

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ДЕТЕЙ В СЕРОШКАЛЬНОМ РЕЖИМЕ

Махмудова Ч., 407-группа, медико-педагогического и лечебного факультета

Научный руководитель: Абзалова М.Я.
ТашПМИ, кафедра Медицинской радиологии

Актуальность. Несмотря на достигнутые успехи, диагностика и лечение острого аппендицита остается актуальной проблемой современной хирургии. Экстренное УЗИ органов брюшной полости позволит объективно оценивать характер происходящих изменений в правой подвздошной области и определить выбор рационального операционного доступа.

Цель исследования. Определить ранние эхографические признаки острого аппендицита.

Материал и методы исследования. Нами в клинике ТашПМИ осмотрено 34 больных с подозрением на острый аппендицит. Ультразвуковое исследование выполнялось на диагностических аппаратах «SONOSCAPE SSI-5000» и «Mirgor 2». Исследование больных начинали по общепринятой методике с осмотра органов брюшной полости. Затем оценивали состояние правой подвздошной области правой подвздошной ямки и соседствующих с ней анатомических областей, выполняя сагиттальные, фронтальные и косые срезы с использованием дозированной компрессии датчика на переднюю брюшную стенку. Для улучшения визуализации интересующей области больного также осматривали в положении на левом боку.

Результаты исследования. При исследовании выявили прямые и косвенные признаки острого аппендицита. Прямые или непосредственные признаки встречались у 18 (52,9 %) больных, у которых в сагиттальном срезе измененный червеобразный отросток выглядел как удлиненной формы эхонегативное образование с плотными стенками, внутренний диаметр которого 0,8 - 1,5 см. В поперечном срезе аппендикс имел характерный симптом мишени. А у 14 (41,2%) больных выявили косвенные признаки острого аппендицита, визуализируемые в правой подвздошной области в виде конгломерата эхонеоднородных тканей без четких границ со “смазанной” структурой. Данная ультразвуковая картина соответствовала измененному червеобразному отростку с вовлечением в воспалительный процесс большого сальника, брыжейки червеобразного отростка и петель кишечника. В 2 (5,9%) случаях у девочек были выявлены

эхографические признаки правостороннего аднексита, что отмечалось увеличением размеров правого яичника, снижением эхогенности, которые в динамике исчезли.

Выводы. Таким образом, экстренное УЗИ необходимо проводить больным с подозрением на острый аппендицит как при неясной клинической картине, так и в тех случаях, когда клинический диагноз не вызывает сомнений. При этом решаются дифференциально-диагностические задачи, и результаты УЗИ могут повлиять на дальнейший алгоритм ведения больного. При диагностированном остром аппендиците во многих случаях результаты УЗИ определяют выбор обезболивания, а также доступ при проведении оперативного вмешательства. Обладая высокой информативностью, УЗИ во многих случаях позволяет отказаться от напрасных лапароскопических исследований.

Список литературы:

1. Акалаев, Р. Н., Э. А. Сатвалдиева, and А. А. Стопницкий. "Эпидемиология и особенности интенсивной терапии острых отравлений медикаментами у детей." III съезда Ассоциации врачей медицинской помощи Узбекистана.-Ташкент, 2015.-298 с (2015).
2. Агзамходжаев, Т. С., Юсупов, А. С., Файзиев, О. Я., & Маматкулов, И. А. (2013). Послеоперационное обезболивание промедолом после абдоминальных операций у детей. Вестник экстренной медицины, (3), 250-251.