

УДК 618.3-06:616.346.2-002-07-089



В. И. Мамчич¹, О. В. Голяновский¹, М. А. Йосипенко¹,
И. В. Кандаурова², Т. Ю. Пилипенко²

¹ Национальная медицинская академия последипломного образования
имени П. Л. Шупика МЗ Украины, Киев

² КУ КОР «Киевская областная клиническая больница»

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У БЕРЕМЕННЫХ

Цель работы — изучить возможности улучшения диагностики острого аппендицита у беременных, а также хирургической тактики для снижения количества гнойно-септических осложнений и устранения угрозы для здоровья и жизни матери и плода.

Материалы и методы. Обследовано 175 беременных с предварительным диагнозом «острый аппендицит», из них у 142 (81 %) диагноз подтвержден, у остальных выявлена генитальная патология. Уточнена ценность шкалы Альварато у беременных, возможности УЗИ и лапароскопической диагностики.

Результаты и обсуждение. Ценность шкалы Альварато у беременных снижена из-за сходства многих признаков гестоза и острого аппендицита, особенно в I триместре беременности. Острый простой аппендицит выявлен у 47,9 % женщин, флегмонозный — у 49,3 %, гангренозный — у 2,8 %. В I триместре прооперированы 18,3 %, во II — 45,1 %, в III — 36,6 % беременных. Гнойные осложнения выявлены у 6 (4,3 %) больных. Прерывания беременности и летальных исходов не было.

Выводы. Беременность отягощает течение острого аппендицита вследствие снижения иммунитета и физиологической анемии и осложняет точную своевременную его диагностику из-за сходства признаков гестоза и острого аппендицита, особенно в I триместре. Беременность значительно ограничивает использование рентгенологических методов диагностики, компьютерной и магнитно-резонансной томографии. УЗИ широко используют для выявления признаков перитонита и исключения заболеваний почек, гепато-панкреато-билиарной системы, беременной матки и ее придатков. В III триместре беременности УЗИ не эффективно. Своевременная диагностика и лечение аппендицита у беременных требуют слаженной работы хирурга, акушера-гинеколога и анестезиолога для предупреждения гнойно-септических осложнений и угрозы для здоровья и жизни матери и плода.

■
Ключевые слова: острый аппендицит, беременность, шкала Альварато, диагностика.

Точная диагностика острого аппендицита — одна из нерешенных проблем абдоминальной хирургии. Молодой возраст, женский пол, низкие показатели шкалы Альварато, нормальные значения маркеров воспаления, отрицательные данные УЗИ, компьютерной (КТ) и магнитно-резонансной томографии (МРТ), отсутствие анорексии ставят под сомнение диагноз «острого аппендицита» [4].

Острый аппендицит у беременных встречается в 2—5 % случаев, частота заболевания составляет от 1 случая на 500—700 беременностей до 1 случая на 6000—7000 беременностей с более высокой частотой летальности и внутриутробной гибели плода, чем при обычной беременности [3, 4].

Беременность — отягощающий фактор острого аппендицита по мере увеличения сроков гестации

с угнетением иммунитета и лейкоцитозом. Тактика М. J. Stamos (1993, 2009, 2013) при подозрении на острый аппендицит, предусматривающая длительное наблюдение и проведение консервативной терапии с инфузией спазмолитиков, холинолитиков, антибиотиков, мало приемлема у беременных, несмотря на снижение до 3 % «негативных» аппендэктомий, поскольку при этом значительно возрастает количество гнойных, гангренозных, перфоративных аппендицитов, периаппендикулярных инфильтратов и абсцессов [5, 6].

Цель работы — изучить возможности улучшения диагностики острого аппендицита у беременных, а также хирургической тактики для снижения количества гнойно-септических осложнений и устранения угрозы для здоровья и жизни матери и плода.

Мамчич Володимир Іванович, д. мед. н., проф., зав. кафедри
04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9. Тел. (44) 483-18-22

© В. І. Мамчич, О. В. Голяновський, М. О. Йосипенко, І. В. Кандаурова, Т. Ю. Пилипенко, 2015

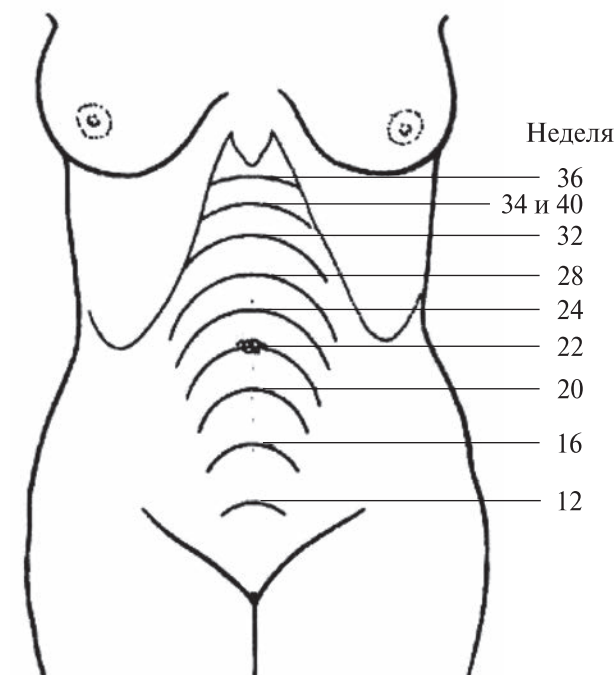


Рисунок. Высота стояния дна матки на разных сроках беременности

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В хирургической клинике на базе КУ «Киевская областная клиническая больница» в период с 2009 по 2014 г. по поводу острого аппендицита прооперированы 1676 больных, из них 640 (38,2%) мужчин и 1036 (61,8%) женщин. У 142 (13,7% от общего количества женщин) пациенток острый аппендицит возник на фоне беременности. Относительно высокая доля беременных объясняется обязательной госпитализацией беременных женщин с острой хирургической патологией в Киевскую областную клиническую больницу из центральных районных больниц области.

Клиническая картина острого аппендицита в первой половине беременности практически не отличается от проявлений заболевания в обычной популяции. Во второй половине беременности клиника обусловлена анатомическими особенностями расположения червеобразного отростка и других органов брюшной полости в связи с увеличением размеров беременной матки (рисунок).

С 1986 г. в странах Западной Европы и США получила широкое распространение 10-балльная система Альваро (табл. 1) [4] для объективизации клинических проявлений и лабораторных данных острого аппендицита.

При сумме баллов 3 и меньше достоверность острого аппендицита минимальная (3,6%), при сумме 7–10 баллов — 80% и больше, при сумме 4–6 баллов — 32%. В случае 4–6 баллов необходимы симптоматическое лечение, клиническое наблюдение в условиях стационара и проведение дополнительных методов обследования для уточ-

нения диагноза; в случае 7–10 баллов — диагноз острого аппендицита вероятен, пациент нуждается в оперативном лечении.

Из показателей шкалы Альваро в диагностике острого аппендицита у беременных наиболее ценным является боль в правой подвздошной области с возможным смещением в правую подреберную область в III триместре. Для беременности характерно повышение лейкоцитоза до $13\text{--}15 \cdot 10^9/\text{л}$, более значимым признаком для деструктивного аппендицита является сочетание высокого лейкоцитоза (более $12 \cdot 10^9/\text{л}$) со сдвигом лейкоцитарной формулы влево. Снижение аппетита, тошнота и рвота, особенно в I триместре беременности, при остром аппендиците должны сочетаться с сухостью языка и тахикардией, повышением температуры тела выше $37,3^\circ\text{C}$.

При выборе методов инструментальной и аппаратной диагностики у беременных руководствуются принципом, чтобы очевидная польза для матери не превышала возможного риска для плода. Из неинвазивных методов диагностики отдаем предпочтение УЗИ органов брюшной и забрюшинной полостей и малого таза для выявления перитонеальных признаков, исключения патологии почек, гепато-панкреато-билиарной системы, матки и ее придатков. Использование рентгенологических методов и КТ нежелательно у беременных из-за облучения плода, а МРТ — из-за нагревания околоплодных вод. За рубежом широко используют лапароскопические методы диагностики и оперативных вмешательств практически при любом сроке беременности с учетом технических особенностей и высоким уровнем конверсии (до 18%) [2]. В Украине общеизвестны сложности с круглосуточным использованием лапароскопической техники [1, 2].

Таблица 1
Система Альваро подсчета баллов для оценки вероятности острого аппендицита

Клинико-лабораторный признак	Баллы
Миграция боли в правую подвздошную область	1
Снижение аппетита	1
Тошнота и рвота	1
Болезненность в правой подвздошной области	2
Положительные перитонеальные симптомы	1
Повышение температуры тела выше $37,3^\circ\text{C}$	1
Лейкоцитоз более $10 \cdot 10^9/\text{л}$	2
Сдвиг лейкоцитарной формулы влево	1

Т а б л и ц а 2

Распределение прооперированных беременных (n = 142) в зависимости от формы острого аппендицита

Триместр	Простой (катаральный)	Деструктивный		Всего
		Флегмонозный	Гангренозный	
I (до 12 нед)	11	14	1	25 (18,3%)
II (12–24 нед)	29	32	3	64 (45,1%)
III (более 24 нед)	28	24	—	52 (36,6%)
Всего	68 (47,9%)	70 (49,3%)	4 (2,8%)	142

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Морфологические формы острого аппендицита у прооперированных больных представлены в табл. 2.

Операции выполняли под эндотрахеальным наркозом. Лапаротомная техника у 86 (60,6%) больных с острым простым и флегмонозным аппендицитом не отличалась от обычной. У 4 (2,8%) пациенток с гангренозным аппендицитом использовали нижне-срединную лапаротомию. В III триместре беременности у 52 (36,6%) больных разрез выполняли выше подвздошной кости из-за смещения слепой кишки и червеобразного отростка вверх.

При разлитом аппендикулярном перитоните при перфорации отростка на поздних сроках беременности совместно с акушером-гинекологом выполняли кесарево сечение и аппендэктомию с тщательной санацией брюшной полости и дренированием по канонам гнойной хирургии. В обычной ситуации при аппендэктомии у беременных дренирование брюшной полости не выполняют из-за угрозы прерывания беременности в послеоперационный период. У беременных женщин, прооперированных по поводу острого аппендици-

та, не было искусственного прерывания беременности, выкидышей и преждевременных родов.

Гнойные осложнения в послеоперационный период выявлены у 4 (4,3%) больных. Летальных исходов не было.

ВЫВОДЫ

Беременность отягощает течение острого аппендицита вследствие снижения иммунитета и физиологической анемии и осложняет точную своевременную диагностику из-за сходства признаков гестоза и острого аппендицита, особенно в I триместре.

Беременность значительно ограничивает использование рентгенологических методов диагностики, компьютерной и магнитно-резонансной томографии. УЗИ широко используют для выявления признаков перитонита и исключения заболеваний почек, гепато-панкреато-билиарной системы, беременной матки и ее придатков. В III триместре беременности УЗИ не эффективно. Своевременная диагностика и лечение аппендицита у беременных требуют слаженной работы хирурга, акушера-гинеколога и анестезиолога для предупреждения гнойно-септических осложнений и угрозы для здоровья и жизни матери и плода.

Литература

1. Иванько О. В., Калина Р. А. Проблеми та напрями сучасного лікування гострого аппендициту // Хірургія України. — 2014. — № 3 (51), — С. 100–104.
2. Коркан І. П. Діагностична лапароскопія у вагітних // Хірургія. — 1992. — № 2. — С. 63–66.
3. Barclay L., Nghiem H. T. Appendectomy during pregnancy increases risk for adverse fetal outcomes // Am. Coll. Surg. — 2007. — Vol. 205. — P. 534–540.
4. Borst A. R. Acute appendicitis: pregnancy complicates this diagnosis // JAAPA. — 2007. — Vol. 20. — P. 36–38.
5. Stamos M. J. Appendicitis // General Surgery: Principles and International Practice 2nd ed. — London: Springer Verlag, 2009. — 983 p.
6. Sterner A. et al. Long-term results et appendicitis treated with antibiotics // Colorectal Dis. — 2014. — Vol 16, suppl. 3. — P. 34.

В. І. Мамчич¹, О. В. Голяновський¹, М. О. Йосипенко¹, І. В. Кандаурова², Т. Ю. Пилипенко²

¹ Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика МОЗ України, Київ

² КЗ КОР «Київська обласна клінічна лікарня»

СУЧАСНІ ТЕНДЕНЦІЇ В ДІАГНОСТИЦІ ТА ЛІКУВАННІ ГОСТРОГО АПЕНДИЦИТУ У ВАГІТНИХ

Мета роботи — вивчити можливості поліпшення діагностики гострого апендициту у вагітних, а також хірургічної тактики для зниження кількості гнійно-септичних ускладнень та усунення загрози для здоров'я і життя матері та плода.

Матеріали і методи. Обстежено 175 вагітних з попереднім діагнозом «гострий апендицит», з них у 142 (81 %) діагноз підтверджено, у решти виявлено генітальну патологію. Уточнено цінність шкали Альварато у вагітних, можливості УЗД та лапароскопічної діагностики.

Результати та обговорення. Цінність шкали Альварато у вагітних знижена через подібність багатьох ознак гестозу та гострого апендициту, особливо в I триместрі вагітності. Гострий простий апендицит виявлено у 47,9 % жінок, флегмонозний — у 49,3 %, гангренозний — у 2,8 %. У I триместрі прооперовано 18,3 %, у II — 45,1 %, у III — 36,6 % вагітних. Гнійні ускладнення виявлено у 6 (4,3 %) хворих. Переривання вагітності та летальних наслідків не було.

Висновки. Вагітність обтяжує перебіг гострого апендициту внаслідок зниження імунітету і фізіологічної анемії та ускладнює точну своєчасну діагностику через подібність ознак гестозу і гострого апендициту, особливо в I триместрі. Вагітність значно обмежує використання рентгенологічних методів діагностики, комп'ютерної та магнітно-резонансної томографії. УЗД широко використовують для виявлення ознак перитоніту і запереження захворювань нирок, гепато-панкреато-біліарної системи, вагітної матки та її придатків. Своєчасна діагностика і лікування апендициту у вагітних потребують узгодженої роботи хірурга, акушера-гінеколога та анестезіолога для запобігання виникненню гнійно-септичних ускладнень та загрози для здоров'я і життя матері та плода.

Ключові слова: гострий апендицит, вагітність, шкала Альварато, діагностика.

V. I. Mamchich¹, O. V. Golanovskii¹, M. O. Yosypenko¹, I. V. Kandaurova², T. Yu. Pilipenko²

¹ P. L. Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education of Health Ministry of Ukraine, Kyiv

² CI «Kyiv Regional Clinical Hospital»

CURRENT TRENDS IN THE ACUTE APPENDICITIS DIAGNOSIS AND TREATMENT IN PREGNANT

The aim — to study the possibilities for the acute appendicitis diagnostic and surgical tactic improvement in pregnant reducing the number of septic complications and eliminate the health and life threat of the mother and the fetus.

Materials and methods. 175 pregnant with a preliminary diagnosis of acute appendicitis, in 142 (81 %) of which the diagnosis was verified, and in 33 (19 %) — genital pathology was revealed have been studied. Alvarado score value in pregnant women, ultrasound and laparoscopic diagnosis abilities were refined.

Results and discussion. Alvarado Score value in pregnant women is reduced due to the many signs of the preeclampsia and acute appendicitis identity, especially in the I pregnancy trimester. Acute catarrhal appendicitis was diagnosed in 47.9 %, appendicular phlegmon — in 49.3 %, gangrenous — in 2.8 %. In the I trimester 18.3 %, in II — 45.1 % and in III — 36.6 % of pregnant women were operated. Purulent complications were observed in six patients (4.3 %). Abortion, deaths were not.

Conclusions. Pregnancy aggravates the acute appendicitis course due to lower immunity and physiologic anaemia, and complicates accurate timely diagnosis because of the preeclampsia signs and acute appendicitis identity, especially in I trimester. Pregnancy significantly restricts the radiological diagnostic methods, CT and MRI use. Ultrasound is widely used to detect peritonitis signs and to exclude kidney, hepato-pancreatic-biliary, the pregnant uterus and its appendages diseases. Timely appendicitis diagnosis and treatment in pregnant requires joint co-work of the surgeon, obstetrician and anaesthesiologist in order to avoid septic complications and elimination of health and life threats to the mother and fetus.

Key words: acute appendicitis, pregnancy, Alvarado score, diagnostics.