

*«Информационные технологии и компьютерные системы для медицины»,  
Маврикий, 17-24 февраля 2014 г.*

*Медицинские науки*

**УЗИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА ПРИ  
АТИПИЧНОМ РАСПОЛОЖЕНИИ  
ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА**

Османов А.О., Магомедова С.М.

*Республиканская клиническая больница № 2,  
Махачкала, e-mail: saadat\_leon@mail.ru*

В статье отражены диагностические возможности ультразвукового исследования у больных с клиникой аппендицита при атипичном расположении червеобразного отростка.

Ключевые слова: аппендицит, ультразвуковое исследование, диагностика.

Острый аппендицит наиболее распространённое острое хирургическое заболевание. При типичной картине острого аппендицита внимательное исследование пациента почти всегда позволяет без затруднений поставить правильный диагноз. Сомнения могут возникнуть, когда проявления заболевания выражены слабо, что часто наблюдается в пожилом и старческом возрасте, у беременных, а также при атипичных формах острого аппендицита [1, 2]. Использование в интенсивной диагностике острой хирургической патологии органов брюшной полости неинвазивных методов имеет ряд преимуществ [3, 4]. С целью уточнения диагностических возможностей ультразвукового исследования у пациентов с подозрением на острый аппендицит нами проведён анализ клинических данных и данных комплексного обследования больных с аппендицитом, поступивших в клинику за два года.

**Материал и методы исследования.** За 2 года в клинику РБ№ 2 поступило 2400 больных с острым и хроническим аппендицитом, из них 377 (15,7%) пациентов были со слабо выраженными проявлениями заболевания. Атипичные локализации червеобразного отростка имелись у 98 (4,08%), пожилой и старческий возраст – 77 (3,2%) больных. Больные со слабо и недостаточно ясно выраженными проявлениями аппендицита (377 человек) были разделены на 2 группы. Первая группа составила 258 больных, которым в комплексном обследовании не применялось УЗИ (контрольная группа) и основная группа (119 пациентов), которым проводилась эхосонография органов брюшной полости. Ультразвуковые исследования выполнялись на эхотомоскопах «SONOLINE G 50» фирмы SIEMENS, «АЛОКА», «LOGIC» с набором конвексных датчиков 2,0 – 5,0 МГц. В поперечном сечении воспалённый червеобразный отросток напоминал «фигуру мишени» диаметром более 1 см, при продольном сканировании – тубулярную структуру. В 8 (6,7%) случаях тубулярная

структура спускалась от илеоцекального угла по передней поверхности поясничной мышцы в малый таз. Из них у 4 (3,4%) пациенток отросток тесно прилегал к боковой стенке мочевого пузыря, и отмечалось изолированное утолщение участка его стенки, а у 3 (2,5%) пациенток определялась жидкость в позадиатомном пространстве. У 17 (14,3%) пациентов, поступивших в клинику с нелокализованными болями в правой половине живота при УЗИ органов брюшной полости «симптом мишени» в правом подреберье визуализировался у 4 (3,4%) больных. Локализация ригидной тубулярной структуры с трехлопастным сечением и слепым концом и выпот в правом подреберье, сопутствующее утолщение стенки желчного пузыря при отсутствии явных признаков его воспаления, высокая паретичность и пневматизация печёночной кривизны ободочной кишки служила основанием для УЗ диагностики подпеченочного аппендицита. Около срединной линии живота симптом «мишени» визуализировался у 13 (10,9%), при этом обращали на себя внимание паретичность и скопление газа и жидкости в петлях кишечника, что значительно затрудняло УЗИ диагностику. А в 5 (4,2%) случаях в забрюшинном пространстве справа визуализировалось гипоехогенное образование с гиперэхогенным ободком вокруг от 3 до 5 см в диаметре. У 14 (11,8%) больных при УЗИ обнаружено увеличение диаметра петель тонкой кишки в правой половине брюшной полости, снижение их перистальтической активности, утолщение стенки кишки, у 10 (8,4%) пациентов были увеличены регионарные лимфатические узлы, у 8 (6,7%) обнаружено анэхогенное жидкостное содержимое в петлях тонкой кишки, а в 7 (5,9%) случаях имелся выпот в правой подвздошной области, утолщение стенок купола слепой кишки.

**Результаты и обсуждение.** В контрольной группе больных диагноз «острый аппендицит» подтверждён у 193 (74,8%) пациентов, изменение в отростке при отсутствии другой конкурирующей острой хирургической патологии органов брюшной полости, не найдены у 16 (6,2%) больных, а в 25 (9,7%) случаях имелась генитальная патология. Следовательно, клинико-лабораторные данные при слабо выраженных проявлениях острого аппендицита позволяют выставить точный диагноз в 74,8% случаях. В основной группе больных диагноз «острый аппендицит» подтверждён у 96 (80,7%) пациентов. Случаев выполнения оперативных вмешательств по поводу неизменённого червео-

бразного отростка не были. Конкурирующая острая хирургическая патология органов брюшной полости УЗ исследованием была выявлена у 6 (5,0%) больных. Чувствительность УЗИ в диагностике аппендицита составила 80,7%, специфичность – 84,6%, точность – 79,3%.

Таким образом, использование УЗИ при атипично расположенном червеобразном отростке способствует ранней диагностике деструктивного аппендицита, выбору оптимального хирургического доступа, что позволяет снизить процент задержки экстренной операции и послеоперационных гнойно – септических осложнений. Однако следует отметить, что УЗИ не может решить всех проблем диагностики острого аппендицита и его осложнений. Нужно помнить и о том, что, как и при других методах исследования, при УЗИ можно получить как ложноположительные, так и ложноотрицательные данные. Только тщательная оценка всей совокупности данных анамнеза, физикального обследования, лабораторных данных, порой результатов нескольких инструментальных исследова-

ований выполненных неоднократно, позволяет прийти к правильному диагнозу.

Выводы.

1. Использование УЗИ в диагностике аппендицита изменяет лечебную тактику больных и приводит к уменьшению числа неоправданных лапаротомий и диагностических лапароскопий.

2. При ультразвуковой диагностике острого аппендицита следует использовать стратегию поиска исходя из частоты расположения аппендикса.

#### Список литературы

1. Гринберг А.А., Михайлулов С.В., Тронин Р.Ю., Дроздов Г.Э. Диагностика трудных случаев острого аппендицита. – М.: Изд-во «Триада-Х», 1998. – С. 91-95.
2. Кригер А.Г., Фёдоров А.Ф., Воскресенский П.К. и др. Острый аппендицит. – М.: Медпрактика, 2002. – С. 73 -80.
3. Кузнецов Н.А., Аронов Л.С., Харитонов С.В. Ультразвуковой метод исследования в диагностике острого аппендицита // *Анналы хирургии*. 2002. № 6. С. 50-54.
4. Нестеренко Ю. А., Гринберг А.А. и др. Ультразвуковая диагностика острого аппендицита // *Хирургия*. 1994. № 7. С. 26-29.

### «Качество жизни больных с различными нозологическими формами», Маврикий, 17-24 февраля 2014 г.

#### Медицинские науки

#### АГРЕГАЦИЯ НЕЙТРОФИЛЬНЫХ ЛЕЙКОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С ДИСЛИПИДЕМИЕЙ НА ФОНЕ ФЛУВАСТАТИНА

Скорятина И.А., Медведев И.Н.

*Курский институт социального образования,  
филиал Российского государственного социального  
университета, Курск, e-mail: ilmedv1@yandex.ru*

Цель работы – установить агрегационную способность нейтрофилов у больных артериальной гипертонией (АГ) с дислипидемией (Д) на фоне флувастатина.

Под наблюдением находились 32 больных АГ 1-2 степени с Д типа, риск 3, среднего возраста, получавших флувастатин 40 мг на ночь. Группу контроля составили 26 здоровых людей аналогичного возраста. Оценивался липидный состав, антиоксидантная защита и перекисное окисление плазмы и нейтрофилов и агрегационная активность последних.

Терапия лфлувастатином снизила у больных выраженность Д, повысив антиоксидантную активность и снижение ацилгидроперекисей и тиобарбитуровая кислота – продуктов плазмы до  $30,0 \pm 0,04\%$ ,  $2,56 \pm 0,05 D_{233}/1 \text{ мл}$  и  $3,92 \pm 0,03 \text{ мкмоль/л}$ , соответственно.

У больных на фоне приема флувастатина выявлена положительная динамика липидного состава нейтрофилов со снижением в них градиента холестерина/общие фосфолипиды по сравнению в исходом на 31,2%.

Уже через 4 нед. терапии найдено ослабление на 3,3% агрегации нейтрофилов с лектином при понижении агрегации с конканавалином А на 1,0% и фитогемагглютинином на 1,6%. Контроль агрегационной способности нейтрофилов в 16 нед. терапии выявил дальнейшее ослабление агрегации этих клеток со всеми испытанными индукторами (с лектином на 8,9%, с конканавалином А на 2,6% и фитогемагглютинином на 6,4%). Оценка выраженности процесса агрегации нейтрофилов у пациентов, 52 нед. получавших флувастатин, позволила зарегистрировать дополнительное достоверное снижение данного процесса (с лектином на 7,5%, с конканавалином А на 3,7%, с фитогемагглютинином на 4,6%), однако так и не позволившее достичь уровня аналогичных показателей в контроле.

Таким образом, применение 52 нед. флувастатина у больных АГ с Д приближает к контролю биохимические показатели и агрегацию нейтрофилов.