

Качество диагностики ОА при этом будет также определяться человеческим фактором врача-диагноста и имеющимися техническими возможностями аппаратуры, подготовленностью пациента к исследованию, длительностью заболевания.

Преимущественное взаимодействие врача-хирурга и врача-УЗ-диагноста может явиться залогом выбора правильной и своевременной тактики в сложных ситуациях скрининга у пациентов с острым аппендицитом.

**С. В. КУПЧЕНЯ, О. Г. КУПРЕЕВА, Д. М. АДАМОВИЧ, М. А. НОВИКОВА,
С. А. КАНЮШИК, А. Г. ТИШКЕВИЧ, Е. В. ТАРАСЮК, А. И. СТРЕЛЬЧУК**

ЭХОСКОПИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ

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

В последнее время для уточнения диагноза острого аппендицита (ОА) стали применяться неинвазивные инструментальные методы — УЗИ, КТ. Ультразвуковое исследование (УЗИ) сочетает в себе высокую информативность, неинвазивность, отсутствие лучевой нагрузки на пациента и врача. Ультразвуковыми аппаратами оснащены практически все стационары. Для визуализации червеобразного отростка при УЗ-диагностике могут использоваться любые современные ультразвуковые аппараты, работающие в режиме реального масштаба времени, оснащенные конвексными датчиками с частотными характеристиками от 3,5 до 5 МГц и линейными датчиками с частотой 7МГц. Диапазон чувствительности УЗИ в В-режиме колеблется от 33,3 до 89 %, специфичность — до 95 %.

Наиболее низкие показатели чувствительности УЗИ при этом отмечают по данным литературы при катаральной (до 33,3 %), флегмонозной и гангренозной (50 %) формах ОА. Наиболее высокая чувствительность — при эмпиеме червеобразного отростка и аппендикулярном инфильтрате (до 89%). Применение при этом режимов цветового доплеровского картирования повышает чувствительность ультразвука при катаральной (до 66,7 %) и флегмонозной (до 77,8 %) формах ОА, а также при диагностике периаппендикулярного абсцесса (до 89% по сравнению с 66,7 % в В-режиме).

Целью исследования явилась оценка эхоскопических признаков ОА у взрослых пациентов на базе УГОКБ.

Материалы и методы. Были изучены истории болезни и протоколы ультразвукового исследования органов брюшной полости пациентов, госпитализированных в первое хирургическое отделение УГОКБ за период 01.01.2014 г — 31.07.2014 гг. Статистическая обработка данных проведена с использованием статистической программы «Statistica 8.0». Результаты выражали в виде М (25;75) %. За указанный период было госпитализировано 123 пациента с клинической картиной ОА. Из них УЗИ органов брюшной полости было выполнено 109 (88,6 %) пациентам. Исследование производили на аппаратах высокого и среднего классов с использованием линейного, конвексного датчиков, или чаще их сочетания, с частотными характеристиками от 3,5 до 7 МГц.

Основными ультразвуковыми признаками воспаления червеобразного отростка являлось его визуализация, утолщение стенок, увеличение диаметра до 1 см и более, ригидность и отсутствие перистальтики в процессе исследования, визуализация его в виде «мишени» (в поперечном сечении) и др. Другим клиническим диагностическим приемом явилось усиление болей при компрессии датчиком выявленной структуры.

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.