наиболее благополучным для проведения пункции является внутripеченочное расположение желчного пузыря, отсутствие у него брыжейки, что обеспечивает профилактику истечения желчи в брюшную полость и, как следствие, развитие желчного перитонита.

4. Перспективно применение чрескожной чреспеченочной пункции желчного пузыря при остром холецистите совместно с лазерным облучением.

#### **Литература**

1. Балалыкин, А.С. Эндоскопическая абдоминальная хирургия / А.С. Балалыкин. – М.: «ИМА-пресс». – 1996. – 152 с.

2. Брискин, Б.С. Инвазивные вмешательства под контролем ультразвукового сканирования / Б.С. Брискин, И.В. Капров, М.А. Фукс. – М.: 1989. – С. 9-12.

3. Гаврилин, А.В. Чрескожные лечебно-диагностические вмешательства под контролем ультразвукового исследования при хирургических заболеваниях органов гепатопанкреатодуоденальной зоны / Автореф. дисс. ... док. мед. наук. – М. – 1999. – 48 с.

4. Ермолов, А.С. Малоинвазивные методы в лечении острого холецистита / А.С. Ермолов, А.А. Гуляев, П.А. Иванов // Хирургия органов гепатопанкреатобилиарной зоны. М.: 2000. – С. 146-146.

5. Мишин, В.Ю. Диагностические и лечебные пункции органов брюшной полости под УЗИ-контролем / В.Ю. Мишин, А.Н. Хитрова // Хирургия. – 1998. – №5. – С. 43-45.
6. Павелкин, Г.А. Декомпрессивные методы лечения острого обтурационного холецистита / Г.А. Павелкин [и др.] // Материалы III Конгресс Ассоциации хирургов имени Н.И. Пирогова. – М.: 2001. – С. 88.
7. Akhan, O. Percutaneous cholecystostomy / O. Akhan, D. Akinci, M.N. Ozmen // Hepatogastroenterology. – 2000. – V. 34. – P. 932-936.
8. Akinci, D. Outcomes of percutaneous cholecystostomy in patients with high surgical risk / Akinci D. [et al.] // Tani. Girisim. Ra-dyol. – 2004. – № 4. – P. 323-327.
9. Davis, C.A. Effective use of percutaneous cholecystostomy in high-risk surgical patients: techniques, tube management, and results / C.A. Davis [et al.] // Arch. Surg. – 1999. – Vol. 134. – P. 727-731.
10. Sosna, J. Ultrasound-guided percutaneous cholecystostomy: update on technique and clinical applications / Sosna J. [et al.] // Surg. Technol. Int. – 2003. – Vol.11. – P. 135-139.

## **КЛИНИКО-АНАТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ДЕГЕНЕРАТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СУСТАВОВ**

**Дмитриев А.А.**

*Гродненский государственный медицинский университет*

*г. Гродно, Республика Беларусь*

*Кафедра медицинской реабилитации и немедикаментозной терапии*

Дегенеративно-дистрофические заболевания суставов, к которым можно отнести прежде всего остеоартроз, являются наиболее распространенной формой суставной патологии. Развитие остеоартроза приводит к хроническому болевому синдрому, преждевременной потере трудоспособности и инвалидности.

Остеоартроз является хроническим дегенеративным заболеванием синовиальных суставов, в основе которого лежит первичная или вторичная дегенерация суставного хряща с последующим развитием реактивного синовита, изменением костных суставных поверхностей, деформацией суставов. Первичный остеоартроз развивается под влиянием нагрузки, при вторичном происходят изменения в предварительно измененных суставах.

Анатомические особенности костного скелета более существенную роль играют в развитии вторичного остеоартроза. К состояниям, которые наиболее часто приводят к развитию вторичного остеоартроза, можно отнести неодинаковые размеры голеней, укорочение одной из нижних конечностей, варусно-вальгусные