

этиологического фактора, топических характеристик и наличия осложнений, при этом в настоящее время большинство хирургов используют миниинвазивные вмешательства под контролем ультразвука (УЗ).

**Цель исследования.** Оценка эффективности и повышения качества миниинвазивных методов хирургического лечения непаразитарных КП.

**Материалы и методы.** За период с 2012 по 2016 год. выполнено пункционное лечение непаразитарных КП под контролем УЗ у 52 больных. УЗИ проводили на портативном аппарате Samsung SonoAce R3 конвексным датчиком частотой 3,5-5,0 МГц. В 2D-режиме оценивали КП по алгоритму: форма, положение, контуры, размеры, экзогенность содержимого, наличие и смещаемость внутренних образований, отношение к близлежащим структурам, васкуляризация. С помощью доплерометрии проводили контроль точного наведения иглы на объект интереса, визуализировали дренажный канал на всем протяжении, что предотвращало повреждение крупных сосудистых структур печени. В дальнейшем с помощью УЗ контролировали состояние дренажной трубки, наличие и размеры остаточной полости, время заполнения выпотом. Склерозирование КП проводили введением в полость 96% спирта в сочетании с раствором «Бетадина», не превышающем 30% объема кисты. Введение склерозанта осуществлялось не менее 5-14 раз с периодичностью 1 раз в сутки.

**Результаты.** У 38 (73,1%) пациентов имели место солитарные кисты печени, у 14 (26,9%) – множественные (от 2 до 6 кист). Размер кистозных образований печени колебался от 3 до 12 см. В большинстве случаев кисты выявляли в правой доле печени — 35 (67,3%) случаев, значительно реже в левой доле — 11 (21,1%) случаев и в обеих долях — 6 (11,6%). У 16 (30,7%) больных с непаразитарными кистами была выполнена только аспирация содержимого кисты. У 11 (21,1%), помимо аспирации, произведена обработка полости кисты 96% спиртом, из них у 4 (7,6%) обработка проводилась 96% спиртом в сочетании с йодом. У 25 (48,0%) пациентов выполнено дренирование полости кисты с многократной (до 10 раз) обработкой эпителиальной выстилки спиртом. При склерозировании очага УЗИ позволяло определить скорость организации очага, признаки возможного рецидива, т.е. наличие полости в очаге, признаки вне очага, экзогенность остаточной полости. При наличии остаточной полости до 1-2 см контрольную сонографию проводили через 2 мес. При наполнении кисты более 5 см в D в полость устанавливали дренаж pigtail. Дренаж удаляли через 5-15 суток при отсутствии экссудата после контрольного ультразвукового исследования. С целью степени инфицирования образования, отделяемое оценивали при микробиологическом исследовании. Осложнения были выявлены в 11,5% случаев: рецидив кистообразования – 5,7%, дислокация дренажа – 3,8%, кровотечение в полость кисты – 1,9%. Излечение с наблюдением в сроки до 24 месяцев наступило у 93,2% больных. Летальных случаев не было.

**Выводы.** Лечение непаразитарных кист пункционно-дренирующим способом под контролем сонографии характеризуется низкой травматичностью, минимальным числом осложнений до 12% и рецидивов заболевания до 7% при отсутствии летальности.

## МИНИИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ В ЛЕЧЕНИИ ПСЕВДОКИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*Ратчик В.М., Орловский Д.В., Тузко А.В., Пролом Н.В., Тарабаров С.А., Ущина С.В. ГУ «Институт гастроэнтерологии НАМН Украины», г. Днепр*

**Цель.** Улучшение результатов и оценка эффективности миниинвазивных методов лечения псевдокист поджелудочной железы.

**Материалы и методы.** Нами произведен анализ миниинвазивных методов лечения 94 больных с псевдокистами (ПК) поджелудочной железы (ПЖ), находившихся на стационарном лечении в хирургическом отделении ГУ «Институт гастроэнтерологии НАМНУ» с 2012 по 2016 год. Мужчин было 73,4%, женщин – 26,6%. Средний возраст пациентов составил 42,9±0,9 года. По показаниям выполнялись биохимические исследования, сонография, КТ, МРТ, ЭРПХГ. Всем больным с целью дифференциации псевдокист от кистозных опухолей проводился анализ кистозного содержимого с оценкой онкомаркеров, муциноподобных веществ и ферментной активности. Эндоскопические вмешательства выполняли дуоденоскопом FD-34 V2 Pentax (Япония) с использованием рентген-хирургической установки MCPlus (Италия) и баллонных дилататоров (Boston Scientific). Стентирование выполнялось пластиковыми стентами диаметром 7-9 Fr, со струнным проводником Hydra Jagwire Guidewire ST 0,035.

При выполнении эндоскопических трансмуральных вмешательств использовали трехпросветный игольчатый Ultratome (Boston Scientific, USA). Пункционные вмешательства под контролем УЗИ выполнялись аппаратом Samsung SonoAce R3 конвексным датчиком частотой 3,5-5,0 МГц. При дренировании по способу Сельдингера применялись специальные полиэтиленовые трубки 8-12 Fr с мультитиперфорированным изогнутым в виде «pigtail» концом, дренировании по способу «стиллет-катетера» — одноразовый набор для дренирования 9-12 Fr (RUSHE, Франция).

**Результаты.** Выбор метода хирургического лечения определялся в зависимости от степени зрелости кисты, ее локализации и связи с протоковой системой ПЖ, размеров и содержимого кистозной полости, наличия признаков острого или хронического воспаления ПЖ, степени изменений протоковой системы. Принимали также во внимание и анамнестические данные, и сроки существования кист более 3 месяцев после острого приступа. Толщина стенки псевдокисты более 4 мм по данным УЗИ и КТ свидетельствовала о зрелости кисты. Экстра- и интрапанкреатические кисты составляли соответственно 23 (24,5%) и 71 (75,5%). При этом преобладали кисты I и II типа по классификации Nealonet Walser E. (2002). Псевдокисты VII типа отмечены у 11 (11,7%) пациентов. Больные с незрелыми кистами составляли 31 (33,0%), зрелыми – 63 (67,0%).

6 (6,4%) больным с ПК VII типа с незрелой стенкой на фоне наружного дренирования транспиллярно устанавливался стент в зону головки ПЖ. Указанная методика применялась и 4 (4,3%) больным с кистами II типа. 8 (8,5%) больным с тесным расположением ПК с полым органом и адгезией со

стенкой желудка или ДПК выполняли эндоскопические трансмуральные дренирования с баллонной дилатацией и стентированием сформированного отверстия. 15 (16,0%) больным с ПК до 5 см в диаметре I типа применялась однократная пункция с аспирацией содержимого.

30 (31,9%) больным с ПК I и II типа диаметром более 5 см под сонографическим контролем выполнялось наружное дренирование с дальнейшим уточнением связи с протоковой системой ПЖ по данным фистулографии и, при необходимости, МРТ и ЭРПХГ. У 31 (33,0%) больного с инфицированным содержимым ПК проводилось наружное дренирование с последующей санацией полости кисты антисептиками.

В дальнейшем при отсутствии связи кисты с протоковой системой в полость опорожненной кисты вводили 76% этиловый спирт в количестве 1/2 от объема удаленной жидкости, чем достигалось асептическое воспаление и последующее склерозирование полости. Склерозирующую терапию повторяли 2-3 раза в зависимости от величины остаточной полости. Дренаж удаляли через 24-28 дней в зависимости от количества и характера отделяемого. Восстановление объема кисты в течение 20 суток предусматривало изменение тактики в пользу выполнения цистопанкреатодигестивного вмешательства.

В ближайшем послеоперационном периоде осложнения возникли у 13 (13,8%) больных: кровотечение в полость кисты — у 5 (38,5%) больных, дислокация дренажа с развитием перитонита — у 2 (15,4%) больных, неэффективность дренирования — у 6 (46,2%) пациентов. Рецидивы заболевания отмечены у 8 (5,5%) пациентов в период от 3 месяцев до 2 лет. Летальных исходов за данный период наблюдения не было.

**Выводы.** Миниинвазивные вмешательства как способ лечения больных с ПК ПЖ свидетельствуют о достаточно высокой эффективности этих операций при минимальном числе осложнений и отсутствии летальности.

### **РОЛЬ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ИРРИГОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА**

*Садовников С.А., Луговская Т.В., Бут Г.Н.  
Центр планирования семьи Тамары Луговской,  
г. Днепр*

**Вступление.** Избыточный пневматоз, с которым сталкиваются многие врачи ультразвуковой диагностики, может быть проявлением синдрома раздраженного кишечника (СРК) (код по МКБ-10 K58). В мире СРК страдает 10-20% взрослого населения. Две трети лиц, страдающих данным заболеванием, к врачам не обращаются в связи с деликатным характером жалоб.

СРК относится к функциональным заболеваниям и характеризуется прежде всего нарушением кишечной моторики. В настоящее время диагноз устанавливают на основании анамнестических и клинических данных, результатов копрологического, бактериологического исследований кала, эндоскопического (колоноскопия), гистологического и рентгенологического исследований. Однако у этих больных при

колоноскопии обычно не находят органических или других патологических изменений. Для назначения адекватной лекарственной терапии лечащему врачу необходимо знать тип расстройств: гипертонус или гипотонус толстой кишки. Наиболее сложна для диагностики и лечения смешанная форма СРК. УЗИ является одним из немногих доступных и безвредных методов диагностики этой формы заболевания.

**Материалы и методы.** Исследование проводилось на аппаратах Medison Sonoace X8 конвексным датчиком С2-8 (2-8 МГц) и конвексным датчиком EV4-9/10ED (4-9 МГц, вагинальный) трансабдоминальным, трансвагинальным и трансректальным доступами с использованием цветового доплеровского картирования.

Моторику кишечника оценивали визуально, измерением внутреннего диаметра кишечника, высоты складок и расстояния между складками. Вычислялся коэффициент тонуса, который равен частному от деления высоты складок на внутренний диаметр кишечника, умноженному на 100. Гипертонус кишечника характеризуется расстоянием между складками менее 20 мм и коэффициентом тонуса более 27. Гипотонус кишечника характеризуется коэффициентом тонуса менее 22 и расстоянием между складками более 30 мм (иногда складки вообще не определяются на видимом отрезке).

**Результаты.** В 2015-2016 гг. нами проведено 75 ультразвуковых ирригоскопий. При этом у 5 (7%) пациентов патологии со стороны толстого кишечника не выявлено, у 4 (5%) пациентов был выявлен рак толстого кишечника, у 10 (13%) пациентов выявлены полипы толстого кишечника, нарушение моторики кишечника было выявлено у 56 (75%) пациентов: из них тотальный гипертонус выявлен у 4 (7%); локальный гипертонус — у 5 (9%); тотальный гипотонус — у 4 (7%); локальный гипотонус — у 17 (30%); смешанный тип (участки гипертонуса чередуются с участками гипотонуса) — у 26 (46%). Последний вариант представляет наибольшую проблему при выборе схемы лечения.

**Выводы.** Ультразвуковая ирригоскопия может использоваться как скрининговый метод для выявления синдрома раздраженного кишечника и определения его типа. Проведение УЗИ на современных ультразвуковых аппаратах в некоторых случаях не уступает колоноскопии и является достаточно информативным и менее травматичным.

### **НЕОТЛОЖНЫЙ УЛЬТРАЗВУК (EMERGENCY ULTRASOUND). ABCDE- МНОГОФУНКЦИОНАЛЬНОЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ В КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ. THE RUSH EXAM (RAPID ULTRASOUND IN SHOCK)**

*Соломка А.А., Соломка С.Л.  
Одесский национальный медицинский университет,  
КУ ГКБ № 1, г. Одесса  
Международная Академия  
экологии и медицины, г. Киев  
Киевский медицинский университет*

**Вступление.** Диагностика состояния пациента при шоке — один из наиболее сложных вопросов в неотложной медицинской помощи и интенсивной