

УДК 612.363-089:616.31-07-055.26

ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ В РАЗЛИЧНЫЕ СРОКИ БЕРЕМЕННОСТИ

¹Хасанов А.Г., ²Журавлев И.А., ¹Бадретдинов А.Ф., ¹Бадретдинова Ф.Ф.,
²Мамедова О.К., ¹Нуриева А.Р.

¹Башкирский государственный медицинский университет МЗ РФ, Уфа,
e-mail: hasanovag@mail.ru;

²Городская клиническая больница № 8, Уфа

Изучены результаты диагностики и лечения 154 беременных с диагнозом «острый аппендицит» на фоне беременности. Основную группу составили 106 беременных которым при диагностике применялась шкала Альваро, при лечении применялся дифференцированный подход в зависимости от срока гестации и наличия осложнений. Контрольную группу составили 49 беременных. В данной группе для диагностики использовались результаты клиничко-лабораторных исследований и беременные были оперированы с использованием традиционных методов. У 67(63,2%) беременных основной группы клиничко-лабораторная картина соответствовало острому аппендициту. При сопоставлении клиничко-лабораторных данных с балльной шкалой Альваро диагноз поставлен у 57(53,8%) беременных ($p<0,05$). В основной группе в 34 случаях аппендэктомия производилась с использованием традиционного доступа по Волковичу-Дьяконову, в 3-х – параректальным доступом по Ленандеру, в 8 случаях проведена лапароскопическая аппендэктомия, в 4 случаях лапароскопически дополненная аппендэктомия (ЛДА). В контрольной группе у 22(68,8%) аппендэктомия выполнена доступом Волковича-Дьяконова, у 10 – путем срединной лапаротомии. Выводы. Для диагностики острого аппендицита у беременных целесообразно использовать балльную шкалу Альваро. В I-ом и во II триместре беременности целесообразно использовать косой разрез Волковича – Дьяконова или лапароскопическую аппендэктомию. С целью снижения негативных влияний пневмоперитонеума лапароскопических вмешательств целесообразно использовать лапароскопически ассистированные вмешательства. При развитии острого деструктивного аппендицита на фоне доношенной или почти доношенной беременности оправдана аппендэктомия срединной лапаротомией и родоразрешение путем кесарева сечения.

Ключевые слова: острый аппендицит, беременность, диагностика, лечение

OPTIMIZATION OF DIAGNOSIS AND SURGICAL TACTICS IN ACUTE APPENDICITIS IN VARIOUS STAGES OF PREGNANCY

¹Khasanov A.G., ²Zhuravlev I.A., ¹Badretdinov A.F., ¹Badretdinova F.F., ²Mamedova O.K.,
¹Nurieva R.A.

¹Bashkir State medical university, Ufa, e-mail: hasanovag@mail.ru;

²City Clinical Hospital № 8, Ufa

We studied the results of the diagnosis and treatment of 154 pregnant women with a diagnosis of «acute appendicitis» on the background of pregnancy. The main group consisted of 106 pregnant women who were used in diagnosing the scale of Alvarado, when the treatment was applied a differentiated approach depending on gestational age and presence of complications. The control group consisted of 49 pregnant women. In this group were used to diagnose the results of clinical and laboratory tests and pregnant women were operated using the traditional methods. In 67(63.2 per cent) of pregnant women of the main group of clinical and laboratory picture consistent with acute appendicitis. When comparing clinical and laboratory data with the point scale Alvarado diagnosed in 57(53.8 per cent) of pregnant ($p<0.05$). In the main group in 34 cases, appendectomy was performed using traditional access Volkovich-Dyakonov, 3 – adrectal access Lenander, 8 cases performed laparoscopic appendectomy, in 4 cases laparoscopic appendectomy supplemented (LDA). In the control group, 22(68.8 per cent) performed appendectomy of access Volkovich-Diakonova, 10 by midline laparotomy. Conclusions. For the diagnosis of acute appendicitis in pregnant women it is advisable to use a scoring scale of Alvarado. In the first and in the second trimester of pregnancy it is advisable to use an oblique incision Volkovich – Dyakonov laparoscopeski or appendectomy. To reduce negative effects of pneumoperitoneum during laparoscopic procedures appropriate use of laparoscopic assisted intervention. With the development of acute destructive appendicitis on the background of full-term or nearly full-term pregnancy is justified appendectomy median laparotomy and the delivery is by cesarean section.

Keywords: acute appendicitis, pregnancy, diagnosis, treatment

Острый аппендицит является наиболее частой нозологией, с которой сталкивается хирург общего профиля. В недалеком прошлом своевременная диагностика данного заболевания всегда вызывала определенные трудности, связанные с отсутствием патогномичных признаков острого аппендицита и отсутствия методов визуализации воспаленного органа. С широким внедрением

в клиническую практику современных методов эхографической визуализации и эндохирургических методов многие вопросы диагностики данного заболевания нашли позитивное решение. Однако, учитывая наличие ряда объективных обстоятельств (трудность визуализации из-за увеличенной матки) и связанные с негативным влиянием этих методов на организм матери

и плода (пневмоперитонеум, повышение внутрибрюшного давления, угроза выкидыша) применение этих технологий для диагностики острого аппендицита при беременности имеют определенные ограничения [1,3,7]. На первый взгляд, лапароскопический доступ обеспечивая точную визуальную диагностику, дает возможность полноценной ревизии брюшной полости, а также минимальную травматичность операции, позволяет снизить количество послеоперационных раневых осложнений, является идеальным методом диагностики и лечения острого аппендицита у беременных. Метод тем более ценен, ибо позволяет избежать напрасных (или «отрицательных») аппендэктомий, частота которых у беременных достигает 30-50% [2,5,6]. Тем не менее, потенциальный риск развития осложнений лапароскопии для матери и плода оставляют использование лапароскопии у беременных дискуссионным вопросом.

Целью нашего исследования являлась оптимизация диагностики и лечения острого аппендицита в различные сроки беременности.

Материалы и методы исследования

Клинический материал охватывает результаты диагностики и лечения 154 беременных поступивших в хирургическое и родильное отделения ГКБ № 8 с диагнозом «острый аппендицит» с 1993 по 2014 гг. на фоне беременности. Основную группу составили 106 беременных поступивших за 2006 по 2014 гг. В основной группе для объективизации субъективных мнений, которые как правило присутствуют на данном этапе, всем докторам предлагалось оценить их применяя шкалу Альваро, которая нашла широкое распространение в странах западной Европы [6]. При выборе хирургического доступа в основной группе применялся дифференцированный подход в зависимости от срока гестации и наличия осложнений. Контрольную группу составили 49 беременных поступивших в хирургические и родильные отделения больницы за 2000-2006 гг. В контрольной группе для диагностики использовались результаты клинико-лабораторных исследований. Из поступивших беременных контрольной группы 32 оперированы с использованием доступа Волковича-Дьяконова или срединной лапаротомией (до внедрения лапароскопических технологий). Средний возраст больных основной группы составил $24,2 \pm 5,3$ года, в контрольной группе $23,8 \pm 4,9$ лет ($p < 0,05$). По триместрам гестации больные основной группы распределялись следующим образом: 38 (35,8%) женщин в I триместре беременности; 54 (50,9%) – во II и 14 (13,2%) женщин в III триместре беременности. В контрольной группе 21 (42,9%) женщина в I, 19 (38,8%) – во II и 9 (18,4%) женщин в III триместре беременности (р. Среди оперированных в основной группе 20 (33,3%) женщин были в I, 29 (48,3%) во II и 11 (18,3%) в III триместре беременности. В контрольной группе соответственно – 6 (18,8%), 12 (37,5%) и 14 (43,7%) женщин. Все поступившие беременные осматриваются консилиумом врачей в составе старшего хирурга, акуше-

ра-гинеколога, уролога с привлечением врача функциональной диагностики. Результаты исследования обрабатывались с помощью IBM-совместимого компьютера с процессором Pentium с использованием пакета статистических программ Microsoft Excel, Statistica 6,0 for Windows. Данные представлены в виде $M \pm m$, где M – среднее, m – стандартная ошибка среднего. Для оценки однородности групп использован сравнительный критерий Стьюдента.

Результаты исследования и их обсуждение

У 67 (63,2%) беременных основной группы клинико-лабораторная картина соответствовала острому аппендициту. При сопоставлении клинико-лабораторных данных с балльной шкалой Альваро диагноз поставлен у 57 (53,8%) беременных ($p < 0,05$). Оставшимся 10 женщинам у которых клинические проявления и результаты УЗИ были сомнительны выполнена диагностическая лапароскопия в I или во II триместре беременности. В 4 случаях при диагностической лапароскопии острый аппендицит исключен, у 4 выявлена внематочная беременность (2-м женщинам выполнено лапароскопическое удаление плодного яйца и двум беременным тубэктомия), у 2 – мезоаденит. В контрольной группе у 32 (65,3%) по данным клинико-лабораторных исследований и динамического наблюдения определены показания для оперативного лечения. В основной группе в 34 случаях аппендэктомия производилась с использованием традиционного доступа по Волковичу-Дьяконову, в 3 – х параректальным доступом по Ленандеру, в 8 случаях проведена лапароскопическая аппендэктомия, в 4 случаях лапароскопически дополненная аппендэктомия (ЛДА). В контрольной группе у 22 (68,8%) больных аппендэктомия выполнена доступом Волковича – Дьяконова, у 10 – путем срединной лапаротомии. Диагностическая лапароскопия у беременных проводилась с использованием лапароскопических стоек фирмы «K. Storz» (Германия). Визуализация червеобразного отростка у 8 (80%) и определение абсолютных признаков воспаления удалась у 4 женщин. Лапароскопическую аппендэктомию выполняли по классической трехтроакарной методике с обработкой культи отростка «лигатурным» способом. Во время операции как традиционной, так и лапароскопической серьезных, фатальных осложнений мы не наблюдали. ЛДА выполняли при мобильном червеобразном отростке и отсутствии грубых воспалительных сращений отростка с окружающими органами и тканями и выполняли в два этапа. На первом этапе во время диагностической лапароскопии уточняли диагноз, определяли локализацию червеобразного отростка,

оценивали характер и распространенность воспалительных изменений в брюшной полости, местные условия оперирования. При наличии условий для выполнения ЛДА выполняли экстракорпоральную аппендэктомию из минидоступа (2-й этап). Для выполнения ЛДА использовали доступ длиной 2,0 – 3,0 см в проекции купола слепой кишки с мобилизацией париетальной брюшины и подшиванием ее к марлевым салфеткам для отграничения операционной раны. Аппендэктомию осуществляли с полным или частичным извлечением червеобразного отростка из брюшной полости и традиционным погружением культи отростка кистетным и Z-образным швами. Операцию заканчивали послойным ушиванием минилапаротомной раны. У 11 беременных аппендэктомию выполнена из срединного доступа. Показаниями для срединной лапаротомии у этих беременных явились перфоративные формы острого аппендицита в виде диффузного гнойного перитонита. При этом у 3-х женщин острый аппендицит развился в I или II триместре беременности, у 8 при доношенной беременности. В одном случае при доношенной беременности (38 недель) выполнена срединная лапаротомия, во время которой диагностирован острый катаральный аппендицит. Учитывая доношенность плода и предстоящую родовую деятельность выполнены кесарево сечение и аппендэктомию с благоприятным исходом. Такая максимальная активность в отношении родоразрешения, на наш взгляд, допустимо с целью быстрого устранения существующей угрозы для плода и хотя не всегда оптимальна для матери. В 2-х случаях ввиду распространенного пельвеоперитонита с привлечением стенки матки выполнено кесарево сечение с последующей экстирпацией матки и аппендэктомию. В последующем проводилась комплексная терапия перитонита с благоприятным исходом.

В основной группе беременных оперированных по поводу острого аппендицита летальных случаев не было. В контрольной группе в послеоперационном периоде умерла 1 больная. Причиной летального исхода явилась поздняя диагностика острого аппендицита. Больная была оперирована на 4-е сутки после преждевременных родов. В данном случае острый деструктивный аппендицит спровоцировал преждевременную родовую деятельность и острая хирургическая патология в послеродовом периоде установлена поздно. Всем беременным после выполнения аппендэктомию

независимо от срока беременности назначалась комплексная терапия направленная на снятие возбудимости матки в виде физического покоя, спазмолитической терапии. Своевременное проведение токолитической терапии позволило сохранить беременность у большинства прооперированных женщин в послеоперационном периоде. У 34 (75,5%) женщин беременность завершились срочными родами, у 7 – поздние преждевременные роды при 35-37 недель беременности, у 4 (8,8%) произошел самопроизвольный аборт.

Выводы

Для диагностики острого аппендицита у беременных кроме клинико-лабораторных данных целесообразно использовать балльную шкалу Альваро.

В I и во II триместре беременности целесообразно использовать косой разрез Волковича – Дьяконова или лапароскопическую аппендэктомию.

С целью снижения негативных влияний пневмоперитонеума лапароскопических вмешательств целесообразно использовать лапароскопически ассистированные вмешательства. При развитии острого деструктивного аппендицита на фоне доношенной или почти доношенной беременности оправдана аппендэктомию срединной лапаротомией и родоразрешение путем кесарева сечения.

Проведение профилактической терапии позволяет добиться снижения неблагоприятных перинатальных исходов, снизить частоту осложнений беременности в родах и послеродовом периоде.

Список литературы

1. Борисов А.Е., Беженарь Б.Л., Цивьян В.Ф. Видеолaparоскопия в диагностике и лечении острого аппендицита у беременных // Проблемы репродукции (спец. выпуск), 2006. – С. 124-125.
2. Сажин В.П., Юрицев В.А., Климов Д.Е. и соавт. Значение лапароскопии в уменьшении «напрасных» аппендэктомию при остром аппендиците // Хирургия: Сб. науч. тр. всероссийского научного форума, 2005. – С. 50-151.
3. Хасанов А.Г., Янбарисова Э.В., Бадретдинова Ф.Ф., Магафуров Р.Ф., Бакиров С.Х., Шейда Л.А. Некоторые аспекты диагностики и лечения острого аппендицита у беременных // Уральский медицинский журнал. – 2014. – №5(119). – С.126-129.
4. Alvarado A. A practical score for the early diagnosis of acute appendicitis. // Ann emerg med. 1986.-№ 15.-P. 1048-1049.
5. Borst A.R. Acute appendicitis: pregnancy complicates this diagnosis. // JAAPA. -2007.-№ 20. -P.36-38.
6. McGory M.L., Zingmond D.S., Tillou A., Hiatt J.R., Ko C.Y., Cryer H.M. Negative appendectomy in pregnant women is associated with a substantial risk of fetal loss. J. Am. Coll. Surg. 2007. Vol. 205. P. 534–540.
7. Freeland M., King E., Safcsak K., Durham R. Diagnosis of appendicitis in pregnancy // The American Journal of Surgery. – 2009. – Vol. 198. – P. 753–758.