

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ УЗИ В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА (ОА) У ДЕТЕЙ

Пашкевич Т.В., Кротов А.Ю., Шмаков А.П.

Витебский областной детский клинический центр, Витебск

Введение. Диагностика ОА остаётся одной из наиболее важных проблем в urgentной хирургии детского возраста. Наряду с гипер – нередко встречаются и случаи поздней диагностики, приводящей к большому числу различных осложнений, поэтому для оптимизации выявления ОА и формирования доказательной базы ценным является использование различных методов, особенно, позволяющих визуализировать червеобразный отросток. Одним из таковых является ультразвуковое исследование.

Цель исследования – оценить возможности скринингового ультразвукового обследования в диагностике острого аппендицита при абдоминальном болевом синдроме у детей.

Материал и методы исследования. В 2014 году детям в возрасте от 1 года до 18 лет, обратившимся в приёмный покой с болями в животе, произведено 701 ультразвуковое исследование органов брюшной полости. В работе использован аппарат «Toshiba Aplio XG SSA – 790A» с конвексным 5МГ и линейным 12МГ датчиками.

Результаты и их обсуждение. Аппендикс удалось визуализировать в 576 случаях (82%), и в 495 (86%) из них УЗ- признаков воспаления в отростке не было выявлено, в 81 случае (11,5%) – таковые имелись. УЗ критериями ОА считали: увеличение диаметра, утолщение стенки отростка, наличие в просвете органа жидкости и аппендиколитов, несжимаемость просвета при компрессии, отёк периаппендикулярных тканей, наличие свободной жидкости в брюшной полости, обогащение кровотока в органе при ЦДК. В 11 случаях (1,5%) ультразвуковое исследование, обнаружившее воспалительные изменения в аппендиксе, помогло хирургу в постановке диагноза ОА после предварительно ошибочного его отрицания.

Эхографическая семиотика изменённого червеобразного отростка весьма вариабельна и существенно зависит от характера воспаления [1]. Наибольшие трудности представляет выявление достоверной эхографической семиотики катаральной формы острого аппендицита у детей. Вероятно, это связано с тем, что при катаральном воспалении изменения затрагивают лишь серозную и слизистую оболочки червеобразного отростка, сопровождаясь умеренной гиперемией, некоторым усилением сосудистого рисунка, отёком его слизистой оболочки, что в большинстве случаев не имеет своего отражения в эхографической картине.

Более значимую и достоверную в диагностическом отношении информацию даёт эхографическое исследование при флегмонозной, гангренозной и гангренозно – перфоративной формах ОА.

Флегмонозно изменённый червеобразный отросток эхографически представляет собой не поддающуюся компрессии апериостальтическую, турбулярную или концентрически слоистую структуру.

Наружный диаметр флегмонозно изменённого аппендикса колеблется от 6,5 мм до 11,5 мм и не зависит от возраста пациента.

Во всех случаях удаётся обнаружить значительное утолщение слоёв стенки видимого червеобразного отростка. Достоверных эхографических признаков нарушения целостности слоёв стенки червеобразного отростка у пациентов с этой формой воспаления не выявляется.

Просвет червеобразного отростка расширяется от 3 мм до 6 мм, он заполнен гетерогенным содержимым. В отдельных случаях определяются капролиты в виде структур неправильной формы.

В ряде случаев так же выявляются такие изменения периаппендикулярных структур, как оментит, тифлит, воспалительная трансформация мезентериальных лимфузлов илеоцекального угла.

У большинства детей ОА сопровождается скоплением свободной жидкости в межпетлевых пространствах, правом латеральном канале и в малом тазу.

Наружный диаметр гангренозно изменённого червеобразного отростка находится в пределах от 7 до 12 мм (в отдельных случаях он достигает 22 мм). Одним из основных эхографических критериев этой формы является отсутствие слоистой структуры стенки червеобразного отростка или её фрагмента. Стенка аппендикса выглядит однородной и гипоехогенной, толщина её в среднем 3–3,5 мм.

Просвет червеобразного отростка значительно расширен (4–7 мм), заполнен гетерогенным содержимым с мелкодисперстной взвесью (гнойный компонент с фрагментами фибрина) и каловыми конкрементами в виде гиперэхогенных включений с нечёткой акустической тенью.

У части больных с выраженной воспалительной трансформацией удаётся увидеть место перфорации стенки в виде дефекта контура размерами от 2 мм до 3,5 мм.

Выводы. Скрининговое ультразвуковое обследование брюшной полости при абдоминальном болевом синдроме позволяет увидеть червеобразный отросток, обнаружить наличие в нём воспаления, а в равной мере такие же изменения в других органах. Поэтому, несмотря на отсутствие абсолютно положительного результата (диагностическая ценность около 80%), метод может быть использован в комплексной диагностике ОА.

Литература:

1. Пыков М.И. Клиническое руководство по ультразвуковой диагностике в педиатрии / М.И. Пыков, К.В. Ватолин // Москва: ВИДАР. – 1998. – 371с.