

^{1,2}Г.Ж. Жатканбаева, ^{1,2}М.М. Сахипов, ³М.Е. Базек, ¹Ж.А. Утебаева,
²Г.А. Джамаева, ²Ж.Р. Жаналиева, ²С.М. Оспангалиева, ²Р.А. Кадырова
¹Казахстанско-Российский медицинский университет,
²Городская клиническая больница №7,
³Центральная городская клиническая больница, г. Алматы, Казахстан

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

*«Об остром аппендиците так много сказано и написано, что делается неловко
когда пытаешься занять внимание этим вопросом»*

С.И. Спасокукоцкий

В данной статье освещены современные вопросы диагностики и лечения острого аппендицита беременных, трудности диагностики данной патологии в первом, втором и третьем триместре беременности, ведение пациенток в послеоперационном периоде, пролонгирование беременности и рассмотрены вопросы родоразрешения после перенесенной аппендэктомии.

Трудности диагностики острого аппендицита при беременности связаны с нарушением микроциркуляции, застоя в червеобразном отростке из-за растяжения передней брюшной стенки и давлением увеличенной матки на стенки кишечника. По результатам нашего исследования у 76,9% (60) пациенток первичными жалобами пациенток были боли внизу живота, слабость, тошнота, рвота при обращении к участковому врачу гинекологу. Состояние было расценено, как угроза прерывания беременности и ранний токсикоз. Для подтверждения острого аппендицита беременные направлены в стационар. С увеличением срока беременности диагностика острого аппендицита затруднена.

Ключевые слова: острый аппендицит, беременность, диагностика, лечение, родоразрешение

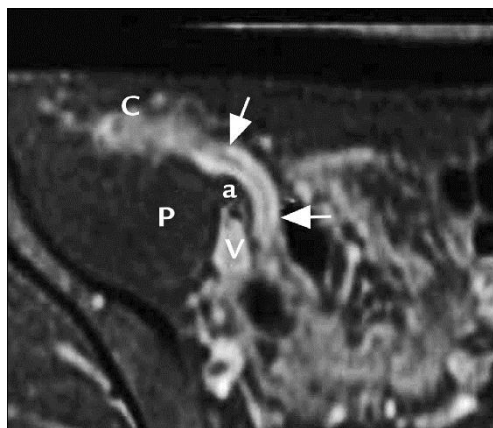
Введение

При беременности могут встречаться различные осложнения хирургического профиля. Хирургические заболевания, такие как острый аппендицит по данным различных авторов встречается от 0,75–0,18%. В ранних сроках (до 12 недель беременности) эта патология варьирует в пределах 19–32% в связи со смещением аппендикса выше точки McBurney, во втором триместре до 44–66% беременности, и значительно ниже в третьем триместре до 15–16% (в поздние сроки беременности у 93% женщин червеобразный отросток обнаруживается выше гребня подвздошной кости), в послеродовом периоде довольно редко до 6–8% и практически нет описания острого аппендицита (ОА) в родах [1,2]. Установлено, что оптимальным в 94% случаях хирургическим доступом во всех триместрах беременности является разрез по McBurney (Волковичу-Дьяконову). Трудности диагностики ОА при беременности связаны с нарушением микроциркуляции, застоя в червеобразном отростке из-за растяжения передней брюшной стенки и давлением увеличенной матки на стенки кишечника. Одной из важных причин перинатальной и материнской смертности является хирургическая патология. В современной литературе имеются данные о частоте летальности от ОА в зависимости от срока беременности (0,3–30%).

Современная классификация ОА – это катаральный (простой, поверхностный), флегмонозный, эмпиема червеобразного отростка, гангренозный. По своей сути все эти формы являются различными стадиями развития единого воспалительного процесса. Осложнениями ОА могут быть перфорация аппендикса, инфильтрат, абсцесс, перитонит и забрюшинная флегмона. После аппендэктомии риск развития послеоперационных пневмоний увеличивается в 4 раза и риск развития различных послеоперационных гнойно-инфекционных осложнений в 8 раз. [3].

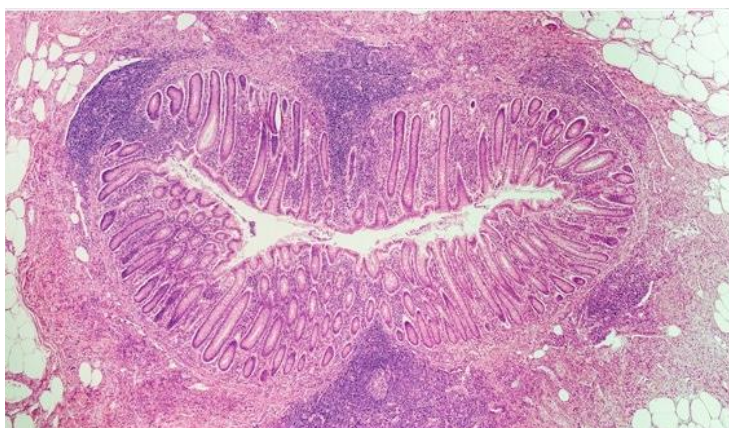
В доступных источниках описано более 100 симптомов острого аппендицита, причём ни один из них не является основным при беременности, то же самое можно сказать о лейкоцитозе в крови (при нормально протекающей беременности умеренный лейкоцитоз может быть вариантом нормы). У беременных ОА сопровождается маловыраженным болевым синдромом, незначительной тошнотой, однократной рвотой, болями внизу живота, которые могут быть характерными для прерывания беременности в ранние и поздние сроки; перемещением боли (симптомы Кохера-Волковича, Кюммеля). При беременности локализация болей во второй половине беременности определяется выше типичной проекции и усиление в положении на правом боку (симптом Тараненко-Богдановой), дефанс передней брюшной стенки выражен слабо, особенно при поздних сроках беременности (растяжение передней брюшной стенки и локализация аппендикса позади увеличенной матки) [4].

В диагностике ОА у беременных применимы все современные методы клинико-лабораторного исследования. Диагностические ошибки во время беременности составляют 11,9–44,0%, в равной степени наблюдается гипо- и гипердиагностика, соответственно 25,0% и 31,0%. Для верификации диагноза ОА беременных большее значение приобретают инструментальные методы обследования. Среди них наиболее значимым является УЗ-исследование, МРТ и видеолaparоскопия [5,6]. По данным УЗ-исследования его чувствительность колеблется 20–46,1%, а специфичность – от 95,4–100% (рисунок 1). Гистологическое исследование является окончательной стадией верификации диагноза (рисунок 2).



унок 1 - Острый гнойный аппендицит (утолщение и воспаление указано стрелками)

<http://emedicine.medscape.com/article/363818-overview#a21>.



сунок 2 - Поперечное сечение червеобразного отростка при остром аппендиците.

Image Copyright: David Litman / Shutterstock

При подтверждении диагноза ОА необходимо оперативное лечение. Лапароскопический доступ не может быть основным при аппендэктомии у беременных (в сроках больше 20 недель беременности). В каждом конкретном случае нужно выбирать приемлемый способ хирургического лечения – лапоротомия или лапароскопическая аппендэктомия(рисунки 3,4) [7-12]. Необходимо учитывать влияние вида оперативного вмешательства на состояние пациентки, влияния на плод и течение беременности. При проведении лапароскопической аппендэктомии риск гибели плода на 5,1% больше, чем при лапоротомии.



Рисунок 3 - Разрез по McBurney (Волковичу-Дьяконову)

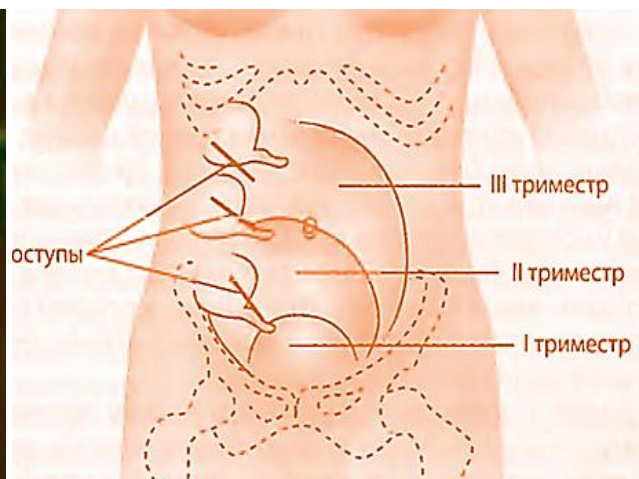


Рисунок 4 - Операционные доступы

Риск ранения беременной матки при введении лапароскопических инструментов выше и в таких случаях рекомендуют проводить открытую лапароскопию по Хассону. Карбоксиперитонеум может отрицательно влиять на беременность (гиперкапния) и вызывать нарушение маточного кровотока, а также тахикардию, гипертензию и ацидоз у беременной. При проведении эндовидеохирургической аппендэктомии используют многокомпонентную сбалансированную анестезию с искусственной вентиляцией легких эндотрахеальным путем. Карбоксиперитонеум поддерживают на уровне 10-12 мм рт. ст. До начала проведения операции всем беременным проводят УЗИ-исследование плода, которую выполняли и после оперативного вмешательства.

Оперативное вмешательство при беременности в 17% случаев провоцирует развитие угрозы прерывания беременности на всех этапах, преждевременные роды и высокую перинатальную смертность [13-18]. В числе хирургических серьезных осложнений выделяют перфорацию червеобразного отростка, септический шок и кишечную непроходимость. Летальность при неосложненном аппендиците не наблюдается, в то время как при перфорации и перитоните она равна до 16,7%. Одним словом, чем раньше диагностика ОА, тем лучше прогноз.

Цель исследования

Определить алгоритм диагностики и лечения ОА беременных.

Материал и методы исследования

Проведён ретроспективный анализ истории болезни 78 пациенток, госпитализированных в ГКБ №7 за период 2017- 2019 год с диагнозом острый аппендицит. Для верификации диагноза ОА всем пациенткам проведено стандартное клинико-лабораторное обследование.

Полученные результаты и их обсуждение

Госпитализированные пациентки были в разном репродуктивном возрасте и с различными сроками беременности. Средний возраст беременных составил $28 \pm 2,8$ лет.

По результатам нашего исследования 76,9% (60) пациенток первичными жалобами пациенток были боли внизу живота, слабость, тошнота, рвота при обращении к участковому врачу гинекологу. Состояние было расценено, как угроза прерывания беременности и ранний токсикоз. Для подтверждения ОА беременные направлены в стационар. Трудности в диагностике и дифференциальном диагнозе возрастали соответственно сроку беременности. Следует отметить, что такие общераспространенные симптомы, как повышенная температура тела, тошнота и рвота при беременности могут расцениваться как патология, связанная с беременностью первого и второго триместра беременности. Однако, в третьем триместре беременности диагностика ОА становится наиболее сложной. У пациенток в первом триместре беременности у 57,7% (45) случаев клиническая симптоматика была представлена жалобами на боли в правой подвздошной области. Во втором триместре у 35,8% (28) и у 6,5% (5) пациенток третьего триместра наиболее частыми симптомами были боли в правой мезогастральной области. В послеродовом периоде у 4 пациенток диагностика ОА не представляла трудностей, но проводилась дифференциальная диагностика с гнойно-септическими заболеваниями (послеродовая язва, метроэндометриит, субинволюция матки, лохио-гематометра и др.)

В 34,6% (27) случаях диагноз ОА был подтвержден данными общеклинического обследования в условиях стационара. В первые 6-12 часов от момента заболевания поступило 71,8% (56) пациенток и 28,2% (22) с досрочной госпитализацией. Каждая третья беременная была прооперирована более чем через 24 часа от начала заболевания.

Диагноз ОА был выставлен после клинико-лабораторного и инструментального обследования. Всем пациенткам проведено УЗ-исследование, а также МРТ органов малого таза и исключена другая хирургическая патология (холецистит, панкреатит) брюшной полости, острая гинекологическая патология (перекрут кисты яичника, угрожающий и неполный аборт). В отдельных случаях для диагностики ОА произведена лапароскопия. Симбиоз диагностических параметров при наличии лейкоцитоза, частого пульса, тахикардии на фоне нормальной температуры тела, который свидетельствовал о тяжелом деструктивном ОА в 5,1% (4). В тоже время, для катарального аппендицита не всегда был характерен лейкоцитоз в 34,6% (27). Однако, для флегмонозного аппендицита лейкоцитоз явился характерным диагностическим признаком в 60,3% (47).

Симптомы Кохера, Ситковского, Бартомье-Михельсона были положительными во всех сроках беременности и всем пациенткам проведена аппендэктомия хирургическим доступом по McBurney (Волковичу-Дьяконову) и лапароскопическим доступом, 84,6% (66) и 15,4% (12), соответственно.

В третьем триместре беременности при оперативном лечении предпочтение было отдано параректальному разрезу для лучшего осмотра аппендикса, дугласова пространства, задней поверхности матки и для исключения абсцесса брюшной полости. Дренирование брюшной полости через контрапертурный разрез проведено в 7,6% (6) случаях. Релапаротомии – 2,6% (2)

У 92,2% (72) пациенток послеоперационная рана ушита наглухо. В послеоперационном периоде назначались антибиотики широкого спектра действия с учетом чувствительности и эмбриотоксического влияния на плод. Дополнительно проводилась дезинтоксикационная и общеукрепляющая терапия. У всех пациентов отмечалось заживление раны первичным натяжением. По поводу угрожающего прерывания беременности и развитии клиники угрозы преждевременных родов в 87,2% (68) случаях назначена сохраняющая терапия. Пациентки, перенесшие аппендэктомию при беременности были родоразрешены самостоятельно в 92,3% (72) случаях и в 7,7% (6) по поводу различной акушерской патологии родоразрешены путем операции кесарева сечения.

Выводы

Как правило, ОА наиболее часто встречается в первом триместре беременности. Трудности диагностики заключаются в стертой клинике данной хирургической патологии при беременности. Однако, следует заметить, что положительные симптомы раздражения брюшины характерны для всех триместров беременности. Клинико-лабораторные (определение прокальцитонина, С-реактивного белка, Д-Димера, КЩС, лактата сыворотки и др.) и инструментальные методы исследования (УЗ-исследование, МРТ и лапароскопическая диагностика) имеют большое диагностическое и прогностическое значение.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Хацко В.В., Греджев Ф.А., Пархоменко А.В., Потапов В.В. Острый аппендицит у беременных (научный обзор) // Ukrainian journal of surgery. – 2014. - №1(24). – С. 154-157.
2. Жатканбаева Г.Ж. Острый аппендицит и беременность. // Здоровье и болезнь. - 2012. - №1(103). - С. 46-50.
3. Протокол диагностики и лечения МЗ РК «Острый аппендицит» Протокол №61 от «04» марта 2019 года
4. Сажин А.В., Кириенко А.И., Курцер М.А., Конопляников А.Г., Панин А.В., Сон Д.А., Шуляк Г.Д. Острый аппендицит у беременных // Хирургия. – 2019. - №1. - С. 70-77.
5. Амельченя О.А., Рычагов Г.П., Алексеев С.А., Пересада О.А. Способ диагностики и лечения острого аппендицита у беременных с использованием видеолапароскопии. Инструкция по применению. – Минск: 2011. - 4с.
6. Петрашенко И. И. Лапароскопическая аппендэктомия у беременных: технические особенности и безопасность выполнения // Оренбургский медицинский вестник. – 2016. – Т. IV, №1(13). - С. 64-67.
7. Греджев Ф.А., Бабич Т.Ю., Куницкий Ю.Л. и др. Острый флегмонозный аппендицит и беременность 39 недель // Вестник неотложной и восстановительной медицины. – 2005. – Т.6, №4. - С. 699–700.
8. Алекберзаде А.В., Липницкий Е.М. Острый аппендицит. Уч.-метод. пособие для студентов медвузов. – М.: 2017. – 38 с.
9. Segev L, Segev Y, Rayman S, Nissan A, Sadot E. Acute Appendicitis During Pregnancy: Different from the Nonpregnant State? // World J Surg. – 2017. - №41(1). – P. 75–81.
10. Debnath J, Sharma P, Maurya V. Diagnosing appendicitis during pregnancy: which study when? // Am J Obstet Gynecol. – 2016. - №214(1). – P. 135–136.

11. Won RP, Friedlander S, Lee SL. Management and Outcomes of Appendectomy during Pregnancy // *Am Surg.* – 2017. - №83(10). – P. 1103–1107.
12. McGory ML, Zingmond DS, Tillou A, Hiatt JR, Ko CY, Cryer HM. Negative appendectomy in pregnant women is associated with a substantial risk of fetal loss // *J Am Coll Surg.* – 2007. - №205(4). – P. 534–540.
13. Peled Y, Hiersch L, Khalpari O, Wiznitzer A, Yogev Y, Pardo J. J Matern. Appendectomy during pregnancy-is pregnancy outcome depending by operation technique? // *Fetal Neonatal Med.* – 2014. - №27(4). – P. 365-367.
14. Cheng HT, Wang YC, Lo HC, Su LT, Soh KS, Tzeng CW, Wu SC, Sung FC, Hsieh CH. Laparoscopic appendectomy versus open appendectomy in pregnancy: a population-based analysis of maternal outcome // *SurgEndosc.* – 2015. - №29(6). – P. 1394-1399.
15. Aggenbach L, Zeeman GG, Cantineau AE, Gordijn SJ, Hofker HS. Impact of appendicitis during pregnancy: no delay in accurate diagnosis and treatment // *Int J Surg.* – 2015. - №15. – P. 84-89.
16. Lehnert BE, Gross JA, Linnau KF, Moshiri M. Utility of ultrasound for evaluating the appendix during the second and third trimester of pregnancy // *EmergRadiol.* – 2012. - №19(4). – P. 293-299.
17. Bouyou J, Gaujoux S, Marcellin L, Leconte M, Goffinet F, Chapron C, Dousset B. Abdominal emergencies during pregnancy // *J Visc Surg.* – 2015. - №152, Suppl. 6. – P. 105-115.

^{1,2}Г.Ж. Жатканбаева, ^{1,2}М.М. Сахипов, ³М.Е. Базек, ¹Ж.А. Утебаева, ²Г.А. Джамаева,
²Ж.Р. Жаналиева, ²С.М. Оспангалиева, ²Р.А. Кадырова
¹Қазақстан - Ресей медициналық университеті,
²№7 Қалалық клиникалық аурухана,
³Орталық қалалық клиникалық аурухана, Алматы қаласы, Қазақстан

ЖҮКТІЛІК КЕЗІНДЕГІ ЖЕДЕЛ АППЕНДИЦИТТІҢ ДИАГНОСТИКАЛЫҚ ЖӘНЕ БОЛЖАУ КРИТЕРИЙЛЕРІ

Түйін: Бұл мақалада жүкті әйелдердің жедел аппендицитін диагностикалау мен емдеудің өзекті мәселелері, жүктіліктің бірінші, екінші және үшінші триместріндегі осы патологияны диагностикалаудағы қиындықтар, операциядан кейінгі кезеңде науқастарға күтім, жүктілікті ұзарту және аппендэктомиадан кейін босану мәселесі қарастырылады.

Жүктілік кезіндегі жедел аппендицитті диагностикалаудағы қиындықтар микроциркуляцияның бұзылуымен, іштің алдыңғы қабырғасының созылуымен және ішек қабырғасындағы ұлғайған жатырдың қысымымен байланысты тоқыраумен байланысты. Біздің зерттеу нәтижелері бойынша, пациенттердің 76,9% (60) жергілікті гинекологқа барған кезде төменгі іштің ауыруы, әлсіздік, жүрек айну және құсу болды. Бұл жағдай түсік түсіру және ерте токсикоз қаупі ретінде қарастырылды. Жедел аппендицитті растау үшін жүкті әйелдер ауруханаға жіберіледі. Жүктілік жасының ұлғаюымен жедел аппендицит диагнозы қиын.

Түйінді сөздер: жедел аппендицит, жүктілік, диагноз, емдеу, диагностика, босану.

^{1,2}G.Zh. Zhatkanbayeva, ^{1,2}M.M. Sakhipov, ³M.E. Bazek, ¹Zh.A. Utebaeva, ²G.A. Dzhamayeva,
²Zh.R. Zhanalieva, ²S.M. Ospangalieva, ²R.A. Kadyrova
¹Kazakh-Russian Medical University,
²City Clinical Hospital No.7,
³Central City Clinical Hospital, Almaty, Kazakhstan

DIAGNOSTIC AND PROGNOSTIC CRITERIA OF ACUTE APPENDICITIS IN PREGNANCY

Resume: This article discusses the current issues of diagnosis and treatment of acute appendicitis in pregnancy. Acute appendicitis is the most common general surgical problem in the first, second and third trimester of pregnancy, treatment patients in the postoperative period, continuing pregnancy after appendectomy and all patients had a full-term normal delivery.

Difficulties in diagnosing acute appendicitis during pregnancy are associated with continuous impairment of the microcirculation, the appendix become stagnant and pressed enlarged uterus. It's blocked and this stagnation leads to infection. According to the results of our study, 76.9% (60) of the patients had primary complaints of pains in the lower part of abdomen, weakness, nausea and vomiting when visiting a local gynecologist. The condition was regarded as a threatened abortion and early toxicosis. To verifying diagnosis, pregnant women are sent to a hospital. Difficulties in the diagnosis of acute appendicitis in a pregnant woman is related to gestational age.

Keywords: acute appendicitis, pregnancy, diagnosis, treatment, delivery.