

вали по биохимическим показателям перед операцией и в течение первого часа послеоперационного периода. Статистическую обработку проводили с использованием пакета программ «Statistica» 6.0. методом вариационной статистики.

Результаты и их обсуждение

Исходные гемодинамические показатели (АДср, ЧСС) во II группе были повышены по отношению к I-й группе ($p < 0,05$) и составили АДср $131,2 \pm 4,7$ и ЧСС $118,5 \pm 7,2$. Минимальные значения артериального давления и ЧСС отмечались в начале операции: в I группе АДср — $85,8 \pm 4,1$ мм рт. ст., ЧСС — $75,3 \pm 5,1$ уд./мин; во II — АДср — $106,6 \pm 3,7$ ($p < 0,05$) и урежение ЧСС до $93,2 \pm 2,6$ ($p < 0,05$). Введение мезатона в I группе для коррекции гипотензии потребовалось у 12 (52,1 %) пациенток, дополнительное применение атропина при брадикардии было необходимо в 8 (34 %) случаях. Во 2-й группе введение катехоламинов не потребовалось, коррекция гипотензии достигалась увеличением скорости инфузии, в качестве инфузионной среды использовался раствор Рингера с добавлением 40 % глюкозы. В дальнейшем на 3-м этапе в исследуемой группе отмечалась некоторое повышение гемодинамических показателей: АДср — $116 \pm 3,4$ мм рт. ст. и ЧСС — $101,5 \pm 2,8$ уд./мин ($p < 0,05$), которые оставались стабильными до конца операции.

В послеоперационном периоде в исследуемой группе отмечалось некоторое снижение уровня глюкозы до $5,7 \pm 0,04$ ммоль/л ($p < 0,05$). Уровень лактата во II группе до операции был повышен по отношению к I группе и составил $1,71 \pm 0,19$ ммоль/л ($p < 0,01$). В послеоперационном периоде уровень лактата в исследуемой группе оставался повышенным по сравнению с контрольной ($p < 0,05$), но снизился по сравнению с исходными показателями и составил $1,46 \pm 0,13$ ммоль/л ($p < 0,05$). Показатели кислотно-основного были компенсированными в обеих группах.

Заключение

Проведение кесарева сечения под спинальной анестезией у беременных с гестозом не сопровождается критическими изменениями гемодинамики. Периферическая вазодилатация, возникающая при этом методе способствует улучшению оксигенации тканей и клеточного метаболизма женщины.

ЛИТЕРАТУРА

1. Шифман, Е. М. Спинальная анестезия в акушерстве / Е. М. Шифман, Г. В. Филиппович. — Петрозаводск: ИнтелТек, 2005. — 588 с.

УДК 616.37-072.5

МЕТОДИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ПРОВЕДЕНИЯ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ПУНКЦИЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОД СОНОГРАФИЧЕСКИМ КОНТРОЛЕМ

Аникеев О. И., Юрковский А. М.

Учреждение здравоохранения

«Гомельский областной клинический онкологический диспансер»

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Как и во многих других странах, в Беларуси отмечено увеличение числа новых случаев рака поджелудочной железы (ПЖ) (грубые интенсивные показатели с 1970 г. выросли с 3,50/0000 до 7,90/0000 в 2004 г.) [1]. Данный факт подчеркивает возможность своевременной диагностики и морфологической верификации различных вариантов

локальных патологических процессов ПЖ. В этой ситуации разработка надежных, не сопряженных с высоким риском развития осложнений, способов получения морфологического материала, необходимого для верификации опухолевых и опухолеподобных образований ПЖ представляется наиболее перспективным направлением. Решению этой проблемы способствует чрезкожная биопсия под сонографическим контролем. Однако богатая эндокринная и экзокринная функция ПЖ и угрожающие последствия для организма в случае их нарушения требуют разработки мер, способствующих существенному снижению риска серьезных осложнений при диагностических биопсиях ПЖ [2, 3].

Цель исследования: оптимизация методики получения материала для морфологической верификации патологических изменений ПЖ.

Материалы исследования

Объектом исследования стали данные о 239 пациентах, подвергшихся малоинвазивным вмешательствам под сонографическим контролем в У «ГОКОД» за период с 1997 по 2010 гг. Анализировались этапы, предшествующие пункции и этапы проведения диагностической пункции.

Результаты и обсуждение

Предпункционный этап. Визуализация зоны интереса осуществлялась на ультразвуковых сканерах среднего и экспертного класса с использованием конвексных электронных датчиков (3,5–5 МГц) и стандартных режимов сканирования. Положение пациента на спине использовалось наиболее часто. При этом возможность визуализации зоны интереса, как правило, зависела от соблюдения определенных условий: например, отказа от приема пищи и воды в течение 8 часов до момента исследования и применения в случае отсутствия достаточного акустического окна у пациентов с функционально замедленным опорожнением желудка эритромицина, обладающего выраженным прокинетическим эффектом в дозе 200 мг с 10 мл воды *per os*, за 1 час до исследования, либо, при отсутствии видимого эффекта — эритромицина внутривенно в дозе 3 мг/кг.

На этом же этапе хорошо себя зарекомендовал «сандостатиновый» тест (подкожное введение раствора сандостатина в дозе 200 мкг, четырехкратно, за 24, 16, 8 часов и 1 час до исследования в общей суммарной дозе 800 мкг, с последующей оценкой экзопаттерна), что позволяло не только обеспечить более качественную визуализацию зоны интереса, но и давало возможность провести дифференциальную диагностику между опухолевыми образованиями и панкреатитом (выявление отграниченного участка сниженной экзогенности в проксимальных отделах ПЖ на фоне повышения экзогенности дистальных отделов — являлось основанием для диагностирования опухоли ПЖ, а при диффузном повышении экзогенности всех отделов ПЖ — панкреатита).

Минимально достаточный набор медикаментов, перевязочных средств и инструментов, использовавшихся при проведении манипуляций состоял из: антисептического раствора; стерильных перчаток и салфеток; стерильного перевязочного материала; предметных стекол для микроскопии; шприца емкостью 2–10 мл (для проведения местной анестезии); шприца емкостью 20 мл (для проведения тонкоигольной аспирационной биопсии); игл 22–25 G (для проведения местной анестезии); скальпеля; биопсийного пробоотборника, позволяющего регулировать длину столбика забираемого материала до 15 и до 22 мм; игл 18G и 20G (для тонкоигольной аспирационной биопсии); игл 16G (для толстоигольной аспирационной биопсии) и пункционного адаптера.

Во всех случаях проводилась общая (наркотические и ненаркотические анальгетики, при необходимости седативные препараты либо транквилизаторы) и местная анестезия. Перед пункцией исключался прием препаратов, разжижающих кровь.

Критериями адекватности доступа были: обнаружение наиболее безопасного анатомического пути для хода иглы с вовлечением наименьшего числа повреждаемых органов и

наилучшая визуализация пунктируемого объекта. В случае отсутствия достаточного для проведения биопсии акустического окна у пациентов с функционально замедленным опорожнением желудка натошак за 1 час до исследования назначался эритромицин по приведенной выше схеме. При наличии фонового панкреатита с целью минимизации травматического воздействия, как по ходу биопсийной иглы, так и в зоне интереса вводился сандостатин подкожно по 0,1 мг 3 раза в сутки, в течение 2 дней до пункции, а также в день пункции, за 1 час до проведения последней. При отсутствии признаков панкреатита эта же схема введения сандостатина использовалась с целью максимальной демаркации предполагаемой опухолевой массы от отека проксимальных отделов ПЖ, при расширении Вирсунгова канала и при расположении опухолевой массы в толще ткани ПЖ.

Техника выполнения манипуляций. На данном этапе применялась стандартизированная последовательность действий. Определялось положение и глубина расположения ПЖ. При помощи доплеровских методов оценивался сосудистый паттерн в зоне интереса. После обработки антисептиком место пункции отграничивалось стерильной пленкой и салфетками. Затем закреплялся пункционный адаптер и с учетом предполагаемого направления движения иглы определялось оптимальное место для разреза кожи. После выполнения анестезии кожи и инфильтрации подкожной клетчатки (иглой 22G) 1 %-ным раствором лидокаина, в намеченном для биопсии месте скальпелем производился разрез (длиной до 4 мм). Через данный разрез (при задержке пациентом дыхания) вводилась игла в направлении объекта исследования (кончик иглы благодаря способности отражать ультразвук обычно становился видимым сразу же после прохождения верхних слоев кожи). В случае возникновения проблем с визуализацией иглы, например, при выходе из плоскости сканирования переднего отрезка иглы или же при пункции солидных образований, применялись меры по улучшению визуализации иглы: поворот иглы (например, срезом вверх); определение подвижности тканей доплеровским картированием.

Как правило, игла подводилась так, чтобы она оказалась, преимущественно, в периферической части объемного образования. Данный подход позволял получать наиболее информативный материал для цитологического и гистологического исследований и способствовал уменьшению риска возникновения центральных некрозов. В случае кистозного образования использовались иглы 18G и 20G, обладающие достаточной жесткостью и хорошо проникающие к глубоко расположенным образованиям. При пункции солидного образования после отбора пробы трепанационная игла сразу же удалялась. В случае же пункции солидно-кистозного образования применялась иная тактика: вначале трепанационной иглой с режущим мандреном выполнялась биопсия солидного компонента образования, а затем (после удаления мандрена со столбиком материала из иглы и смещения иглы в жидкостной компонент) — аспирация жидкостного материала. Оценка осложнений проводилась непосредственно в процессе проведения манипуляции и во время нахождения пациента в процедурном кабинете, затем — на следующее утро после проведения биопсии. При наличии клинических подозрений ультразвуковой контроль осуществлялся через 3 часа после пункции либо после появления жалоб у пациента.

Осложнения и ошибки. Катамнез пациентов, подвергшихся биопсиям ПЖ, был прослежен в сроки от 2 месяцев (при ранней смертности от злокачественной патологии) до 10 лет. Осложнения малоинвазивных вмешательств при соблюдении вышеуказанных подходов распределились следующим образом: отсутствие осложнений — 179 (74,9 ± 2,8 %); незначительные осложнения, не требующие терапии — 44 (18,4 ± 2,5 %); требующие номинальной терапии — 15 (6,3 ± 1,6 %); осложнения, требующие терапии и госпитализации менее 48 часов — 0; требующие серьезной терапии и госпитализации более 48 часов — 1 (0,4 ± 0,4 %). Все выявленные побочные реакции были ранними (в течение 24 часов после пункции), за исключением одного случая обострения хрониче-

ского панкреатита. Незначительные осложнения носили в основном сочетанный характер (76 случаев у 59 пациентов), среди которых заметно преобладали вагусные реакции и болевые симптомы продолжительностью до трех часов. Ни одного случая инфицирования пути прохождения иглы отмечено не было. Постпункционное кровоизлияние в ткани ПЖ (маркером которого считалась гиперэхогенная зона толщиной до 2–3 мм в виде «бумеранга», формировавшаяся в месте забора материала) встречалось в 41 случаях. Случаев длительного кровотечения в брюшную полость и случаев острого панкреатита зарегистрировано не было.

В анализируемой группе не было выявлено достоверных различий по частоте и выраженности осложнений между тонкоигольными и толстоигольными биопсиями, что при большем количестве получаемого для морфологического исследования материала дает дополнительное преимущество методу толстоигольной биопсии.

Заключение

Таким образом, строгое соблюдение вышеприведенной методики позволяет добиться высокого уровня морфологической верификации патологии ПЖ при отсутствии каких-либо осложнений — у $74,9 \pm 2,8$ % пациентов, незначительных осложнений, не требующих терапии — у $18,4 \pm 2,5$ %, осложнений требующих номинальной терапии — у $6,3 \pm 1,6$ % и осложнений, требующих серьезной терапии и госпитализации более 48 часов — менее чем у 0,4 % пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Эпидемиология злокачественных новообразований в Беларуси / И. В. Залуцкий [и др.]. — Минск: Зорны верасень, 2006. — 207 с.
2. Аникеев, О. И. Интервенционная эхография в дифференциальной диагностике опухолевых и опухолеподобных образований поджелудочной железы / О. И. Аникеев // Мед. новости. — 2007. — № 5. — С. 92–96.
3. Аникеев, О. И. Особенности применения сандостатина при чрезкожной биопсии солидных образований поджелудочной железы / О. И. Аникеев, А. М. Юрковский // Проблемы здоровья и экологии. — 2007. — № 1. — С. 153–158.

УДК 617.55-06:616.993]-089

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ СОЧЕТАННОГО ЛЕЧЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПАЗИТАРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Аничкин В. В., Мартынюк В. В.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Эхинококкоз и аскаридоз, являющиеся тяжелыми паразитарными заболеваниями, продолжают оставаться серьезной социально-медицинской проблемой во многих странах мира. Эхинококкоз и аскаридоз распространены в большинстве на среднем Востоке, в Индии, Африке, Северной Америке, Новой Зеландии, Австралии, Турции и Северной Европе. Аскаридоз является наиболее распространенным гельминтозом в Республике Беларусь [3, 4].

На сегодняшний день насущной проблемой эхинококкоза и аскаридоза являются разработка сочетанного (хирургического и химиотерапевтического) методов лечения хирургических осложнений этих паразитарных заболеваний, а также разработка новых антипаразитарных средств [2].

В основу лечения эхинококковой болезни входит хирургическое вмешательство. Больше всего распространены менее радикальные хирургические способы лечения, такие как закрытая, полужакрытая и открытая эхинококкэктомия. Однако, техника их выполнения во многом остается противоречивой, в частности, недостаточно совершенны