

общая подготовка в школе, после которой осуществляется профессиональная подготовка молодых людей в вузах, а затем специализация непосредственно на предприятиях, в дальнейшем постепенное повышение квалификационного уровня – это один из наиболее эффективных, отвечающих современным и будущим требованиям индустриально-инновационного развития путь формирования инженера, фактор развития инженерно-технической интеллигенции, повышения социального статуса, престижа ИТР.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Руткевич М.Н., Потанов В.П. После школы: Социально-профессиональная ориентация молодежи. М.: Наука, 1995.
2. Токаев Ж. Приоритеты образования и науки // Наука Казахстана. 2000. №1. С. 1.
3. Ядов В.А. Отношение к труду: концептуальная модель и реальные тенденции // Социсс. 2003. №3.

*Жезказганский университет*

*Поступила 12.12.05г.*

*Н. Г. НИГАЙ, А. С. АЮБАЕВ, А. К. БАЗАРКУЛОВ*

## ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПУНКЦИИ ПОЛОСТНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА

Метод пункции объемных и полостных образований забрюшинного пространства относится к неинвазивной хирургии. Под контролем компьютерного томографа выбирают оптимальную пункционную точку на поверхности тела. Вводят пункционную иглу в направлении мишени. Специальной подготовки больного к вмешательству обычно не требуется. Методика выполнения вмешательства многоэтапна. Ее осуществляют непосредственно после КТ-исследования [1, 2].

Предварительно выбирают одну из томограмм, по которой изучают оптимальные условия для выполнения прицельной биопсии и находят место, где очаговые образования органа забрюшинного пространства наиболее близко располагаются к поверхности тела. Так как при компьютерной томографии возможно с помощью светового луча определить на поверхности тел больного локализацию томографируемого слоя, фиксация на коже пациента ретгеноконтрастных маркеров перпендикулярно световому лучу с последующей томографией данного сечения позволяет уточнить наиболее удобное место для пункции. На экране дисплея рассчитывается угол и глубина введения иглы от изображения одного из маркеров к центру пунктируемой или дренируемой полости.

Рациональнее проводить пункцию перпендикулярно поверхности кожи, что позволяет точно выполнить ее с первой попытки. Глубина введения

иглы отмечается с помощью расположенного на ней ограничителя.

При строгом соблюдении правил асептики после местной анестезии проводится прицельная пункция очагового образования. Обычно используются тонкие иглы с наружным диаметром от 0,3 до 0,5 мм и длиной 15–20 см. Для выявления возможных отклонений кончика иглы за пределы исследуемого слоя повторяется прямая или боковая топограмма. Контрольную топограмму делают на уровне кончика иглы, что позволяет уточнить ее положение и определить интересующую зону. Затем с помощью шприца аспируется материал и направляется на цитологическое, бактериологическое и биохимическое исследование [3, 4].

Чрескожная аспирационная биопсия под контролем КТ выполнена нами у 33 больных с различными кистозными поражениями органов забрюшинного пространства. Точность составила 83,6%, что свидетельствует о высокой надежности КТ как метода контроля за выполнением чрескожной аспирационной биопсии. В 3 случаях опухолевых поражений поджелудочной железы выполнялись цитологические исследования аспирата, что позволило провести морфологическую верификацию новообразования. При этом удалось дифференцировать доброкачественные, первичные злокачественные и метастатические новообразования. Сочетание КТ и цитологического исследования дало возможность не

только подтвердить или уточнить результаты исследования, но и получить дополнительную информацию. У 30 больных с кистами поджелудочной железы при чрескожной аспирационной биопсии под контролем КТ во всех случаях получена жидкость. В 10 наблюдениях она была прозрачной, соломенно-желтого цвета. При цитологическом исследовании выявлялись единичные лейкоциты, пигменты, измененные эритроциты, кристаллические образования. Отсутствие микрофлоры при наличии лейкоцитов и макрофагов различной степени сохранности свидетельствовало о явлениях асептического воспаления. У 4 больных обнаружены пласты клеток выстилки кисты, т. е. отмечен специфический симптом истинной кисты. У 6 больных получена геморрагическая жидкость, содержащая свежие и разрушенные эритроциты, макрофаги.

У 10 больных абсцессами поджелудочной железы чрескожной аспирационной биопсии под контролем КТ во всех случаях получен гной. Всем этим больным непосредственно после КТ-исследования выполняли прицельную пункцию полости абсцесса. При аспирации максимально удаляли гнойное содержимое, полость абсцесса промывали антисептическим раствором (диоксидин в концентрации 0,3% и др.) и вводили в нее антибактериальные препараты широкого спектра действия. Гнойное содержимое направляли на бактериологическое и цитологическое исследование. При небольших солитарных абсцессах диаметром до 2–3 см уже одно это вмешательство в сочетании с применением антибактериальных, специфических и других препаратов позволило получить клинический эффект и купировать проявления гнойной интоксикации. В подобных случаях ограничивались выполнением одной или нескольких прицельных пункций. Для полноценной санации более крупных абсцессов проводили их катетеризацию под контролем КТ с последующим систематическим промыванием растворами антисептиков до полного прекращения гнойных выделений.

Таким образом, выполнение чрескожных аспирационных биопсий под контролем КТ не только обеспечивает надежность точного проведения диагностических вмешательств, но и дает возможность получать материал для лабораторных исследований и проводить адекватное лечение полостных образований органов забрюшинного пространства.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Лотов А.Н., Андрианов В.Н., Кулезнева Ю.В., Кузин Н.М. Чрескожное дренирование псевдокист поджелудочной железы под контролем УЗИ и рентгенотелевидения // Хирургия. 1994. С. 42-45.
2. Дмитриев А.Е., Голубков В.А., Нуднов Н.В. и др. Инвазивные вмешательства под контролем компьютерной томографии // Хирургия. 1993. №4. С. 67-69.
3. Селезнев Ю.К. Лучевая диагностика, прицельная биопсия, дренирование гнойно-воспалительных заболеваний органов брюшной полости и забрюшинного пространства: Автореф. дис. ... док. мед. наук. Л., 1990. 40 с.
4. Binnjiller R.F., Seifert Y., Walter F., Soehendra N. Transpapillary and transmural drainage of pancreatic pseudocysts // Gastrointest. Endosc. 1995. V. 42, N3. P. 219-224.

#### Резюме

Компьютерлік томографияның көмегімен тері арқылы аспирациялық биопсияларды жүргізу сенімді диагностикалық әрекеттердің дәл орындалуын қамтамасыз етеді, лабораториялық зерттеуге материал алуға, іш пердесі сыртындағы кеңістік абсцесі бар науқастарды операцияның көмегімен емдеуге мүмкіндік береді.

#### Summary

The results of computer – aided tomography researches coupled with rentgenocontrast strengthening of anatomy topographic structures of kidneys and upper urinary organs against background of heightened diuresis are submitted in the work. Thus, the capability of detailed elaboration of differential diagnosis between ganglial formations of organs of retroperitoneal space and diseases of kidneys resulting from changes of pyelocaliceal system is reached.

Центральная клиническая больница  
Медицинского центра  
Управления делами  
Президента РК

Поступила 2.03.06г.