

УЗИ-ДИАГНОСТИКА ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА С РЕТРОЦЕКАЛЬНЫМ РАСПОЛОЖЕНИЕМ ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА

Хакимов Х.В. Манкевич А.Г. Лукашевич Ю.Ф.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра общей хирургии

Научный руководитель – к.м.н., доц. Цилиндзь И.Т.

Острый аппендицит (ОА) с ретроцекальным расположением червеобразного отростка, представляет собой наиболее тяжёлую форму заболевания червеобразного отростка, так как затрудняется своевременное распознавание воспалительного процесса, что, в свою очередь, приводит к поздней госпитализации. Внедрение в клиническую практику УЗИ в значительной степени расширило возможности визуализации и оценки структурных элементов внутренних органов и тканей.

Цель исследования - оценка эффективности использования УЗИ при диагностике ОА с ретроцекальным расположением червеобразного отростка.

Материалы и методы - нами проведён анализ клинического материала 50 больных ОА с ретроцекальным расположением червеобразного отростка.

Результаты - до 6 часов от начала заболевания поступивших было 10 (20%) больных, от 6 до 12 часов - 8 (16%), позже 12 часов - 32 (64%) больных. Таким образом, до 12 часов от начала заболевания за медицинской помощью обратилось лишь каждый третий больной, что свидетельствует о высоком показателе поздней обращаемости больных с атипичной формой аппендицита. С целью верификации диагноза нами в этой группе больных использовано УЗИ червеобразного отростка. Исследование выполняли при положении больного на левом боку, а УЗ - датчика - по передней подмышечной линии. При этом у 9 (18%) больных обнаружено расширение петель тонкой кишки, снижение их перистальтической активности, у 7 (14%) - выпот в правой подвздошной области, у 20 (40%) - утолщение стенки купола слепой кишки, у 8 (16%) - повышение эхогенности жировых подвесок слепой кишки и брыжейки червеобразного отростка, у 6 (12%) - увеличение лимфатических узлов илеоцекальной области. Обнаружение косвенных признаков ОА, диктует необходимость полипозиционного осмотра правой подвздошной области, который позволяет обнаружить хотя бы фрагмент патологически изменённого червеобразного отростка. При этом отмечается ригидность червеобразного отростка при компрессии, наружный его диаметр превышает 6 мм, а толщина стенок более 3 мм. Поздняя обращаемость приводит к развитию таких осложнений, как образование инфильтрата или абсцедирование. Так, при формировании ретроцекального аппендикулярного инфильтрата прослеживается УЗ - картина паратифлита, а при формировании ретроцекального абсцесса обнаруживаются УЗИ признаки поражения правой почки и паранефрита. В наших исследованиях послеоперационные воспалительные осложнения у больных с ОА с ретроцекальным расположением червеобразного отростка были у 4 (8%) человек. Причиной развития этих осложнений считаем госпитализацию позже 12 часов.

Выводы - таким образом, использование УЗИ при ОА с ретроцекальным расположением червеобразного отростка способствует его ранней диагности-

ке, выбору оптимального хирургического доступа, что позволяет снизить задержку экстренной операции и послеоперационные гнойно - септические осложнения.

Литература:

1. Кригер, А.Г. Острый аппендицит / А.Г.Кригер// Медпрактика., М.-2002.-134С.
2. Астапенко, В.Л. Ошибки и осложнения в хирургии «острого живота» /В.Л. Астапенко// Вышэйшая школа., Мн.-1982.-162С.

МИГРАЦИЯ АММИАКА ИЗ СТРОИТЕЛЬНЫХ МАТЕРИАЛОВ В ВОЗДУХ ЖИЛЫХ ПОМЕЩЕНИЙ: ТОКСИКОЛОГИЧЕСКИЕ И ТЕХНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

Халецкая К.В.

Брестский государственный технический университет, Беларусь
Кафедра инженерной экологии и химии
Научный руководитель – канд. технич. наук, доц. Яловая Н.П.

Основными источниками выделения аммиака в воздух жилых помещений являются строительные материалы, в частности бетонные стеновые панели и перекрытия. Актуальность исследований наличия аммиака в бетоне, а также сырьевых материалах его производства, применяемых на территории Республики Беларусь, обусловливается токсическим действием аммиака на организм человека при хроническом отравлении вследствие пребывания в помещениях с эмиссией данного газа в воздух. В частности на строительных объектах Брестской области были зафиксированы случаи превышения ПДКм.р. в 2-3 раза.

Последствия хронического отравления человека аммиаком серьезны. Круглосуточное вдыхание 2 и 5 мг/м³ сопровождается нейтропией, моноцитозом и лимфоцитозом; увеличивается выделение мочевины и аммиака с выдыхаемым воздухом, нарушается кислотно-щелочное равновесие; отмечены явные признаки активации симпатoadреналовой системы – увеличение содержания в крови адреналина и оксикортикостероидов [1].

В Республике Беларусь в настоящее время для воздуха рабочей зоны установлена предельно допустимая концентрация аммиака на уровне ПДКр.з. = 20 мг/м³. Согласно постановлению Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 30 декабря 2010 г. № 186 максимально разовая предельно допустимая концентрация аммиака в атмосферном воздухе ПДКм.р. = 200 мкг/м³ [2].

В работе проведено исследование химических добавок, регулирующих различные стадии создания материалов: конструирование состава бетонной смеси, замес и транспортировка бетонной смеси, её уплотнение и формование, а также сроки схватывания и твердения. Определение проводилось потенциометрическим методом с использованием ионоселективных электродов на ионы аммония. Полученные данные свидетельствуют о возможности эмиссии аммиака из бетонных материалов вследствие внесения азотсодержащих соединений, содержащихся в добавках-модификаторах (табл.). Наличие аммиака в конечных материалах также зависит от режима и условий обработки на стадии схватывания и твердения бетона.