

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