

гепатитом С, особенно общее состояние и физическое функционирование.

## 228. ПУНКЦИОННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСТНЕКРОТИЧЕСКИХ КИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Ранцев М. А., Ходаков В. В., Усов М. М.

ГОУ ВПО Уральская государственная медицинская академия Росздрава, г. Екатеринбург, Россия

Целью исследования явилось обобщение нашего первого опыта лечения одного из основных осложнений панкреонекроза – постнекротических кист поджелудочной железы и разработка тактических вопросов дифференцированного подхода к их лечению.

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 20 больных со сформированными постнекротическими кистами поджелудочной железы в клинике кафедры общей хирургии ГОУ ВПО УГМА на базе МУ ГКБ № 40 г. Екатеринбурга. Все пациенты в течение 3-12 месяцев до поступления в клинику перенесли панкреонекроз. Из них 11 (55%) лиц было мужского и 9 (45%) – женского пола. В основном это были лица в возрасте старше 50 лет – 19 (95%) человек, а из них старше 60 лет – 7 (35%) человек. Диагноз кисты поджелудочной железы устанавливался на основании анамнеза, жалоб, данных УЗИ и компьютерной томографии брюшной полости с целью уточнения локализации кисты и её взаимоотношения с окружающими органами, что помогало избежать их повреждения при пункции. Локализация кист: у 1 пациента была в головке железы (5%), у 18 (90%) в области тела органа и у 1 (5%) в области хвоста, ближе к воротам селезенки. Средний размер кистозного образования был 7-10 см в диаметре. Минимальный диаметр составил 3,5-4,0 см, при локализации кисты в головке железы. Максимальный – 20 см, при наличии кисты неправильной формы в виде «изогнутой гантели». Средний объем содержимого полученного при пункции составил 200 мл. Техника пункции и дренирования кисты поджелудочной железы состояла в следующем. Под местной анестезией, после визуализации жидкостного образования, выполнялась иглой Chiba диаметром 18-20G с эхопозитивной насечкой фирмы «СООК» пункция кистозного образования при помощи ультразвукового конвексного датчика (3,5 МГц) с пункционной насадкой на аппарате «Алока-500». Для дренирования кисты пользовались стилет-катетерами Хьюсмана диаметром 6-7F, Даусона-Мюллера с замком Mac-Loc диаметром 7F, при наличии густого содержимого кистозной полости пользовались двухпросветным стилет-катетером Ринга-Маклеана диаметром 16F.

Результаты и их обсуждение. Применение пункционного дренирования постнекротических кист поджелудочной железы позволило в большинстве случаев (у 16 пациентов (80%)) добиваться ее полной облитерации. После пункции кистозного образования производилась аспирация содержимого с последующим направлением его для анализа на амилазу и бактериологическое исследование. В 14 (70%) амилаза выпота была выше 200 г/час/л и ниже 200 г/час/л – у 6 (30%) больных. В 19 (95%) случаях бактериологическое исследование не дало роста микрофлоры и у 1 больного – *Enterococcus faecium*, *Staphylococcus haemolyticus*. У 2

(10%) пациентов при пункции было получено гнойное отделяемое в объеме 500–700 мл, что потребовало бужирования пункционного канала для установки дренажа диаметром 1 см с помощью бужей Амплатца фирмы СООК, диагноз постнекротическая киста был трансформирован в абсцесс сальниковой сумки, в последующем – выздоровление. У другой пациентки большие размеры кистозной полости и её двухкамерное строение 10x15 см и 10x12 см также потребовали установки дренажа большого диаметра при помощи бужей Амплатца, так как первичное дренирование стилет-катетером Хьюсмана не позволяло адекватно дренировать полость кисты. У 5 (25%) пациентов потребовалось повторное дренирование кисты в связи с ее рецидивом в течение 6 месяцев, что было обусловлено сообщением полости кисты с протоковой системой поджелудочной железы, в дальнейшем наступила облитерация кисты, при контрольном УЗИ исследовании жидкостных образований в проекции поджелудочной железы не выявлено. Сроки дренирования составляли 3-6 месяцев. Считаем, что при визуализации в полости кисты большого количества очагов детрита дренирование кисты стилет-катетерами противопоказано, так как диаметр катетера не позволяет адекватно дренировать и санировать полость кисты. В случае локализации кисты в головке поджелудочной железы ее небольшие размеры 3,5-4 см не позволили выполнить дренирование и пациент был оперирован с наружным дренированием. У одной пациентки первично была проведена только пункция кисты, учитывая малые сроки после панкреонекроза (1 месяц), однако при контрольном УЗИ исследовании выявлен рецидив кисты, что потребовало ее дренирования катетером Хьюсмана. Выявлено сообщение кисты с протоковой системой поджелудочной железы (амилаза отделяемого – 240 г/час/л). Считаем, что в случае образования панкреатического свища, следует выполнять резекцию поджелудочной железы с панкреатикоеюностомией.

Выводы. Пункционный метод лечения постнекротических кист поджелудочной железы является малоинвазивным методом, позволяющим в некоторых случаях избежать применения травматичного лапаротомного вмешательства.

## 229. К ВОПРОСУ О ВЛИЯНИИ МЕЗОДИЭНЦЕФАЛЬНОЙ МОДУЛЯЦИИ В ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Репетий Н.Г., Матвеев А.А., Еремин Г.Г.

Кафедра военно-полевой терапии ГИУВ МО РФ, г. Москва

Актуальность. Механизмы влияния мезодиэнцефальной модуляции (МДМ-терапии) универсальны при различной патологии, перечень показаний для этого метода лечения достаточно широк, однако, недостаточно изучены вопросы применения МДМ-терапии при лечении больных хроническими респираторными заболеваниями, что требует более детального и углубленного рассмотрения, и являются особенно актуальными в настоящее время.

Цель работы. Изучение влияния МДМ-терапии в комплексном лечении больных ХОБЛ в период