

Пациенткам из 2 группы для поддержания достаточного уровня анальгезии и седации в 6 случаях потребовалось вводить дозу препарата более 1 мг/кг, что сопровождалось эпизодами возбуждения и продлевало время манипуляции и анестезии. При этом не было эпизодов десатурации, а гемодинамика поддерживалась в допустимых пределах, но в 3 случаях потребовалось продленное наблюдение и мониторинг из-за удлинения времени сна. Пациентки отмечали яркие сноведения и галлюцинации, как негативный эффект анестезии и не хотели бы это повторить.

В третьей группе отсутствовали негативные эффекты со стороны дыхания и гемодинамики, при этом пациенты просыпались легко, и потребовались более низкие дозировки пропофола (0,5–1 мг/кг), чем в первой группе. А отдаленный обезболивающий местный эффект позволял снизить болевые ощущения в раннем послеродовом периоде.

**Выводы.** Комбинация местной инфильтративной анестезии с седацией пропофолом показала себя, как оптимальный метод при проведении кратковременным акушерских манипуляций. Метод не сложен в проведении и не показал тяжелых осложнений, но достаточно эффективен.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Лещенко Р. Е., Процедурная седация и/или анальгезия: обзор литературы/Р.Е. Лещенко, А. Л. Левит, Н. С. Давыдова // Вестник интенсивной терапии имени А.И. Салтанова. –2023.– № 2. –С. 117–129.

## ДИАГНОСТИКА ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА: КЛИНИКО-УЛЬТРАЗВУКОВОЙ КОНФЛИКТ

*Побылец А.М.*

*Гродненский государственный медицинский университет*

**Актуальность.** Диагностика острого аппендицита (ОА) не представляет значительных трудностей при типичном расположении червеобразного отростка (ЧО) и выраженных воспалительных изменениях в нем. Однако, типичная клиническая картина встречается далеко не всегда. Около 30% составляют случаи, когда отсутствуют явные клинические признаки заболевания, такие как мышечные дефанс и локальная боль в правой подвздошной области [1]. В таких случаях инструментальная диагностика ОА выходит на первый план.

**Цель.** Проанализировать клинические случаи, когда показания к аппендэктомии были выставлены на основании ультразвуковых признаков ОА, а не на основании клинической картины.

**Методы исследования.** В период с апреля 2021 года по август 2024 года обследована 250 пациентов, поступивших в экстренном порядке. Из них 188 (75,2 %) – женщины и 62 (24,8%) – мужчины. Средний возраст для мужчин составил  $36,3 \pm 12,4$  года, средний возраст для женщин –  $25,2 \pm 10,2$  года. Всем

пациентам выполнялось УЗИ червеобразного отростка. Из данной группы отбирались прооперированные пациенты, у которых показания к операции были выставлены не на основании клинической картины, а на основании данных УЗИ червеобразного отростка.

**Результаты и их обсуждение.** Критериям поиска соответствовали 12 из 250 пациентов (4,8%) из них 9 женщин и 3 мужчины. На момент выполнения УЗИ ЧО диагноз ОА был у 7 пациентов: 5 женщин и 2 мужчин. Данные пациенты находились в процессе динамического наблюдения, но оперативное вмешательство на момент осмотра не планировалось. Среди них одна беременная на сроке 21 неделя. Пациенты оперированы после УЗИ ЧО. У всех пациентов после операции выставлен диагноз флегмонозный ОА. У одной пациентки диагноз ОА был снят на основании клинической картины (боли в животе купировались в процессе динамического наблюдения), и был выставлен диагноз: мезаденит. Но после проведенного УЗИ она оперирована, после операции выставлен диагноз флегмонозный ОА. У одной пациентки диагноз ОА был снят в связи с купированием болей в животе и был выставлен диагноз: кишечная колика. Она так же оперирована после проведенного УЗИ. После операции данной пациентке выставлен диагноз острый флегмонозный ретроцекальный ретроперитонеальный аппендицит. Один пациент поступил с диагнозом острый калькулезных холецистит. Он имел клиническую картину острого холецистита, а также УЗ признаки острого холецистита. УЗИ ЧО назначено в связи с распространением болей по правому боковому каналу вниз. При обследовании выявлен признаки АО с расположением ЧО под печенью. Оперирован, диагноз после операции – гангренозный АО, местный гнойный перитонит. Один пациент поступил с диагнозом хронический панкреатит, обострение, ОА. Оперирован после УЗИ ЧО. Диагноз после операции – флегмонозный ОА. Одна женщина находилась в гинекологическом отделении с диагнозом разрыв кисты правого яичника. Диагноз после операции – катаральный ОА.

**Выводы.** В ряде случаев диагноз ОА невозможно выставить на основании клинической картины в связи с отсутствием или слабой выраженностью симптомов заболевания. У пациентов с подозрением на ОА при отсутствии явных клинических признаков данной патологии следует выполнять визуализацию червеобразного.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Diagnosis and treatment of acute appendicitis: 2020 update of the WSES Jerusalem guidelines. / Di Saverio [et al] // World journal of emergency surgery. – 2020. – Vol. 15. – P.3-6 doi:10.1186/s13017-020-00306-3