

вать основные клиничко-лабораторные печеночные синдромы, отслеживать лабораторную динамику состояния пациента.

Из иммунохроматографических исследований для диагностики болезней органов пищеварения в УГОКБ проводится определение Toxin A/B Clostridium difficile в кале для диагностики антибиотик-ассоциированной диареи (псевдомембранозного колита). Обнаружение ротавирусов в кале находит свое применение при дифференциальной диагностики ротавирусной инфекции с неинфекционными заболеваниями кишечника и принятии решения о госпитализации пациента с соответствующей клинической картиной. Определение скрытой крови и трансферрина в кале являются обязательными исследованиями для скрининга колоректального рака.

В 2013 г. в лаборатории УГОКБ было внедрено определение кальпротектина и лактоферрина в кале. Данные тесты являются высокочувствительными лабораторными маркерами воспалительных заболеваний кишечника (болезнь Крона, неспецифический язвенный колит (НЯК)). Отмечается высокая сопоставимость данных лабораторных исследований с результатами проведенных биопсий. Данные тесты особенно могут быть востребованы в детской практике и при наличии ограничений для выполнения колоноскопии.

Определение суммарных антител к *H. pylori* в крови является неинвазивным методом определения хеликобактерной инфекции. Благодаря оснащению лаборатории УГОКБ автоматическим анализатором ИФА Alegria (Orgentec, Германия) в 2013 г. стало возможным проведение целого ряда специфических исследований:

- ANA: комплексная диагностика аутоиммунных заболеваний;
- ANCA, VPI, ASCA: высокоинформативная лабораторная диагностика (в том числе и дифференциальная) болезни Крона и НЯК;
- AMA-M2, sp-100: диагностика первичного билиарного цирроза;
- a-LKM: диагностика АИГ II типа.
- антитела к глиадину и тканевой трансглутаминазе: лабораторная диагностика целиакии.

Существующие в УГОКБ возможности открывают перспективы дальнейшего внедрения в практику специфических лабораторных тестов, направленных на диагностику болезней органов пищеварения.

#### **Заключение**

1. В УГОКБ проводится комплекс лабораторных исследований для выявления и мониторинга основных болезней органов пищеварения, в том числе генетических и редких заболеваний.

2. Простота и быстрота выполнения, высокая чувствительность и специфичность — делают иммунохроматографические тесты удобным и востребованным инструментом для диагностики заболеваний органов пищеварения, доступными для учреждения любого уровня.

3. При болезни Вильсона-Коновалова лабораторное обследование на областном уровне может быть дополнено определением меди в суточной моче (при наличии специальных зарегистрированных в РБ наборов реагентов) и anti-SLA как высокоспецифического маркера АИГ I типа.

4. Проведенные комплексные клинические исследования пациентов с болезнями органов пищеварения смогут показать степень информативности и эффективности полученных результатов проводимых лабораторных методов с результатами функциональных и инструментальных методов исследований.

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

#### **НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ УЗИ В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ВЗРОСЛЫХ**

Острый аппендицит (ОА) является одной из частых нозологических форм острой хирургической патологии, госпитализируемой в хирургические отделения. Для своевременной постановки диагноза и определения тактики ведения пациентов при сложностях интерпретации клинических данных в настоящее время приобретает особое значение использование неинвазивных инструментальных методов диагностики, одним из которых является ультразвуковое исследование (УЗИ). Чувствительность методики по данным литературы составляет до 89%, специфичность — до 95 %.

**Цель:** оценить возможности применяемого сонографического метода диагностики ОА у взрослых пациентов на базе УГОКБ.

**Материалы и методы.** Были изучены истории болезни и протоколы ультразвукового исследования органов брюшной полости пациентов с подозрением на ОА, госпитализированных в первое хирургическое отделение УГОКБ за период 01.01.2014 г. — 01.08.2014 г. Статистическая обработка данных проведена с использованием статистической программы «Statistica 8.0». Результаты выражали в виде М (25;75) %.

**Результаты и обсуждение.** За вышеуказанный период было госпитализировано и затем прооперировано 123 пациента с клинической картиной ОА. При госпитализации УЗИ органов брюшной полости с целью выявления измененного червеобразного отростка, проведения дифференциальной диагностики острой урологической и гинекологической патологии было выполнено 109 (88,6 %) пациентам. Мужчин было 54 (49,5 %), женщин — 55 (50,5 %). Средний возраст пациентов составил 32 года (22,0;54,0). ИМТ — 25 (21;29). Сроки заболевания ОА в среднем составили около 21 часа (11;36).

При ультразвуковом исследовании был обнаружен измененный червеобразный отросток у 59 (54 %) пациентов. Особенности расположения ОА при дооперационной УЗ-визуализации и интраоперационного обнаружения представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Сравнительная оценка до- и интраоперационных результатов

Локализация аппендикса в брюшной полости	УЗ- визуализация до операции	Интраоперационная визуализация
* в правой подвздошной области	48 (44 %)	39 (66,5 %)
* в мезогастррии справа	4 (3,7 %)	12 (20,3 %)
* ретроцекальное	3 (2,8 %)	2 (3,3 %)
* в малом тазу	3 (2,8 %)	2 (3,3 %)
* за илеоцекальным углом	1 (0,9 %)	2 (3,3 %)
* подпеченочно	—	2 (3,3 %)

У 50 (46 %) пациентов при УЗИ червеобразный отросток не был визуализирован. Хотя в 27 случаях (54 %) интраоперационно выявлено типичное расположение отростка, у 10 (20%) – ретроцекальное, у двух (4%) — за илеоцекальным переходом, ретроперитонеальное — 3 (6 %), подпеченочное — 3 (6 %), малый таз — 5 (10 %). Гистологически на операции у 35 (70 %) пациентов был выявлен флегмонозно измененный аппендикс, у 4 (8 %) — гангренозный, у 5 (10 %) — гангренозный с осложнениями и у 6 (12 %) — катаральная форма. При выполнении УЗИ у этих пациентов наблюдалась пневматизация кишечника, а также возникли сложности визуализации за счет атипичного (46 %) расположения отростка, а также отсутствие его обнаружения, несмотря на характерную локализацию боли, обусловленную тифлитом, мезаденитом.

#### Выводы

На вышеуказанных примерах показана безопасность и высокая информативность УЗИ в комплексном обследовании пациентов с подозрением на острый аппендицит.

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.