

ностические возможности видеолапароскопии при остром аппендиците. Материалы и методы. Для изучения диагностических возможностей видеолапароскопии нами были проанализированы результаты лапароскопических исследований по поводу предполагавшегося аппендицита у 65 больных. Среди них было 30 мужчин в возрасте от 16 до 54 лет и 35 женщин от 16 до 49 лет. Результаты. Среди больных с подозрением на острый аппендицит, диагноз лапароскопически был подтвержден у 36 (55,3%) больных. В подавляющем большинстве наблюдений диагноз основывался на видимых воспалительных изменениях самого червеобразного отростка. Реже, когда аппендикс был недоступен осмотру, по наличию воспалительного инфильтрата или других проявлений локального воспаления в проекции червеобразного отростка. У 29 (44,7%) больных лапароскопия опровергла диагноз острого аппендицита. При этом у большей части из них – у 20 (68,9%) выявлены другие заболевания, «симулировавшие» аппендицит. В 9 (31,1%) наблюдениях, проявлений воспалительного процесса в брюшной полости не обнаружено. При лапароскопии по поводу предполагаемого острого аппендицита выяснилось, что предположение оказалось ошибочным у 24 (68,5%) женщин, в то время как у мужчин ошибочным диагноз оказался в 5 (16,7%) случаях. Частота расхождения клинического и лапароскопического диагнозов была более высокой у женщин и составила 68,5%, в то время как у мужчин она составила 16,7%. Выявленные при лапароскопии заболевания, протекавшие под маской острого аппендицита, у 20 (68,9%) больных требовали экстренного оперативного лечения, которое было проведено эндовидеохирургическим или традиционными методами. Под маской аппендицита у женщин чаще всего скрывались гинекологические заболевания, у мужчин – мезентериальный лимфаденит. У 9 (31,1%) больных видимой органической патологии в брюшной полости не обнаружили. Сопоставление лапароскопических заключений у 36 человек и результатов гистологических исследований удаленных червеобразных отростков показало, что диагностика форм воспаления совпала в 31 (86,1%) случае. Расхождение лапароскопического и гистологического заключений в основном было связано со сложностью разграничения флегмонозного и гангренозного процессов. Среди всех оперированных по поводу острого аппендицита видеолапароскопическая техника использовалась с диагностической и лечебной целью у 31 (86,1%). На основании результатов лапароскопии в 5 (13,8%) случаях избраны открытые способы операции. Выводы. Таким образом, методика видеолапароскопии является высокоинформативной, обеспечивающей большую точность в диагностике острого аппендицита и позволяет избирать оптимальные способы хирургического лечения или избегать ненужных операций.

Чура Т.С., Брендоусова И.С.

КРИТЕРИИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Научный руководитель: Белуга В.Б., к.м.н., доцент

Фетоплацентарная недостаточность – это синдром обусловлен морфофункциональными изменениями в плаценте и представляет собой результат сложной реакции плода и плаценты на различные патологические состояния материнского организма. ФПН является важнейшей проблемой современного акушерства и перинатологии. Целью данной работы является оценка ультразвуковых критериев диагностики ФПН. Материалы и методы исследования. Был проведен ретроспективный анализ 556 историй родов беременных с ФПН, рожавших в УЗ «ГКБ СМП» г.Гродно за 2010 год. В зависимости от стадии ФПН выделили три группы: I группа–стадия компенсации(420–75,5%), II группа–стадия субкомпенсации(130–23,4%), III группа–стадия декомпенсации(6–1,1%). По сроку беременности: преждевременные роды I–29(6,9%), II–12(9,2%), III–1(16,7%), срочные роды I–387(92,1%), II–115(88,5%), III–5(83,3%), запоздалые роды I–4(1%), II–3(2,3%), III–0. Паритет беременностей: 1ая беременность I–189(45%), II–74(56,9%), III–2(33,3%), 2ая беременность I–133(31,7%), II–31(23,9%), III–4(66,6%), 3ья и более I–98 (23,3%), II–25(19,2%), III–0. Паритет родов: 1ые роды I–233(55,5%), II–89(68,5%), III–5(83,3%), 2ые роды I–165(39,3%), II–33(25,4%), III–1(16,7%), 3ья и более I–22(5,2%), II–8(6,1%), III–0. Оперативным путем родо-разрешилось I–112(26,7%), II–47(36,2%), III–4(66,7%). По массе плода: маловесный плод I–40(9,6%), II–29(22,3%), III–0, 2800-4000г I–336(79,5%), II–94(71,5%), III–5(83,3%), крупный

плод I–46(10,9%), II–8(6,2%), III–1(16,7%). Пол плода: мужской I–200(47,6%), II–56(43%), III–3(50%), женский I–222(52,4%), II–74(57%), III–3(50%). Из акушерско-гинекологического анамнеза беременных с ФПН наиболее часто встречались гестоз, эрозия шейки матки, выкидыш, аднексит. Среди экстрагенитальных заболеваний у беременных с ФПН наиболее распространена патология почек. Диагноз ФПН был выставлен на основании ультразвукового исследования, доплерометрии и данных кардиотокографии. Использовались УЗ-критерии степени зрелости и толщины плаценты, количество околоплодных вод, доплерометрические показатели СДО артерий пуповины, аорты и средней мозговой артерии плода, показатели КТГ– базальный ритм (ЧСС у плода) и STV. Диагноз ФПН был подтвержден гистологическим исследованием. Получены следующие данные: гиперплазия плаценты I–261(64,8%), II–72(56,7%), III–3(50%); маточная поверхность с белесоватым крапом I–168(40%), II–54(42,5%), III–0, с инфарктом I–37(8,8%), II–18(14,1%), III–1(16,7%); оболочки зеленоватого цвета I–58(13,8%), II–35(27,6%), III–4(66,7%); зрелая плацентарная ткань с кальцинозом I–141(33,6%), II–32(25,2%), III–3(50%), с париетальным децидуитом I–69(16,4%), II–16(12,6%), III–0, с базальным децидуитом I–51(12,1%), II–12(9,4%), III–0, со склерофиброзом I–14(3,3%), II–4(3,1%), III–0, с кровоизлияниями I–26(6,2%), II–4(3,1%), III–0, с диссоциированным созревaniem ворсин I–21(5%), II–5(3,9%), III–0. Выводы. Таким образом, диагноз ФПН, выставленный на основании антенатальных методов диагностики, подтвердился при гистологическом исследовании последа в 81% случаев.

Шавловская Т.В.

РЕТИНАЛАМИН В НЕЙРОПРОТЕКТОРНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНОЙ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМОЙ

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Научный руководитель: Ильина С.Н., к.м.н., доцент

Несмотря на прогресс в методах лечения, глаукома остается одной из основных причин снижения зрения и необратимой слепоты. У 6-7 миллионов человек по всему миру имеет место слепота на оба глаза, непосредственно обусловленная глаукоматозным поражением зрительного нерва (Quigley H.A., 1996). Значительное распространение глаукомы, трудности ранней диагностики и серьезный прогноз служат причинами постоянного внимания к этому заболеванию. Целью исследования являлось изучение эффективности ретиналамина у больных с разными стадиями ПОУГ с нормальным уровнем ВГД. Материалы и методы 18 больных ПОУГ 1-3 ст., были разделены на 3 клинические группы. Каждая клиническая группа включала примерно равное количество пациентов с начальной, развитой и далекозашедшей стадиями ПОУГ. 1 группа получала парабульбарные инъекции ретиналамина 5,0 мг 10 дней 2 группа – парабульбарные инъекции ретиналамина 5,0 мг и внутримышечные инъекции ретиналамина 5 мг на курс 10 дней 3 группа – внутримышечные инъекции ретиналамина 5 мг на курс 10 дней. Всем пациентам в начале лечения нейропротекторами проводили визометрию, тонометрию по Маклакову, офтальмоскопию, периметрию, статическую периметрию. Контроль данных параметров проводился через 10 дней, 3, 6, 12 месяцев. В процессе проведения исследования выяснялась субъективная реакция пациентов на препараты, оценка ими своего состояния. Уровень тонометрического внутриглазного давления (ВГД) во время курсов лечения и всего периода наблюдения у всех больных был в пределах 19-20 мм. рт. ст. Результаты 1. Переносимость препарата у ряда пациентов, получавших ретиналамин парабульбарно отмечалось появление местной реакции на введение препарата (отек век). В последующие дни эта реакция исчезала самопроизвольно. 2. Функциональные результаты. Данные визометрии оказались статистически недостоверными. При проведении статической периметрии в центральной зоне (30°) было отмечено достоверное уменьшение количества и глубины скотом в характерных для глаукомы зонах в группах, получавших ретиналамин парабульбарно и при комбинированном способе введения. При далекозашедшей стадии ПОУГ статистически достоверного результата не получено. Выводы 1. Наиболее эффективным можно считать комбинированное (внутримышечное 5 мг и парабульбарное по 5 мг) и местное (только парабульбарное по 5 мг) введение ретиналамина 2. Отмечена хорошая общая и местная переносимость препарата