

КОРОТКІ ПОВІДОМЛЕННЯ



УДК 616.346.2–002–073.7

УЛЬТРАЗВУКОВА ДІАГНОСТИКА ГОСТРОГО АПЕНДИЦИТУ

Ю. С. Семенюк, М. Г. Панасюк, С. А. Євкевич, С. А. Бурець, О. А. Домбровський

Рівненська обласна лікарня, Демидівська центральна районна лікарня, Рівненська область

ULTRASOUND DIAGNOSIS OF ACUTE APPENDICITIS

Yu. S. Semenyuk, M. H. Panasyuk, S. A. Yevkevich, S. A. Burets, O. A. Dombrovskiy

Гострий апендицит (ГА) є найпоширенішим хірургічним захворюванням (становить 4–6% в структурі гострих хірургічних захворювань), захворюваність в Україні становить 21,1 на 10 000 населення. Незважаючи на те, що ГА відомий вже понад 100 років і клінічні ознаки захворювання чітко описані, точність клінічної діагностики становить лише 78–92% – у чоловіків і 58–85% – у жінок дітородного віку. Застосування класичних методів діагностики ГА, зокрема, лише клінічних та лабораторних методів, зумовлює високу частоту виконання "невиправданої" апендектомії (10–25% [1], 20–39%, у жінок дітородного віку – 39–55% [2], 15–47%). Це свідчить про необхідність використання чутливих, специфічних і точних інструментальних методів діагностики ГА. З інструментальних методів запропоноване використання рентгенографії органів черевної порожнини (ОЧП), іригоскопії, радіонуклідного дослідження, комп'ютерної томографії (КТ), ультразвукового дослідження (УЗД), лапароскопії.

Рентгенографію ОЧП у теперішній час практично не використовують через відсутність специфічних рентгенологічних ознак захворювання.

Іригоскопія при цьому захворюванні має вищу чутливість, специфічність і точність (ЧСТ) – відповідно 83, 96 і 91,5% [1]. Проте, використання іригоскопії як скринінгового тесту утруднене у зв'язку з необхідністю відповідної підготовки хворого до дослідження, що може стати причиною невиправданої затримки виконання оперативного втручання.

Радіонуклідне дослідження має достатньо високі ЧСТ – відповідно 81–98, 75–85, і 89–90% [1]. Проте, використання цього методу обмежене через радіотоксичність, високу вартість та малодоступність.

КТ, особливо спіральна КТ з контрастуванням, яку сьогодні вважають "золотим стандартом" діагностики ГА у США, має ЧСТ – відповідно 90–100, 91–99 і 94–

98% [1]. Тобто, метод з дуже високою вірогідністю дозволяє встановити діагноз ГА та провести диференціальну діагностику. Проте, в умовах більшості стаціонарів районного та деяких міського рівня використання методу неможливе через відсутність відповідного обладнання. Також використання методу обмежують його висока вартість та променеве навантаження.

Все це підтверджує важливість використання УЗД як скринінгового методу діагностики ГА. УЗД при ГА має високі ЧСТ – відповідно 75–94, 86–100, 87–96% [2]; 87, 74, 82% [3]; 90,9, 79,2, 89,4% [4].

Діагноз ГА встановлюють на підставі аналізу прямих і непрямих ознак. Прямими ультразвуковими ознаками ГА є ті, що виявляють безпосередньо під час візуалізації зміненого червоподібного відростка (ЧВ) (у 64,3% спостережень) [4]. Це, зокрема, збільшення діаметра ЧВ (у 87,6%), потовщення стінки ЧВ (у 88,1%), зміна структури стінки ЧВ (у 67,5%) [4].

До непрямих відносять ті зміни, які визначають в місці передбачуваного розташування зміненого ЧВ (у 35,7% спостережень) [4]. Це потовщення куполу сліпої кишки, збільшення регіонарних лімфатичних вузлів, підвищення ехогенності тканин навколо сліпої кишки та ЧВ, підвищення контрастності структур навколо ЧВ, наявність газу поза просвітом кишки, відсутність, ослаблення або посилення перистальтики у термінальному відділі тонкої кишки, збільшення діаметра дистального відділу клубової кишки, потовщення стінки кишки у ділянці ілеоцекального клапана, наявність пухкого інфільтрату в ділянці купола сліпої кишки, наявність анехогенного вмісту в петлях тонкої кишки, вільної рідини у правій клубовій ділянці та порожнині малого таза, болочість в проекції передбачуваного розташування ЧВ під час огляду [3].

Наводимо спостереження успішної діагностики (з використанням УЗД) та лікування ГА, що за клінічними ознаками симулював гострий холецистит.

Пацієнт Г., 18 років, 23.09.11 госпіталізований у Демидівську центральну районну лікарню зі скаргами на постійний, сильний, ниючий біль у правому підребер'ї, що посилювався під час нахилів та повертання тулуба; постійну нудоту, що не супроводжувалась блюванням; підвищення температури тіла до 38°C; гіркоту та сухість у роті; помірну загальну слабкість. Захворів близько 2 діб тому, виник раптово переймоподібний біль, пізніше з'явилися вказані ознаки. Пацієнт ні з чим не пов'язує виникнення захворювання. Стан хворого нетяжкий. Свідомість ясна. Шкіра та видимі слизові оболонки бліді, помірно вологі. Пульс 92 за 1 хв. АТ 120/70 мм рт. ст. Тони серця чисті, звучні, діяльність серця ритмічна. За даними аускультатії над легеньми везикулярне дихання. Язик сухий, помірно обкладений білим нашаруванням. Живіт обмежено бере участь у диханні, м'який, болючий, напружений у правій підреберній ділянці. Позитивні симптоми Мерфі, Кера, Ортнера та подразнення очеревини (Щоткіна — Блюмберга, Роздольського). Печінкова тупість збережена. Перистальтика кишечника не змінена. Симптом Пастернацького негативний з обох боків. Випорожнення немає. Сечовипускання вільне, безболісне. Попередній діагноз: гострий холецистит. Аналіз крові: ер. $3,96 \times 10^{12}$ в 1 л, Нв 112 г/л, кольоровий показник 0,9, л. $18,0 \times 10^9$ в 1 л, ШОЕ 16 мм/год, білірубін загальний 15 мкмоль/л, сечовина 5,9 мкмоль/л, креатинін 66,9 мкмоль/л, холестерин 2,8 мг/л, загальний білок 80 г/л, глюкоза 3,8 г/л. Аналіз сечі: відносна густина 1,016, рН слабо кисла, білок та цукор не виявлені. ЕКГ без патологічних змін. УЗД ОЧП: у підпечінковому заглибленні дещо латеральніше стінки жовчного міхура (ЖМ) візуалізується фрагмент ЧВ довжиною до 35 мм, потовщений до 14 мм з гіпоехогенним неоднорідним вмістом. Стінка ЧВ потовщена до 3 мм, гіпоехогенна, від просвіту чітко не диференціюється. Під час поліпозиційного сканування фрагмент ЧВ візуалізується ще латеральніше, товщиною 9–10 мм. Ближче до дна контур стінки не візуалізується, внутрішній вміст з'єднується з рідиною, розташованою за межами ЧВ, розмірами 13 × 8 мм. ЧВ оточують печінка, великий сальник, товста та тонка кишка з ознаками запалення. ЖМ відмежований від ЧВ великим сальником товщиною до 5 мм. Висновок. Деструктивний ГА з атипичним (підпечінковим) розташуванням ЧВ.

Виконане оперативне втручання з використанням верхнього параректального розрізу справа довжиною до 12 см, розкрито черевну порожнину. Купол сліпої кишки розташований у підпечінковому заглибленні. ЧВ (гангренозно—змінений) розташований у пухкому інфільтраті безпосередньо біля ЖМ (на стінці ЖМ помірна ін'єкція судин). Здійснено ретроградну апендектомію. На верхівці ЧВ розкритий абсцес з гнійним вмістом (об'ємом до 5 мл), з колибацилярним запахом. Осушено черевну порожнину по правому бічному каналу та порожнину малого таза. Підпечінкове заглиблення, правий бічний канал та порожнина малого таза дреновані через контрапертури трубчасто—гумовими випускниками. Операційна рана зашита пошарово. Перебіг післяопераційного періоду без ускладнень.

ВИСНОВКИ

1. УЗД необхідно включати у діагностичну програму в усіх пацієнтів при припущенні про наявність ГА для проведення диференційної діагностики захворювань, що можуть мати подібні клінічні прояви.

2. УЗД як найдоступніший метод візуалізації ЧВ слід використовувати під час вибору операційного доступу, або типового (Волковича — Дьяконова — Мак — Бурнея), або альтернативного (Ленандера, Шпренгеля тощо).

3. За допомогою УЗД можна визначити локалізацію вільної рідини та обмежених патологічних вогнищ у черевній порожнині та, відповідно, спосіб і характер (пасивне проточно—промивне, активне) її дронування.

ЛІТЕРАТУРА

1. Шулуток А. М. Инструментальная диагностика острого аппендицита / А. М. Шулуток, Ф. Н. Насиров, А. Г. Натрошвили // Рус. мед. журн. — 2002. — № 1. — С. 51 — 54.
2. Гасимаев В. К. Ультразвуковая диагностика острого аппендицита и его осложнений / В. К. Гасимаев, Т. В. Шемякова // Хирургия. — 1992. — № 2. — С. 57 — 61.
3. Кондратенко П. Г. Ультразвукове дослідження в діагностиці гострого апендициту / П. Г. Кондратенко, М. В. Конькова // Шпитал. хірургія. — 2006. — № 3. — С. 83 — 85.
4. Конькова М. В. Діагностична та інтервенційна сонографія у невідкладній абдомінальній хірургії: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: спец. 14.01.23 — променева діагностика, променева терапія / М. В. Конькова; Донець, нац. мед. ун-т. — Донецьк, 2007. — 40 с.

