



---

## **ОСОБЕННОСТИ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ ОСТРЫХ АБДОМИНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА**

**Шихов Ёрбек Оллазарович**

старший преподаватель кафедры медицинской радиологии №1

Ташкентский государственный медицинский университет,

Ташкент, Республика Узбекистан.

E-mail: [shixov01041988@gmail.com](mailto:shixov01041988@gmail.com)

ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-4597-6963>

**Исмоилова Муножат Хаятовна**

кандидат медицинских наук, доцент, заведующая кафедрой медицинской радиологии №1 Ташкентский государственный медицинский университет,

Ташкент, Республика Узбекистан.

E-mail: [munojar.rad@gmail.com](mailto:munojar.rad@gmail.com)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8896-1364>

### **Введение**

Острые хирургические заболевания органов брюшной полости (ОХЗОБП) у детей раннего возраста являются одной из наиболее сложных диагностических проблем в педиатрической практике. Особенности анатомии и физиологии детского организма, быстрое развитие воспалительных и ишемических процессов, а также неспецифичность клинических проявлений требуют высокой точности инструментальной диагностики. Среди методов визуализации ведущую роль играют ультразвуковое исследование (УЗИ), обзорная рентгенография и компьютерная томография (КТ), позволяющие своевременно выявить характер и локализацию патологического процесса[5]. По данным клинических наблюдений и радиологических исследований, наибольшая частота встречаемости среди ОХЗОБП у детей раннего возраста отмечается при инвагинации кишечника (до 35–40%), остром аппендиците (25–30%), дивертикулите Меккеля (10–12%) и острой кишечной непроходимости различного генеза (15–20%). Каждый из этих патологических



## International Conference on Educational Discoveries and Humanities

Hosted online from Moscow, Russia

Website: [econfseries.com](http://econfseries.com)

16<sup>th</sup> November, 2025

процессов имеет характерную лучевую семиотику, определяемую типом и стадией заболевания, а также применяемым методом визуализации[2].

**Инвагинация кишечника** является одной из наиболее частых причин острой кишечной непроходимости у грудных детей. На УЗИ выявляется характерный симптом «мишени» или «псевдопочки» при поперечном сканировании, что отражает слоистое строение инвагината. Допплерографическое исследование позволяет оценить степень нарушения кровотока. На обзорной рентгенограмме определяются уровни жидкости и газ в кишечных петлях, а при КТ — конгломерат с концентрическими кольцами и признаками ишемии[1].

**Острый аппендицит** в раннем возрасте встречается реже, чем у детей старших возрастных групп, однако отличается быстрым прогрессированием и высоким риском перфорации. УЗИ является методом выбора: визуализируется увеличенный, утолщённый червеобразный отросток (диаметром более 6 мм), отсутствие перистальтики, гиперэхогенность окружающих тканей и наличие выпота. На рентгенограмме возможны косвенные признаки — парез кишечных петель, уровни жидкости. КТ используется при сомнительных случаях и позволяет точно определить воспалительный очаг, перфорацию или абсцесс[3].

**Дивертикулит Меккеля** представляет собой воспаление врождённого остатка желточного протока, что нередко имитирует клинику аппендицита. УЗИ может выявить мешковидное утолщение стенки тонкой кишки с гиперэхогенным содержимым. При КТ определяется мешковидное выпячивание, утолщение стенки, перифокальный инфильтрат и локальный серозный выпот. Рентгенография менее информативна, но может показать признаки частичной непроходимости[2].

**Острая кишечная непроходимость** характеризуется расширением петель, отсутствием перистальтики и накоплением жидкости и газа. На обзорной рентгенограмме — множественные уровни жидкости и воздушные пузыри, «чаши Клойбера». УЗИ демонстрирует расширенные петли кишечника с гипоехогенным содержимым и отсутствием перистальтики. КТ позволяет



## International Conference on Educational Discoveries and Humanities

Hosted online from Moscow, Russia

Website: econfseries.com

16<sup>th</sup> November, 2025

определить уровень и причину непроходимости (инвагинация, заворот, спайки), а также выявить осложнения — ишемию, некроз, перфорацию[4]. Сравнительный анализ показывает, что УЗИ обладает наибольшей чувствительностью и специфичностью (до 90–95%) при инвагинации и аппендиците, в то время как КТ наиболее информативна при сложных и атипичных случаях, а обзорная рентгенография сохраняет значение как метод первичного скрининга. Оптимальная тактика заключается в последовательном применении методов: УЗИ → рентгенография → КТ, что обеспечивает быстрое и точное установление диагноза при минимальной лучевой нагрузке[5].

### Вывод

Таким образом, лучевая диагностика играет ключевую роль в распознавании и дифференциальной диагностике основных острых хирургических заболеваний органов брюшной полости у детей раннего возраста. Современные ультразвуковые технологии, низкодозные КТ-протоколы и применение принципов радиационной безопасности позволяют значительно повысить эффективность диагностики и улучшить исходы лечения данной категории пациентов.

### Список литературы

1. Кравченко С.А., Пушкарёв В.А. Лучевая диагностика в детской хирургии. — Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022.
2. Подольский В.В. Ультразвуковая семиотика острых заболеваний органов брюшной фполости у детей. — Санкт-Петербург: СпецЛит, 2021.
3. European Society of Paediatric Radiology (ESPR). Imaging Guidelines for Acute Abdominal Conditions in Infants and Children. — Brussels, 2023.
4. Daneman A., Navarro O. Intussusception Part 2: An Update on the Evolution of Management. — Pediatric Radiology, 2023.
5. American College of Radiology (ACR). Appropriateness Criteria: Acute Abdominal Pain in Children. — 2024.