

*Аверин В.И., Дегтярев Ю.Г. Хомич В.М.,
Черевко В.М., Рустамов В.М.*

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
Минск, Республика Беларусь*

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДОЗИРОВАННОЙ ГИДРОСТАТИЧЕСКОЙ ИРРИГОСКОПИИ ПРИ ОСТРЫХ БОЛЯХ В ЖИВОТЕ У ДЕТЕЙ

АКТУАЛЬНОСТЬ. Один из методов диагностики острого аппендицита (ОА) является рентгенологическое исследование толстой кишки. Сочетание незаполнения аппендикса бариевой взвесью при дозированной гидростатической ирригоскопии (ДГИ) с симптомами воспаления слепой кишки (СК) считается высоко достоверным признаком ОА. Рентгенологическим симптомом воспаления СК является симптом вогнутости внутреннего ее контура, что обусловлено сокращением гладкомышечных волокон стенки кишки в ответ на расположенный рядом воспалительный очаг. В некоторых случаях резкий спазм гладкомышечных волокон СК обуславливает укорочение купола последней относительно возрастных нормативов.

Данные симптомы не являются строго специфичными и выявляются при воспалительных процессах в брюшной полости любой этиологии: дивертикулите, воспаленной кисте яичника, энтероколите и пр.

ЦЕЛЬ. Изучить возможности ДГИ в диагностике ОА у детей.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. За период с 2007 по 2013 годы в Центре детской хирургии г. Минск ДГИ с целью диагностики ОА произведена 312 больным в возрасте от 1 до 17 лет. Девочек было 186 (59,6%), мальчиков – 126 (40,4%). Показанием к рентгенологическому обследованию служила невозможность исключить ОА на основании известных клинических симптомов. При этом время наблюдения больных в стационаре было 10 и более часов, а давность заболевания была более суток.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЯ. На основании полученных рентгенологических данных больные были разделены на 3 группы. Оценивая эффективность бариевой клизмы в диагностике острого аппендицита учитывались как положительные, так и отрицательные ее стороны. Наличие 2 (0,7%) ложноотрицательных и 3 (1,1 %) ложноположительных из 268 утвердительных заключений (первая и вторая группы больных) свидетельствовали о большой диагностической ценности этого метода. Наиболее достоверными симптомами ОА при ДГИ явились незаполнение отростка барием в сочетании с вогнутостью внутреннего контура СК или укорочением высоты ее купола и

сужение сегментов тонкой и толстой кишки. Ориентация некоторых авторов только на заполняемость аппендикса барием по нашему мнению уменьшает диагностическую ценность данного метода.

К отрицательным характеристикам метода можно отнести лучевую нагрузку и опасность проникновения бария в брюшную полость. Однако, введение значительного объема бария без включения аппарата, четкая программа исследования, а также экранирование зоны “интереса” делают этот метод менее опасным. В доступной литературе мы не нашли описания случаев проникновения значительного количества бария в свободную брюшную полость во время ирригоскопии.

Считаем, что единственным противопоказанием к использованию данного метода с целью диагностики острого аппендицита является наличие у больного признаков перитонита.

Ретроспективный рентгенометрический анализ рентгенограмм показал, что у 44% больных первой группы и 50% больных третьей группы боли в животе были обусловлены патологией толстой кишки. Застой каловых масс в толстой кишке вызывал развитие энтероколита и появление болей в животе, симулирующих острый аппендицит. Полученные сведения могут быть использованы при дифференциальной диагностике ОА и обосновании целесообразного назначения больным с предполагаемым диагнозом ОА очистительной клизмы и спазмолитиков.

ВЫВОДЫ.

1. ДГИ является высоко информативным методом диагностики ОА.
2. Рентгенологическим признаком ОА является сочетание незаполнения отростка (или неглубокое до 2,5 см заполнение) бариевой взвесью с симптомами воспаления СК (вогнутость внутреннего контура, укорочение купола СК).
3. Функциональный мегаколон, осложненный колитом или синдромом раздраженной толстой кишки может симулировать ОА.