

КОМПЛЕКСНАЯ УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ДЕТЕЙ

Пардаева О., 405-группа, медико-педагогического и лечебного
факультета

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

Актуальность. Острый аппендицит является самым распространенным заболеванием, требующим проведения экстренного хирургического вмешательства. Встречаемость острого аппендицита составляет от 3 до 6 на 1000 детей. У детей острый аппендицит развивается быстрее, а деструктивные изменения в отростке, приводящие к аппендикулярному перитониту, возникают значительно чаще, чем у взрослых. Учитывая высокий процент необоснованных аппендэктомий в сомнительных случаях нами в стандарт диагностики острого аппендицита включено ультразвуковое исследование (УЗИ) червеобразного отростка.

Цель исследования. Изучение преимуществ метода УЗИ при диагностике острого аппендицита.

Материал и методы исследования. Нами было изучено 39 детей с подозрением на острый аппендицит (ОА). Дети с острым аппендицитом поступали в стационар с жалобами длительностью до 12 часов - 27,6%, от 12 до 24 часов - 22,4%, от 24 до 48 часов - 21,6% и от 48 часов и более - 28,4% детей. Ультразвуковое исследование проводилось на диагностических аппаратах «SONOSCAPE S22» и «APLIO 500».

Результаты исследования. При остром катаральном аппендиците к прямым эхографическим признакам мы отнесли возможность визуализации изменений аппендикса. Одним из признаков, на который мы обратили внимание, было отчетливое выявление контуров поверхности органа. Этот феномен, по-видимому, может быть объяснен тем, что уже в первые часы развития воспалительного процесса вокруг ЧО происходит отек-набухание, что эхографически создает контраст визуализируемой поверхности ЧО. При локальной компрессии датчиком на область визуализируемого участка мы наблюдали ригидность отростка, что явилось одним из косвенных признаков ОА. Ослабление перистальтики в терминальном отделе тонкой кишки также служило косвенным признаком катаральной формы ОА. Отмечено единичное усиление сосудистого рисунка при ЦДК и ЭД лишь в 4 наблюдениях, и они не всегда регистрировались в первые 6 часов от появления клинических симптомов. Флегмонозный аппендицит характеризовался дальнейшим увеличением диаметра ЧО (до 11 мм) и толщины его стенки до 5 мм. В связи с появлением многослойности стенки ЧО, контраст между слизистой, мышечной слоями и серозной оболочкой усиливался. В полости отростка визуализировалось анэхогенное содержимое. Они особенно выражены при блокаде ЧО копролитами. При компрессии отмечалась выраженная ригидность ЧО. Косвенными признаками этой формы заболевания служили наличие спайки с сальником и/или с петлей тонкой кишки. Выявление скопления жидкости вокруг ЧО - один из важных признаков флегмонозного аппендицита. При ЦДК и ЭД наряду с усилением сосудистого рисунка ЧО выявляется усиленный кровоток в прилегающих петлях кишечника. Характер изменений сосудистого рисунка при флегмонозной форме нарастает в динамике.

Выводы. Полученные данные свидетельствовали о том, что форма ОА зависела от сроков поступления в стационар. В первые 12 часов от начала клинических проявлений заболевания с катаральной формой ОА было 94,1% больных, с флегмонозной - 23,5% пациентов, с гангренозной формой - 5,6% случаев. В последующие 12 часов наблюдалось уменьшение катаральных форм ОА до 5,9%, увеличение деструктивных форм ОА до 38,9%. Также были систематизированы прямые и косвенные эхографические признаки ОА в зависимости от формы течения заболевания и его осложнений. Изучены основные ультразвуковые симптомы острого аппендицита у детей.

Список литературы:

1. Расулова, Х. А., & Азизова, Р. Б. (2014). Естественные нейротропные аутоантитела в сыворотке крови больных, страдающих эпилепсией. Вестник Российской академии медицинских наук, 69(5-6), 111-116.