

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

терапії. По рекомендації WINFOCUS (World Interactive Network Focused On Critical UltraSound), «Ultrasound LifeSupport» пропонується нова комплексна клінічна стратегія проведення ультразвукового моніторингу на місці надання допомоги. Ця технологія ідеально підходить для спостереження за критичними пацієнтами в стані шоку і визначається в нову категорію «реанімаційні» УЗІ, що дозволяють пряму візуалізацію патології, і розробляє Point-of-CareUltrasound (PoCUS) в практиці.

Цель работы. Внедрение международных ультразвуковых протоколов с целью определения ультразвуковой «Point-of-CareUltrasound» на догоспитальном и стационарном этапах, в соответствии с профилактикой, сортировкой, диагностикой, мониторингом и лечением в неотложной медицине.

Материалы и методы. Использовался аппарат УЗИ Mindray M 7 с датчиками 3,5 и 7,5 МГц в отделении анестезиологии и реанимации.

Результаты. В течение шести месяцев было произведено 75 исследований: политравма — 34, сердечно-сосудистые заболевания — 21, сердечно-сосудистые на фоне сахарного диабета — 20, из них с гиповолемией — 27, с ишемией миокарда — 32, с отеком легких — 16.

Выводы. Поэтапность протокольного исследования RUSH EXAM (RAPID ULTRASOUND IN SHOCK) упрощает и ускоряет диагностический поиск.

ТРАНСРЕКТАЛЬНЕ УЛЬТРАЗВУКОВЕ ДОСЛІДЖЕННЯ В ДІАГНОСТИЦІ ЗАХВОРЮВАНЬ ПРЯМОЇ КИШКИ

*Сорокін Б.В., Пироговський В.Ю., Сурков А.В., Тараненко А.О., Злобенець С.О.
Київська обласна клінічна лікарня, м. Київ*

Введення. Методика проведення ультразвукового дослідження (УЗД) досить широко використовується в сучасній медицині. Цей метод має низку переваг: ефективність, доступність та безпека. У колопроктології УЗД застосовуються для діагностики запальних захворювань прямої кишки і параректальної клітковини, визначення ступеня поширеності та вираженості запального процесу, діагностики неопластичного процесу прямої кишки і навколишніх тканин, ступеня їх поширеності.

Мета. Дослідити діагностичну цінність трансректального ультразвукового дослідження (ТРУЗД) в проктологічному відділенні КОКЛ, що використовується для діагностики запальних захворювань прямої кишки і параректальної клітковини, а також відзначити особливу роль даної методики в діагностиці новоутворень прямої кишки, поширеності даного процесу, виявленні ураження сфінктерного апарату для вибору оптимальної тактики оперативного втручання.

Матеріали та методи. У проктологічному відділенні КОКЛ за 2008-2016 рр. за допомогою УЗД було обстежено понад 1850 пацієнтів, із них на частку ТРУЗД припадає 1796 досліджень, що становить 90% від загального числа досліджень. Виконано 142 (8%) пункції передміхурової залози під контролем ректального датчика. Використовувався ультразвуковий сканер Pro-Focus 2202

(Данія) з високочастотним ректальним датчиком з частотою 7,5 МГц.

Результати. Під час діагностики хронічних анальних нориць отримані такі дані: інтрасфінктерна на нориця визначена у 463 (25%) випадків, трансфінктерна — у 481 (26%), висока трансфінктерна у 333 (18%), екстрасфінктерна — у 334 (18%), неповна параректальна нориця — у 185 (10%). ТРУЗД дозволяло візуалізувати норицевий хід на всьому протязі у вигляді тубулярної гіпоехогенної структури неправильної форми, який бере початок від внутрішнього отвору, та виявити внутрішній отвір, який мав вигляд гіпоехогенної зони у підслизовому шарі. Під час проведення порівняльної оцінки даних ТРУЗД та інтраопераційної ревізії результати збіглися в 97% випадків. Під час діагностики та визначення процесу поширеності неопластичного процесу прямої кишки були отримані такі дані: Т1 — 36 (32%), Т2 — 54 (31%), Т3 — 42,39 (22%) — інша локалізація неопластичного процесу. При порівнянні з даними рТ, отриманими після операції, точність становила 92%.

Висновок. Діагностична точність ТРУЗД у діагностиці запальних захворювань і поширеності непластичного процесу прямої кишки становить 90%, що робить даний метод цінним і інформативним. Під час оцінки глибини пухлинної інвазії точність ТРУЗД становить 80-90%, ці результати значно перевершують можливості КТ і становлять 80% відповідно. Саме тому, завдяки своїй ефективності, доступності та безпеці, даний метод стає пріоритетним у діагностиці запальних та непластичних процесів у прямій кишці і параректальній клітковині.

АНОМАЛЬНА ІНВАЗІЯ ПЛАЦЕНТИ В ОБЛАСТІ РУБЦА НА МАТКЕ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕННЯ

*Сусидко Е.Н., Николаев Н.И.
Медицинский центр доктора Николаева,
г. Днепр*

Введение. Частота кесарева сечения (КС) в Украине постоянно растет (с 9,58% в 1999 г. до 16,10% в 2009 г.), что увеличивает риск материнской и перинатальной заболеваемости и смертности. Одним из осложнений после КС при последующей беременности является аномальная инвазия плаценты (АИП) в области рубца на матке: предлежание и приращение (4-8 на 1000)

Цель. Диагностировать и выработать тактику ведения женщин с аномальной инвазией плаценты в области рубца на матке после кесарева сечения.

Материалы и методы. В медицинском центре за 2016 год было диагностировано и подтверждено 17 случаев аномальной инвазии плаценты в области рубца на матке после КС, из них 13 (76,5%) случаев — предлежание плаценты (6 (46%) случаев краевое, 5 (38%) случаев неполное и 2 (15%) случая полное центральное предлежание плаценты). Приращение плаценты было диагностировано в 4 (23,5%) случаях. Все исследования были проведены на ультразвуковом аппарате экспертного класса Mindray DC-8, при наполненном мочевом пузыре, трансабдоминальным и трансвагинальным доступом.

Результаты и их обсуждение. Для диагностики АИП ультразвуковое исследование проводили в