

36 женщин (45,57%) имеет пятилетнюю выживаемость, часть женщин умерла от сопутствующей патологии.

**Выводы.** Согласно проведенному анализу, РВ у пациенток Гродненской области выявляют на ранних стадиях развития, чаще у пациенток пожилого и старческого возраста, среди городского населения. Лечение проводилось согласно стандартам и привело к высоким цифрам пятилетней выживаемости. Наиболее эффективным лечением инвазивного рака вульвы I-II стадий является комбинированный метод (лучевая терапия + операция вульвэктомии). Учитывая возраст и наличие сопутствующей патологии, некоторая часть пациенток умерла от естественных причин.

### Литература

1. Козаченко, В. П. Клиническая онкогинекология : руководство для врачей / В. П. Козаченко. – М. : Медицина, 2005. – С. 376.

2. Мухин, А. А. Хирургическое лечение местно-распространенного рака вульвы / А. А. Мухин, А. В. Важенин, В. В. Саевец // Злокачественные опухоли. – 2020. – 10(3). – С. 20-25.

## ЗНАЧИМОСТЬ УЛЬТРАЗВУКОВОГО МЕТОДА ДИАГНОСТИКИ КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА

Кулеш Д.Б., Филипчик А.О.

Гродненский государственный медицинский университет

Научный руководитель – ассистент Якубчик А.А.

**Актуальность.** Воспалительные заболевания желчного пузыря остаются наиболее распространенной патологией желудочно-кишечного тракта. Желчнокаменная болезнь (далее ЖКБ) в экономически развитых странах по частоте встречаемости занимает третье место, уступая сердечно-сосудистой патологии и сахарному диабету [1]. Общая летальность при данной патологии остается достаточно высокой [2]. Свойственное им разнообразие клинических проявлений, длительность течения, затяжные обострения обуславливают частую обращаемость больных за медицинской помощью. Значение данной патологии определяется не только медицинскими, но и социальными аспектами в связи с частой ее выявляемостью в наиболее трудоспособном возрасте и высокими показателями временной и стойкой нетрудоспособности. Ранняя диагностика и лечение заболеваний желчевыводящей системы имеют большое клиническое значение из-за возможности трансформации функциональных нарушений в желчевыводящей системе в органическую патологию – в хронический холецистит и ЖКБ,

что происходит в результате нарушения коллоидной стабильности желчи и присоединения воспалительного процесса. Интерес к проблеме объясняется также частым вовлечением в патологический процесс смежных органов (печени, поджелудочной железы, желудка и двенадцатиперстной кишки) и возникновением тяжелых осложнений, ведущих к инвалидизации [3]. Наиболее распространенной формой заболевания желчного пузыря является желчнокаменная болезнь (холецистолитиаз). По результатам статистических исследований, проведенных в последние годы, желчнокаменной болезнью страдает почти каждая 5 женщина и каждый 10 мужчина. Примерно у 1/4 населения старше 60 лет и 1/3 населения старше 70 лет имеются желчные камни. Известно много факторов, способствующих камнеобразованию. Основными факторами риска формирования холестериновых желчных камней являются 5F: Fat – жир (избыточный вес), Forty – сорок (возраст около или более 40 лет), Female – женщина, Fertile – фертильного возраста (эстрогены, повышенные в пременопаузе, приводят к повышению уровня холестерина в желчи и снижению моторно-эвакуаторной функции желчного пузыря) и Fair – белокурая или блондинка. Другие факторы риска включают высокое потребление жиров и углеводов, малоподвижный образ жизни, сахарный диабет 2-го типа и дислипидемию [3].

В настоящее время в диагностике ЖКБ и её осложнений широко используется ультразвуковое исследование (далее УЗИ). Оно занимает ведущее место на этапе первичной диагностики как в оценке вариантов строения желчных протоков, так и в распознавании калькулезного поражения вне- и внутрипеченочных желчных протоков [3].

Как правило, общепризнанными преимуществами УЗИ являются: его доступность, отсутствие противопоказаний к исследованию, возможность полипозиционного исследования, достаточно высокая разрешающая способность, отсутствие лучевой нагрузки, а также возможность многократного повторения в процессе динамического наблюдения [4].

**Цель.** Изучить возможность и значимость ультразвукового метода в диагностике калькулёзного холецистита.

**Материалы и методы исследования.** Проведено нерандомизированное изучение историй болезни с 119 результатами УЗИ-пациентов с холецистохоледохолитиазом, находившихся на лечении в УЗ «Гродненская университетская клиника» за период с 2021 по 2022 г. Возраст пациентов колебался от 19 до 75 лет. Мужчин было – 38, женщин – 81.

**Результаты и их обсуждение.** Согласно результатом исследования свои ультрасонографические признаки были у каждой формы воспаления желчного пузыря. Общими признаками были увеличение в размере желчного пузыря и наличие в его просвете застойного содержимого и эхоструктур, дающих акустические тени. Отличительными признаками форм были

степень утолщения стенки желчного пузыря, наличие в них расслоений и четкость контуров. Заключение УЗИ были подтверждены результатами интраоперационных находок и гистологического исследования. Острый холецистит без признаков деструкции стенки желчного пузыря характеризовался увеличением размеров желчного пузыря, особенно его поперечного размера (более 35 мм), в его полости визуализировалось неоднородное содержимое – «взвесь», стенка желчного пузыря однородная, с ровным контуром, утолщена до 4 мм.

Типичными признаками хронического калькулёзного холецистита были утолщение стенки желчного пузыря до 3-4 мм, контуры стенки неровные с наличием акустической тени в просвете желчного пузыря. У 56,8% пациентов были выявлены данные изменения. Острый катаральный холецистит выявлен у 18,6% пациентов, характерными признаками для данной патологии были четкость контуров желчного пузыря и утолщение его стенки до 4 мм, в полости пузыря определялись застойное содержимое и экоструктуры, дающие акустические тени. При флегмонозной форме воспаления у 12,5% пациентов кроме увеличения размеров желчного пузыря, диагностируются нечеткость контуров её стенок и более выраженное утолщение стенки (более 4-5 мм) с характерным симптомом «удвоения» её контуров. Гангренозная форма у 6,4% пациентов характеризовалась нечеткостью контуров и утолщением стенок желчного пузыря. Самостоятельное диагностическое значение имел симптом «гепатизации» желчного пузыря, выявленный у 5,7% пациентов – просвет желчного пузыря, состоящий из взвешенных эхопозитивных линейных структур средней и умеренно повышенной плотности, неотличимых от печёночной паренхимы. Такая эхокартина была характерна для эмпиемы желчного пузыря.

Несмотря на высокую разрешающую способность УЗИ в диагностике калькулёзного холецистита, определенные диагностические трудности возникали при наличии камней в желчевыводящих протоках. С помощью УЗИ можно определить диаметр желчных протоков и иногда заподозрить или обнаружить в них конкременты. Выделяют прямые и косвенные признаки холедохолитиаза. К прямым признакам относят наличие в просвете ОЖП эхогенного образования с акустической тенью разной степени интенсивности. К косвенным признакам холедохолитиаза относится билиарная гипертензия, характеризующаяся расширением ОЖП, а также расширением главного панкреатического протока и определением локализации конкрементов в желчевыводящих протоках.

**Выводы.** Таким образом УЗИ оказывает значительную помощь в диагностике и дифференциальной диагностике заболеваний желчного пузыря, что позволяет в кратчайшие сроки поставить правильный диагноз, определить последующую лечебную тактику, начать своевременное консервативное или хирургическое лечение. Метод УЗИ остается одним

из ведущих в постановке диагноза заболеваний желчного пузыря, а также одним из ведущих в проведении дифференцированной диагностики заболеваний брюшной полости.

### Литература

1. Обоснование ультразвуковых и доплерографических критериев в дифференциальной диагностике различных форм холецистита [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [https://vmeda.mil.ru/upload/site56/document\\_file/Tif5qeTyEd.pdf](https://vmeda.mil.ru/upload/site56/document_file/Tif5qeTyEd.pdf). – Дата доступа: 28.02.2023.

2. Ультразвуковое исследование в диагностике острого калькулезного холецистита [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [https://www.elibrary.ru/download/elibrary\\_23458408\\_99855477.pdf](https://www.elibrary.ru/download/elibrary_23458408_99855477.pdf). – Дата доступа: 28.02.2023.

3. Желчнокаменная болезнь, холецистэктомия - что дальше? [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <file:///C:/Users/asus/Downloads/zhelchnokamennaya-bolezn-holetsistektomiya-cto-dalshe.pdf>. – Дата доступа: 28.02.2023.

4. Ультразвуковое исследование в диагностике желчнокаменной болезни и её осложнений [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/ultrazvukovoe-issledovanie-v-diagnostike-zhelchnokamennoy-bolezni-i-eyo-oslozhneniy#>. – Дата доступа: 28.02.2023.

5. Ультразвуковое исследование желчного пузыря в норме и патологии [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [www.internalmed-journal.in.ua/wpcontent/uploads/2017/10/%D0%96%D1%83%D1%80%D0%BD%D0%B0%D0%BB\\_2\\_2017\\_23\\_30.pdf](http://www.internalmed-journal.in.ua/wpcontent/uploads/2017/10/%D0%96%D1%83%D1%80%D0%BD%D0%B0%D0%BB_2_2017_23_30.pdf). – Дата доступа: 28.02.2023.

## ОЦЕНКА УРОВНЯ КУЛЬТУРЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МОБИЛЬНЫХ ТЕЛЕФОНОВ

Куневич Ю.В.

Гродненский государственный медицинский университет

Научный руководитель – старший преподаватель Смирнова Г.Д.

**Актуальность.** На сегодняшний день мобильные телефоны стали необходимым атрибутом для людей. Человек находится на связи 24 часа в сутки, так как старается не пропустить важные события в своей жизни. Пользуясь, каждый день мобильным телефоном, человек постепенно становится зависимым от него. Со временем мобильный телефон становится главным фактором для человека. Однако невнимание к базовым техническим параметрам и характеристикам телефона может иметь весьма неприятные последствия для здоровья, так как он является источником электромагнитного излучения (далее ЭМИ) [1].

Согласно отчёту ВОЗ, электромагнитное излучение на радиочастотах, включая излучение систем сотовой связи, отнесено к классу 2B –