

Некоторыми авторами также описываются такие косвенные признаки ОА: наличие жидкости в правой подвздошной области, утолщение стенки купола слепой кишки и пневматизация петель тонкой кишки в правой подвздошной области.

Результаты и обсуждение. Соотношение мужчин и женщин было 54 (49,5 %) и 55 человек (50,5 %). Средний возраст пациентов составил 32 года (22,0;54,0). ИМТ составил 25 (21;29). Сроки заболевания ОА в среднем до 21 часа (11;36).

При УЗИ измененный червеобразный отросток был визуализирован у 59 пациентов (54 %), которые и вошли в контрольную группу. Статистически достоверной зависимости его обнаружения от локализации не было отмечено. Из них у 19 пациентов наблюдался также выпот в брюшной полости, и у 4 отмечалось увеличение брыжеечных лимфоузлов. Среднее значение диаметра воспаленного аппендикса составило 12,5 мм (10,0;15,0), средняя толщина стенки — 3,0 мм (2,4;4,0).

У 4 пациентов, у которых при УЗИ аппендикс не был визуализирован, но наблюдались локальная болезненность при компрессии датчиком и выпот в брюшной полости.

Соотношение морфологических форм ОА как интраоперационной находки и имевших место интересующих эхопризнаков при УЗИ у пациентов контрольной группы представлены в таблице 1.

Также дополнительными эхопризнаками были инфильтрация окружающих тканей, наличие отграниченного жидкостного образования, инфильтрация стенок слепой кишки.

Таблица 1 — УЗ-параметры морфологических форм ОА в исследуемой группе

Морфологические формы ОА	Количество пациентов, чел.	Диаметр аппендикса, мм	Толщина стенки аппендикса, мм
Катаральная	2 (3 %)	15 (10;20)	3,5 (2,0;5,0)
Флегмонозная	36 (61 %)	12 (10;15)	3,0 (2,4;4,0)
Гангренозная	11 (19 %)	13,5 (12,5;15,0)	3,3 (2,0;4,0)
Гангренозная с осложнениями	10 (17 %)	14,5 (12,0;16,0)	3,3 (2,8;4,0)

Выводы

Хотя обнаружение основных ультразвуковых признаков воспаления червеобразного отростка наблюдалось лишь у половины обследованных и затем оперированных пациентов с острым аппендицитом, все равно нашим исследованием показана их высокая эффективность в скрининге патологии.

Совершенствование опыта хирургов и врачей УЗ-диагностов, технического обеспечения всегда будут повышать эффективность и своевременность диагностики острого аппендицита, а сроки заболевания, возраст и комплекция пациента, сопутствующая патология — ее затруднять.

Е. Л. ЛАШКЕВИЧ

ПРИМЕНЕНИЕ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ У ПАЦИЕНТОК С НЕДОНАШИВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ

УО «Гомельский государственный медицинский университет»

Антибактериальные лекарственные средства (АБ-ЛС) применяются во время беременности наиболее часто. При этом используются лекарственные средства только с установленной безопасностью для беременных, с учетом срока беременности, наблюдением за состоянием матери и плода. Только соблюдение всех условий приводит к благополучному исходу беременности, снижает число неонатальных осложнений.

Цель работы — изучить особенности применения антибактериальных лекарственных средств у пациенток с недонашиванием беременности.

Материалы и методы. Нами обследовано 143 женщины, родившие через естественные родовые пути на базе роддома УГОКБ. Из них — 77 с преждевременными родами (основная группа) и 66 со срочными родами (контрольная группа). Анализировали применение АБ-ЛС у обследуемых пациенток. Данные представлены в виде доли (р, %) и стандартной ошибки доли (Sp, %). Статистически значимыми считались различия при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Во время беременности, в родах, в послеродовом периоде АБ-ЛС системно получали 74 пациентки, в том числе 56 ($75,68 \pm 4,99$ %, $\chi^2 = 37,00$, $p < 0,001$) в основной и 18 ($24,32 \pm 4,99$ %) в группе сравнения. Среди всех женщин с недонашиванием беременности АБ-ЛС назначали в $72,73 \pm 5,08$ % (56 из 77, $\chi^2 = 30,03$, $p < 0,001$), при срочных родах — в $27,27 \pm 5,48$ % (18 из 66, $\chi^2 = 25,48$, $p < 0,001$).

В течение беременности в основной группе системно АБ-ЛС получали 27 ($35,07 \pm 5,44$ %) пациенток, в группе сравнения — 14 ($21,21 \pm 5,03$), в перипартальном периоде 42 ($54,55 \pm 5,67$ %) и 7 ($10,61 \pm 3,79$ %) соответственно. Как при срочных, так и при преждевременных родах большинство пациенток получало монотерапию АБ-ЛС во время беременности — $85,71 \pm 9,35$ % и 100 % соответственно. У 3 ($11,11 \pm 6,05$ %) женщин, родивших преждевременно, дважды в течение беременности использовали одно и то же АБ-ЛС. При недонашивании беременности 2 и больше АБ-ЛС чаще ($p = 0,001$) применяли в перипартальном периоде. Наиболее часто во время беременности АБ-ЛС в обеих группах назначали с целью лечения инфекции мочевыводящих путей (ИМВП) и дисбиотических/воспалительных процессов во влагалище — 13 ($48,15 \pm 9,62$ %) и 10 ($37,04 \pm 9,29$ %) соответственно при недонашивании беременности и 6 ($42,86 \pm 13,23$ %) и 3 ($21,43 \pm 10,97$ %) при родах в срок. Рецидив ИМВП наблюдали у 2 женщин основной группы и у 1 в контрольной. Санацию влагалища местными формами дополнительно проводили 21 ($77,78 \pm 8,0$ %) и 11 ($78,57 \pm 10,97$ %) пациенток соответственно.

Сроки применения АБ-ЛС по отношению к периодам гестации представлены в таблице 1. Накануне родов антибиотики назначали только в основной группе ($p = 0,016$), при этом в $78,57 \pm 10,97$ % у пациенток с недоношенной беременностью и длительным безводным промежутком с целью пролонгирования беременности для проведения профилактики РДС новорожденного.

Таблица 1 — Системное применение антибактериальных лекарственных средств во время беременности и в родах, n ($p \pm sp$, %)

Сроки	Преждевременные роды (N = 56)	Срочные роды (N = 18)
I триместр беременности	7 ($12,5 \pm 4,42$)	6 ($33,33 \pm 11,11$)
II триместр беременности	13 ($23,21 \pm 5,64$)	5 ($27,78 \pm 10,56$)
III триместр беременности	14 ($25,0 \pm 5,79$)	5 ($27,78 \pm 10,56$)
Накануне родов	14 ($25,0 \pm 5,79$)* $p=0,016$	0
В родах	16 ($28,57 \pm 6,04$)	2 ($11,11 \pm 7,41$)
1-е сутки после родов	39 ($69,64 \pm 6,14$) * $\chi^2=8,24$, $p=0,004$	5 ($27,78 \pm 10,56$)

*Примечание: * статистически значимо в сравнении со срочными родами.*

Во время беременности антибиотики пенициллиновой группы использовали у 15 ($55,56 \pm 9,56$ %) женщин с недонашиванием беременности и у 3 ($21,43 \pm 10,97$ %), родивших в срок (OR= 4,58, 95 % CI 1,04–20,24); цефалоспорины — 4 ($14,82 \pm 6,84$ %) и 9 ($64,29 \pm 12,81$ %, $\chi^2 = 8,26$, $p = 0,004$); макролиды — 7 ($25,93 \pm 8,43$ %) и 4 ($28,57 \pm 12,07$ %); АБ-ЛС из других групп — 6 ($22,22 \pm 8,0$ %) и 2 ($14,29 \pm 9,35$ %) соответственно.

Выводы

Почти три четверти пациенток с преждевременными родами применяли антибактериальные лекарственные средства во время беременности и родов с целью лечения различных инфекционно-воспалительных заболеваний.

Только при недонашивании беременности женщины получали антибиотики накануне родов, а двое из трех родильниц — в первые сутки после родов.

**В. В. ЛИН, З. А. ДУНДАРОВ, В. М. МАЙОРОВ, В. И. ЛЕОНЕНКО,
А. И. ХМЫЛКО, С. В. КУПЧЕНЯ, О. Г. КУПРЕЕВА**

МАЛОСИМПТОМНЫЕ ФОРМЫ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА: ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ

*УО «Гомельский государственный медицинский университет»
Учреждение «Гомельское областная клиническая больница»*

Острый холецистит (ОХ) занимает важное место в структуре хирургической патологии. На сегодняшний день объективно показано, что успехи современной антибактериальной и многоцелевой инфузионной терапии значительно изменяют клиническую картину заболевания, нивелируют острые проявления деструктивного холецистита, в том числе клиничко-лабораторные признаки эндогенной интоксикации, создают ложное впечатление о благоприятном прогнозе, что зачастую приводит к развитию малосимптомных гнойно-деструктивных форм ОХ.

Цель исследования: изучение ультразвуковой семиотики у пациентов с различными формами острого калькулезного холецистита.

Материалы и методы. В исследование включено 212 пациентов с различными формами ОХ, проходивших лечение в УГОКБ за период с 2006 по 2011 г. Мужчин было — 38 (17,9 %) , женщин — 174 (82,1 %). Средний возраст пациентов — $51,5 \pm 2,34$ лет. Всем в различные сроки от поступления была выполнена холецистэктомия одним из трех способов (открытая холецистэктомия, холецистэктомия из мини доступа и лапароскопическая холецистэктомия). Нами было выделено 4 группы. Первую составили пациенты с ОХ, оперированные в первые трое суток от начала заболевания ($n = 99$); во вторую группу включены пациенты с ОХ, оперированные позже трех суток от начала заболевания ($n = 41$) в третью вошли пациенты, поступившие для планового оперативного лечения по поводу хронического холецистита, у которых на основании интраоперационных данных и гистологического заключения были выявлены различные формы ОХ ($n = 39$); четвертая (контрольная группа) — лица с хроническим калькулезным холециститом ($n = 33$).

Результаты и обсуждение. Ультразвуковые признаки ОХ (утолщение стенки, изменения структуры стенки — «двойной контур», слоистость, деформация, увеличение размеров, наличие вклиненного камня в шейке желчного пузыря) присутствовали в 67 % в первой группе, в 75 % во второй и в 63 % случаев у больных со «скрытой» формой острого холецистита.

На основании данных УЗИ нами выделены четыре типичных варианта ультразвуковой картины ОХ. 1 вариант характеризовался увеличением размеров желчного пузыря, особенно поперечного размера (более 35 мм). Стенка желчного пузыря однородная, с ровным контуром, утолщена до 5 мм. 2 вариант характеризуется утолщением стенки желчного пузыря более 5 мм, она становится неоднородной и «слоистой», внутри стенки желчного пузыря имеются анэхогенные зоны, имеется размытый или неровный внутренний контур. При 3 варианте отмечалось наличие гиперэхогенных зон с нечеткими неровными контурами вокруг желчного пузыря при отсутствии свободной жид-