

Исследование производили на аппаратах в режимах с использованием линейного, или конвексного датчиков, или чаще их сочетание, с частотными характеристиками от 3,5 до 5 МГц.

При ультразвуковом исследовании визуализирован измененный червеобразный отросток у 470 (51 %) пациентов. Статистически достоверной зависимости его выявляемости от расположения не отмечено. При изучении материалов УЗИ среднее значение диаметра червеобразного отростка составило 10 мм (9; 12), толщина стенки — 2,5 мм (2; 3). Также у 33 % пациентов выявлен выпот, у 11 % — увеличение регионарных лимфоузлов. Наиболее часто при эхоскопическом исследовании был выявлен острый флегмонозный аппендицит — 324 (68,9 %), диаметр отростка — 10 (9; 12) мм, толщина стенки — 2,5 (2; 3) мм; неосложненный острый гангренозный аппендицит у 46 (9,8 %) пациентов, диаметр отростка — 11 мм (10; 13), толщина стенки — 2,5 (2; 3) мм; осложненный острый гангренозный аппендицит — у 83 (17,7 %) пациентов, диаметр отростка — 12 (11; 14) мм, толщина стенки — 3 (2,5; 3,5) мм, дополнительно определялись инфильтрация тканей, наличие отграниченного жидкостного образования, инфильтрация стенок слепой кишки; в 17 (3,6 %) случаях был выявлен червеобразный отросток с катаральным воспалением, диаметр — 9,4 (9; 12) мм, толщина стенки — 2 (1,9; 3,5) мм.

Основными ультразвуковыми признаками воспаления червеобразного отростка являлось его визуализация, утолщение его стенок, увеличение диаметра 10 мм и более, ригидность и отсутствие перистальтики в процессе исследования, визуализация его в виде мишени, (в поперечном сечении) и др. Другим диагностическим приемом являлось усиление болей именно при компрессии датчиком на выявленную структуру.

Ряд авторов также выделяют косвенные признаки ОА: наличие жидкости в правой подвздошной области, утолщение стенки купола слепой кишки и пневматизация петель тонкой кишки в правой подвздошной области.

Выводы

Ультразвуковое исследование в большинстве случаев позволило подтвердить диагноз острого аппендицита.

Выявляемые при эхоскопии размеры червеобразного отростка, его локализации, позволяют хирургу планировать выполнение удобных доступов для аппендэктомии.

Сочетание изменений червеобразного отростка, его расположение в совокупности с особенностями пациента, сроками заболевания, наличием сопутствующей патологии, позволяют рассмотреть возможные варианты аппендэктомии: лапароскопическая, видеоассистированная или традиционная.

УДК 616.346.2-002-073.43:617

УЛЬТРАЗВУКОВОЙ СКРИНИНГ В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ВЗРОСЛЫХ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА ОБЩЕХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Купченя С. В.¹, Адамович Д. М.², Сушкин М. И.¹

¹Учреждение

«Гомельская областная клиническая больница»,

²Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

На протяжении многих лет диагностика и лечение острого аппендицита (ОА) является актуальной проблемой медицины. В хирургических стационарах больные с данной

патологией составляют 20–30 % среди пациентов с urgentными хирургическими заболеваниями. Несмотря на имеющуюся в большинстве случаев характерную клиническую картину, имеющиеся «клинические маски» обуславливают необходимость проведения дифференциальной диагностики с заболеваниями органов смежных областей (гинекологической и урологической патологии).

Широкое внедрение УЗ-диагностики в стационарах различного уровня, позволяет проводить скрининговое обследование у пациентов с болями в животе для диагностики urgentной патологии, в ряде случаев выявляя характерные эхоскопические признаки острого аппендицита. По данным литературы чувствительность и специфичность УЗИ в профильных клиниках достигают 90,3 и 97,3 % соответственно.

Цель

Изучить возможности сонографического метода диагностики острого аппендицита у взрослых пациентов в условиях стационара общехирургического профиля.

Материал и методы исследования

Изучены истории болезни и протоколы ультразвукового исследования органов брюшной полости пациентов, госпитализированных в хирургическое отделение № 1 УГОКБ за период 01.01.2014 г. – 31.12.2018 г. Статистическая обработка данных проведена с использованием статистической программы «Statistica» 8.0. Результаты выражали в виде М (25; 75) %.

Результаты и обсуждение

За период 01.01.2014 г. – 31.12.2018 г. в первое хирургическое отделение было госпитализировано 1074 пациента с клиникой острого аппендицита. При госпитализации выполнено УЗИ органов брюшной полости с целью выявления измененного червеобразного отростка, дифференциальной диагностики острой урологической и гинекологической патологии 922 (85,8 %) пациентам. Мужчин было 508 (55 %), женщин 414 (45 %). Средний возраст поступивших составил 32 года (22; 50). ИМТ составил 25 (22; 29). Сроки заболевания острым аппендицитом составили 18 часов (9; 30).

При ультразвуковом исследовании визуализирован измененный червеобразный отросток у 470 (51 %) пациентов. Статистически достоверной зависимости его выявляемости от расположения не отмечено. ИМТ у пациентов этой группы 24 (22; 28). Интраоперационно визуализировано его расположение в правой подвздошной области у 285 (60,6 %) пациентов, у 105 (22,3 %) — ретроцекальное расположение, у 35 (7,4 %) — за илеоцекальным переходом, у 30 (6,4 %) — червеобразный отросток располагался в малом тазу, в мезогастррии справа у 11 (2,3 %) человек, подпеченочное расположение у четверых. Прооперированы 469 пациентов. Один пациент с аппендикулярным инфильтратом был пролечен консервативно, в последующем «в холодном периоде» выполнена аппендэктомия.

У 452 (49 %) пациентов при УЗИ червеобразный отросток не был визуализирован. ИМТ у пациентов этой группы 26 (22; 30). У 106 (23,4 %) пациентов этой группы эхоскопически выявлены косвенные признаки воспаления с локализацией в правой подвздошной области (выпот, лимфаденит). В половине случаев — у 232 (51,4 %) пациентов интраоперационно выявлено типичное расположение отростка, у 114 (25,2 %) пациентов — ретроцекальное, в малом тазу — 47 (10,4 %), у 35 (7,7 %) — за илеоцекальным переходом, у 12 (2,7 %) пациентов — в мезогастррии, подпеченочное расположение выявлено в 12 (2,4 %) случаях. На операции у 319 (70,6 %) пациентов выявлен флегмонозно измененный червеобразный отросток, у 43 (9,1 %) — гангренозный, гангренозный с осложнениями у 49 (10,8 %), у 41 (12 %) — катаральный аппендицит. При УЗИ этих пациентов отмечена пневматизация кишечника, а также затруднение визуализации за счет атипичного (48,6 %) расположения отростка, а также отсутствие визуализации отростка.

Выводы

УЗИ в диагностике острого аппендицита является безопасным и высокоинформативным методом скринингового обследования пациентов, особенно при нечеткой клинической картине ОА.

Позволяет провести дифференциальную диагностику смежной патологии, и в большинстве случаев (51 %) выявить эхоскопические признаки, характерные для острого аппендицита, а также локализацию червеобразного отростка, что позволяет определять тактику дальнейшего лечения ОА.

УДК 618.3:616.379-008.64

ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ГЕСТАЦИОННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Лашкевич Е. Л.¹, Должевская Е. С.²

¹Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

²Учреждение

«Гомельская областная клиническая больница»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Гестационный сахарный диабет (ГСД) является одним из наиболее частых нарушений функции эндокринной системы у беременных. Частота встречаемости ГСД от 1 до 5 %. При наличии ГСД во время беременности увеличивается частота преэклампсии, многоводия, гипоксии и внутриутробного инфицирования плода. У 30 % женщин с ГСД в течение последующих 10–20 лет развивается инсулиннезависимый диабет.

Цель

Изучить исходы беременности у женщин с гестационным сахарным диабетом.

Материал и методы исследования

Ретроспективно на базе У «Гомельская областная клиническая больница» изучены 64 истории родов за 2018 г. Изучали течение беременности, родов, состояние новорожденных у исследуемых пациенток. Рассчитана доля (р, %), стандартная ошибка доли (Sp, %). Статистически значимыми считались различия при $p < 0,05$. Пациентки были разделены на 2 группы: основная – 32 женщины с ГСД, контрольная — 32 пациентки без ГСД.

Результаты исследования и их обсуждение

Возраст обследованных женщин колебался от 17 до 44 лет. В основной группе 22 ($68,8 \pm 8,2$ %, $p = 0,045$) женщины были старше 30 лет, в контрольной — 13 ($40,6 \pm 8,7$ %).

Статистически значимых различий по средней массе тела женщин между группами не установлено, у женщин с ГСД она составила $84,8 \pm 17,2$ кг, при отсутствии ГСД — $79,4 \pm 15,1$ кг.

Анализируя сопутствующие соматические заболевания, установлено, что при наличии ГСД чаще у пациенток диагностированы сердечно-сосудистые заболевания — у 14 ($43,8 \pm 8,8$ %, $p < 0,05$) против 3 ($9,4 \pm 5,2$ %) в контрольной группе. Заболевания почек выявлены у 14 ($43,8 \pm 8,8$ %) пациенток основной группы и 7 ($21,9 \pm 7,3$ %) женщин контрольной группы; заболевания щитовидной железы — у 11 ($34,4 \pm 8,4$ %) и 8 ($25 \pm 7,7$ %) женщин соответственно; заболевания органов желудочно-кишечного тракта — у 8 ($25 \pm 7,7$ %) и 5 ($15,6 \pm 6,4$ %) соответственно.

Неблагоприятное течение беременности отмечено у 30 ($93,8 \pm 4,3$ %) женщин основной группы и у 29 ($90,6 \pm 5,2$ %) пациенток контрольной группы. При ГСД у жен-