

птомной латентной форме, неспецифическими симптомами инфекции могут быть плацентарная недостаточность и гипоксия плода.

2. У беременных с латентным течением хронической ВПГ-2- и ЦМВ-инфекции на основании клинических данных доминирует фето-плацентарная недостаточность ($61,8 \pm 8,3\%$, $61,1 \pm 11,8\%$) и хроническая гипоксия ($70,6 \pm 7,8\%$, $55,6 \pm 12,1\%$) плода.

3. Хроническая герпесвирусная инфекция у беременных способствует рождению детей с малой массой тела. У детей поражение ЦНС гипоксического генеза тяжелой степени является следствием ВПГ-2- и ЦМВ-инфекции у матери во время беременности ($20,6 \pm 6,9\%$ и $22,2 \pm 10,1\%$). Нарушения функции ЦНС являются следствием хронической гипоксии плода на фоне первичной плацентарной недостаточности, что обусловлено герпесвирусной инфекцией у матери в течение беременности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Барановская Е.И., Жаворонок С.В. Герпесвирусная инфекция и беременность. — Мозырь: Издательский дом «Белый Ветер». — 2001. — 116 с.

2. Генерализованная герпетическая инфекция: факты и концепция. / Под ред. Вотякова В.И., Коломийца А.Г. — Мн.: Навука і тэхніка, — 1992. — С. 174—190.

3. Герпес (этиология, диагностика, лечение). И.Ф. Баринский, А.К. Шубладзе, А.А. Каспаров, В.Н. Гребенюк. — М.: Медицина, — 1986. — С. 43—80.

4. Ершов Ф.И., Жданов В.М. Система интерферона в норме и при патологии. — М., — 1996. — С. 20—21.

5. Значение различных вирусных инфекций в невынашивании, мертворождении, перинатальной и младенческой смерти / Л.Л. Нисевич, А.Г. Талалаева, Л.Н. Каск и др. — Педиатрия. — 1999. — № 1. — С. 4—10.

Поступила 3.08.2004

УДК 617.55-072.5-08

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И ЛЕЧЕБНЫЕ ПУНКЦИИ ПОД СОНОГРАФИЧЕСКИМ КОНТРОЛЕМ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

В.В. Аничкин, Г.С. Раголевич, А.В. Довгяло

Гомельский государственный медицинский университет
Гомельская областная клиническая больница

Проанализированы результаты применения лечебно-диагностических малоинвазивных вмешательств у 184 больных с рядом острых хирургических заболеваний органов брюшной полости. Всего проведено 11 диагностических и 179 лечебно-диагностических пункций под сонографическим контролем. Целенаправленная разработка и внедрение методик малоинвазивных вмешательств позволяет значительно улучшить результаты лечения у больных с различными формами острой хирургической патологии.

Ключевые слова: диагностические, лечебные пункции, холецистостомии, холангиостомии, УЗ-контроль, очаговые образования брюшной полости.

DIAGNOSTIC AND MEDICAL PUNCTURES UNDER THE ULTRASONIC CONTROL AT ABDOMINAL CAVITY DISEASES

V.V. Anichkin, G.S. Ragolevich, A.V. Dovgjal

Gomel State Medical University
Gomel Regional Clinical Hospital

The abstract: Results of the application of treatment and diagnostics low-invasive manipulation of 184 patients with a number of acute surgical diseases of abdominal cavity are analyzed. 11 diagnostic and 179 treatment punctures under the ultrasonic control are executed. The development and application of low-invasive manipulation methods allows to improve the results of treatment of patients with the different forms of acute surgical pathology.

Key words: diagnostic and medical punctures, cholecystostomy, cholangiostomy, US-control, the focal damage of abdominal cavity.

Введение

Диагностические и лечебные пункции под сонографическим контролем значительно расширили возможности диагностики хирургических заболеваний органов брюшной полости, сделали её более точной и своевременной. В настоящее время в комплексе обследования больных широко применяется метод УЗИ-диагностики, как метод более доступный по сравнению с компьютерной томографией [1, 9]. Сочетание метода УЗИ и пункционного способа получения из патологического очага материала (для морфологического исследования) значительно облегчает решение вопроса о тактике оперативного лечения либо о выборе наиболее целесообразного консервативного лечения [1, 3, 6, 9]. В связи с этим в практике все шире используются методы прицельной пункции органов и тканей под УЗ-контролем для окончательной верификации диагноза [1, 7, 9]. Для этих целей используют датчики, снабженные съёмными адаптерами, располагающими пункционную иглу под углом к плоскости сканирования, что позволяет хорошо визуализировать продвижение конца иглы в ходе пункции, момент попадания ее в орган, очаговое образование. Угол наклона, задаваемый адаптером, а, следовательно, и ход иглы совпадают с направлением маркерной линии на экране монитора. Главное условие выполнения вмешательства под УЗ-контролем — визуализация конца иглы в ходе манипуляции, что позволяет избежать ранения внутренних органов, крупных сосудистых структур и гарантирует направленность и безопасность пункции [1, 2, 5].

Цель

Изучение и анализ результатов малоинвазивных методов диагностики лечения больных с острой хирургической патологией органов брюшной полости.

Материал и методы

Проведен ретроспективный анализ истории болезней 1-го и 2-го хирургических отделений Гомельской областной клинической больницы (ГОКБ) с 1998 по 2003 годы. Объект исследования — больные с острой хирургической патологией: острым деструктивным панкреатитом, абсцессами печени, абсцессами брюшной полости (в том числе поддиафрагмальные и подпеченочные), ме-

ханической желтухой. Методики пункционных вмешательств сводились к выполнению двух основных манипуляций:

1. Пункции объемного или жидкостного образования

А. Диагностическая: получение цитологического, бактериологического материала, проведения биохимического, рентгенологического исследования.

В. Лечебная: аспирация патологической или физиологической жидкостей, введения контрастных, лекарственных веществ.

2. Дренирование патологических или физиологических полостей, пролонгированное введение лекарственных препаратов.

Расположение иглы или дренажа в полости жидкостного образования подтверждается появлением вихревых движений при промывании катетера антисептическими растворами. Для визуального контроля при прицельных чрескожных пункциях и для введения дренажей использовались ультразвуковые аппараты японского производства «Aloka» с датчиком 3,5 МГц.

Полученный материал оценивался визуально (определяется наличие фрагментов тканей, цвет, прозрачность жидкости, общий объем полученной жидкости), затем пунктат исследуется цитологически, бактериоскопически и бактериологически, биохимически [4, 9].

Основными объектами для пункции органов и тканей являлись: псевдокисты поджелудочной железы, острые скопления жидкости в парапанкреатическом пространстве, абсцессы печени, абсцессы брюшной полости, забрюшинные гнойные процессы, желчный пузырь, внутripеченочные протоки [1, 3, 7, 8]. Чрескожная чреспеченочная микрохолестостомия (ЧЧМХС) под УЗ-контролем применялась в лечении механической желтухи у больных пожилого и старческого возраста [1, 3, 8]. Этот метод часто является альтернативным, а порой и единственно возможным у больных, обладающих низкой толерантностью к открытым оперативным вмешательствам, как более травматичным (в связи с высоким уровнем послеоперационных осложнений и летальности в этой группе) [3, 8].

Материал и методы

Всего выполнено 231 малоинвазивное вмешательство у 184 больных, в том числе 116 (92 больных) по поводу острого деструктивного панкреатита (84 пункции, 32 дренирования), 52 (45 больных) — по по-

воду абсцессов печени (16 пункций, 36 дренирований), 33 (28 больных) — по поводу поддиафрагмальных и подпеченочных абсцессов (11 пункций, 22 дренирования), 7 (7 больных) — по поводу абсцессов брюшной полости, 21 (21 больной) — холецистостомий, 2 больным выполнено 2 холангиостомии. Диагностических пункций выполнено 11 (10 больных) при остром деструктивном панкреатите, 4 (4 больных) — при абсцессах брюшной полости. Осложнения были в 4 случаях (2 кровотечения, 2 желчеистечения в брюшную полость, которые потребовали открытого оперативного вмешательства), летальный случай 1 (кровотечение в брюшную полость на фоне прогрессирующей полиорганной недостаточности, послужившей причиной смерти после операции). В 4 случаях отмечены признаки неадекватного дренирования: сохранение клинических симптомов интоксикации через 3—4 дня после дренирования, слабое поступление отделяемого по дренажу, при УЗ-контроле — незначительное уменьшение полости гнояника (вследствие внутриполостных перегородок). Всем больным в этой группе проведено «открытое» оперативное вмешательство. Стойкого положительного эффекта удалось добиться в 185 случаях, что подтверждалось инструментальными и лабораторными методами, выполняемыми в динамике.

Выводы

1. Получение цитологического, бактериологического материала, проведение биохимического, рентгенологического исследования при проведении пункций позволяет проводить достаточно эффективную диагностику при данной патологии.

2. Чрескожные пункции и дренирование патологических жидкостных образований брюшной полости под контролем сонографии — это эффективный метод лечения, который обеспечивает адекватную эвакуацию содержимого полостного образования, его санацию, позволяет значительно сократить количество послеоперационных осложнений, сроки пребывания в стационаре.

3. Преимуществом метода также является возможность его использования у наиболее тяжелого контингента больных, отсутствие необходимости в проведении интенсивной предоперационной подготовки.

4. При микрохолецистостомии адекватная пролонгированная желчная декомпрессия предотвращает прогрессирование деструктивного процесса в стенке ЖП путем улучшения микроциркуляции и увеличения перфузии антибактериальных средств в воспалительный очаг; позволяет избежать потенциально возможных осложнений; дает возможность для полноценного обследования, коррекции соматического статуса и выбора максимально щадящей тактики вмешательства.

5. Для группы больных с выраженной сопутствующей патологией микрохолецистостомия позволяет избежать открытого оперативного вмешательства и является альтернативой радикальной операции.

Заключение

Малоинвазивные вмешательства под УЗ-контролем являются достаточно эффективными и безопасными методами диагностики и лечения ряда заболеваний органов брюшной полости и их осложнений. Эффективность данного способа лечения при адекватной санации полости сопоставима с традиционными методами, однако процент осложнений и летальности, по нашим данным, значительно меньше. УЗИ широко доступно: не дает лучевой нагрузки, позволяет контролировать ход вмешательства. Имеется также ряд других преимуществ, в частности, нет необходимости в проведении наркоза (так как дренаж вводится под местной анестезией), значительно уменьшается расход перевязочного материала, отпадает надобность в травматических перевязках со сменой тампонов и дренажей, сохраняется активность больных, не образуется послеоперационных грыж.

ЛИТЕРАТУРА

1. Буромский Г.А., Шаповальянц С.Б. и др. // Вестник хир. — «Диагностика и лечение пункционным способом очаговых образований брюшной полости» — 1998, 9. — С. 140—141.
2. Велигоцкий Н.Н. // Анн. хир. гепатол. — «Показания к холецистостомии под сонографическим контролем» — 1998, 3. — С. 286—287.
3. Иванов С.В., Охотников О.И., Горбачева О.С. // Анн. хир. гепатол. — «Чрескожная катетеризация абсцессов печени» — 1999, 1. — С. 65—70.
4. Мартынов С.Г. // Хирургия — «Диагностика и лечение подпеченочных и поддиафрагмальных скоплений жидкости» — 1999, 12. — С. 57.

5. Мишин В.Ю., Квезерова А.П. // Анн. хир. — 2000, 3 — С. 32—39.
6. Пархисенко Ю.А., Глухов А.А., Новомлинский В.В., Машуро И.П. // Вестн. хир. — 2000, 4. — С. 53—55.
7. Погребненов В.Ю. // Анн. хир. гепатол. — «Малоинвазивные вмешательства в лечение абсцессов печени» — 1998, 3. — С. 284.
8. Самойлов В.А. // Анн. хир. гепатол. — 1998, 3 «Показания к холецистостомии под ультразвуковым контролем при механической желтухе» — С. 326.
9. Тимошин А.Д., Шестаков А.Л., Юрсов А.В. // Малоинвазивное вмешательства в абдоминальной хирургии, — Москва, Трида-Х.
10. Шкроб О.С., Кузин Н.М. и др. // Хирургия — «Санация кист поджелудочной железы пункционным способом» — 1998, 9. — С. 31—36.

Поступила 25.05.2004

УДК 611.813.8:575.853

РАЗВИТИЕ БОКОВЫХ ЖЕЛУДОЧКОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА В ПРЕНАТАЛЬНОМ МОРФОГЕНЕЗЕ ЧЕЛОВЕКА

Е.Ю. Дорошкевич

Гомельский государственный медицинский университет

На протяжении пренатального морфогенеза человека морфологические и морфометрические характеристики боковых желудочков головного мозга подвергаются последовательным и закономерным преобразованиям, обусловленным структурными и функциональными изменениями конечного мозга.

Полученные данные могут быть использованы как нормативная база морфологических и морфометрических показателей для выявления отклонений внутриутробного развития и строения боковых желудочков головного мозга человека.

Ключевые слова: морфогенез, конечный мозг, боковые желудочки.

DEVELOPMENT OF THE LATERAL VENTRICLES OF HEAD BRAIN IN PRENATAL MORPHOGENESIS OF THE MAN

E.Yu. Doroshkevich

Gomel State Medical University

During the prenatal morphogenesis of the man, morphological and channel data of the lateral ventricles of head brain are exposed to consecutive and natural transformations caused by structural and functional changes of the telencephalon.

The received data can be used as a normative base of morphological and channel parameters for revealing deviations of intrauterine development and structure of the lateral ventricles of head brain of the man.

Key words: morphogenesis, telencephalon, lateral ventricles.

В настоящее время остро ощущается необходимость в объективных морфологических и морфометрических данных, позволяющих оценить морфофункциональное состояние различных органов и систем человека [3, 8, 9].

Для ряда клинических дисциплин представляют значительный интерес сведения о

пренатальном морфогенезе боковых желудочков головного мозга. Это связано с тем, что в последнее время во многих странах мира возросло число различных пороков развития у плодов и новорожденных, что обусловлено относительным усилением воздействия тератогенных факторов на развивающийся организм. Врожденные наруше-