

---

В.А. Катько, Р.П. Варганова, В.М. Черевко, Ю.Г.Дегтярев  
г. Минск, УО «Белорусский государственный медицинский  
университет»

## УЛЬТРАЗВУКОВОЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ДЕТЕЙ

**Введение.** Острый аппендицит является частым заболеванием у детей. Диагностика вызывает затруднения при «атипичных» расположениях червеобразного отростка и может привести к диагностическим ошибкам. Быстрая и точная диагностика необходима для предотвращения перфорации, вызывающей аппендикулярный перитонит.

По нашим данным, на протяжении последних 50-ти лет частота перфоративного аппендицита и операций по поводу аппендикулярного перитонита остается относительно стабильной. Однако удаление аппендикса не совсем безобидная процедура из-за более высокой частоты инфекционных осложнений, формирования спаек, материальных затрат. Повышенная хирургическая агрессивность позволяет снизить частоту перфорации, в то время как сонография повышает точность диагностики и снижает частоту аппендэктомий без увеличения частоты перфораций.

**Результаты и обсуждение.** Ультрасонография в диагностике острого аппендицита, по данным клиники, имеет чувствительность 75–90%, специфичность 86–100%, точность 87–96% (чем опытнее сонолог, тем выше диагностическая точность). Значительным ограничением ультрасонографии является то, что чувствительность при перфоративном аппендиците значительно ниже, чем при неперфоративном. При перфорации аппендикс может быть обнаружен только в 38 – 55% случаев, хотя необходимость оперативного вмешательства в таких случаях будет уже очевидной.

Нормальный аппендикс определяется как маленькая, легко сжимаемая при компрессии, слоистая, подвижная, слепо заканчивающаяся, сосископодобная структура. Диаметр обычно меньше 6 мм, но иногда бывает и больше. Отросток может иметь спавшийся просвет, но также может содержать газ или небольшое количество фекалий и редко маленькое количество жидкости.

Сонографическими признаками острого аппендицита являются: визуализация слепо заканчивающейся тубулярной

структуры в точке максимальной болезненности с максимальным наружным диаметром более 6 мм, которая не поддается компрессии, апериостальна, с гиперемией стенки на начальных стадиях воспаления при цветном доплеровском исследовании, часто содержит каловый камень, а также наличие дополнительных признаков аппендицита (воспаленной экзогенной жировой ткани, окружающей аппендикс, периаппендикулярной жидкости, признаков воспаления слепой кишки, лимфаденопатии).

Принципиальными преимуществами ультрасонографии являются: быстрота исследования, неинвазивность, отсутствие ионизирующей радиации, возможность повторных исследований, способность оценить васкуляризацию, используя цветной доплер.

Если ультразвуковые признаки сомнительны и сонография не может дать точного диагноза или имеется расхождение между клиническим и ультрасонографическим диагнозами, или получены нормальные результаты сонографии у пациентов с острой абдоминальной болью, то в таких случаях используют инвазивный метод исследования — диагностическую лапароскопию.

Ультрасонография также может помочь хирургу в выборе места разреза, если при клинически диагностированном остром аппендиците аппендикс на ультрасонографии он будет обнаружен далеко от точки McBurney.

Разумный подход клиницистов к результатам сонографии в совокупности с результатами клинических критериев Alvarado и других клинических симптомов помогут поставить правильный диагноз и снизить число аппендектомий без увеличения числа перфораций.