

*Савастюк А.Е., Пунинская А.С.*  
**ОСОБЕННОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ  
ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ДЕТЕЙ**

*Научные руководители: ст. преп. Алесина Г.А.,  
Кандратьева О.В.\**

*Кафедра лучевой диагностики и лучевой терапии  
Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

*\*ГУ РНПЦ «Детской хирургии»*

**Актуальность.** По данным Американской коллегии хирургов, частота встречаемости острого аппендицита у детей в возрасте от 0 до 4 лет составляет 1-2 случая на 10 000 детей в год, в возрасте от 10 до 17 лет заболеваемость возрастает до 25 случаев на 10 000 детей в год. По данным Российской ассоциации детских хирургов, распространённость этой патологии в детском возрасте составляет 8%, что делает острый аппендицит одной из наиболее частых хирургических патологий.

**Цель:** изучить возможности применения ультразвукового исследования для диагностики острого аппендицита у детей.

**Материалы и методы.** Изучено 86 историй болезни пациентов, обратившихся в ГУ РНПЦ «Детской хирургии» в августе-сентябре 2021 г. с подозрением на острый аппендицит, которым выполнялось ультразвуковое исследование на УЗИ-аппарате Toshiba Aplio 500 конвексным датчиком с центральной частотой 3,5 МГц. В основе исследования лежал ретроспективный анализ. Статистическая обработка проведена с помощью программ Microsoft Excel и Statistica 10.0.

**Результаты и их обсуждение.** Из 86 пациентов, госпитализированных в стационар, 34 (1-я группа) было выполнено оперативное вмешательство по поводу острого аппендицита, что составило 39%. В 52 (2-я группа) случае (61%) диагноз острого аппендицита не был подтвержден.

Среди оперированных пациентов, у 22 детей диагноз был установлен при ультразвуковом исследовании, что составило 64,7%. У 12 (35,3%) детей по данным УЗИ не удалось визуализировать червеобразный отросток – диагноз был подтвержден интраоперационно.

Во второй группе, в 49 случаях на УЗИ не был установлен диагноз острого аппендицита, однако одному пациенту для окончательной верификации диагноза была выполнена диагностическая лапароскопия. У трёх пациентов на УЗИ диаметр червеобразного отростка превышал средние значения нормы, но после проведения медикаментозной терапии диагноз не был подтверждён.

С целью анализа средних значений диаметра основания червеобразного отростка пациенты были разделены на возрастные подгруппы: 4–9 лет, 10–13 лет, 14–16 лет.

У неоперированных пациентов средний диаметр основания червеобразного отростка составил: 4–9 лет –  $5,8 \pm 1,4$  мм., 10–13 лет –  $6,6 \pm 1,0$  мм., 14–18 лет –  $7,1 \pm 1,2$  мм. У пациентов с подтвержденным острым аппендицитом значения следующие: у детей 4–9 лет –  $9,35 \pm 0,95$  мм., 10–13 лет –  $9,95 \pm 1,55$  мм., 14–18 лет –  $12,5 \pm 1,0$  мм.

Наиболее сложное для диагностики и оперативного лечения – ретроцекальное и ретроперитонеальное расположение червеобразного отростка, которое выявилось в 16% случаев.

**Выводы:**

1. По данным нашего исследования УЗИ является универсальным методом диагностики, с помощью которого в 64,7% случаев был выставлен верный диагноз. Чувствительность метода составила 65%, специфичность – 95%.

2. Превышение средних нормальных значений диаметра основания червеобразного отростка на  $4,1 \pm 1,1$  мм. в каждой возрастной группе позволяет поставить диагноз острый аппендицит, но стоит учитывать, что червеобразный отросток не всегда можно визуализировать на УЗИ ввиду его атипичного расположения.

3. Преимуществами УЗИ являются безболезненность, отсутствие действия ионизирующего излучения и низкая стоимость исследования.