КЛИНИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

УДК 618.3-06:616.346.2-002-036.12-089

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ В РАЗЛИЧНЫЕ СРОКИ БЕРЕМЕННОСТИ

А. Г. Хасанов^{1}, И. А. Журавлев², А. Ф. Бадретдинов¹, Ф. Ф. Бадретдинова¹,
И. А. Закиров², А. Р. Нуриева¹, Г. Т. Гумерова¹*

¹Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа,

²Городская клиническая больница № 8, г. Уфа, Россия

DIFFERENTIAL SURGICAL TACTICS IN ACUTE APPENDICITIS AT DIFFERENT PREGNANCY TERMS

A. G. Khasanov^{1}, I. A. Zburavlev², A. F. Badretdinov¹, F. F. Badretdinova¹,
I. A. Zakirov², A. R. Nurieva¹, G. T. Gumerova¹*

¹Bashkir State Medical University, Ufa,

²City Clinical Hospital № 8, Ufa, Russian Federation

Цель. Оптимизация диагностики и лечения острого аппендицита в различные сроки беременности.

Материалы и методы. Проанализированы результаты диагностики и лечения 154 беременных, поступивших в хирургическое и родильное отделения ГКБ № 8 с диагнозом «острый аппендицит» на фоне беременности.

Результаты. У 67 (63,2 %) беременных основной группы клинико-лабораторная картина соответствовала острому аппендициту. При сопоставлении клинико-лабораторных данных с балльной шкалой Альвардо 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 – параректальным доступом по Ленандеру, в 8 случаях проведена лапароскопическая аппендэктомия, в 4 случаях – лапароскопически дополненная аппендэктомия. В контрольной группе у 22 (68,8 %) пациенток аппендэктомия выполнена доступом Волковича–Дьяконова, у 10 – путем срединной лапаротомии.

Выводы. Для диагностики острого аппендицита у беременных целесообразно использовать балльную шкалу Альвардо. В I триместре беременности (до 12 недель) целесообразно использовать косой разрез Волковича–Дьяконова или лапароскопическую аппендэктомию. Во II триместре беременности необхо-

© Хасанов А. Г., Журавлев И. А., Бадретдинов А. Ф., Бадретдинова Ф. Ф., Закиров И. А., Нуриева А. Р., Гумерова Г. Т., 2015

e-mail: hasanovag@mail.ru

тел. +7 (927) 310 01 06

[Хасанов А. Г. (*контактное лицо) – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой хирургических болезней; Журавлев И. А. – врач-хирург; Бадретдинов А. Ф. – кандидат медицинских наук, доцент кафедры хирургических болезней; Бадретдинова Ф. Ф. – кандидат медицинских наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии института дополнительного профессионального образования; Закиров И. А. – кандидат медицинских наук, врач-хирург; Нуриева А. Р. – ординатор кафедры акушерства и гинекологии института дополнительного профессионального образования; Гумерова Г. Т. – кандидат медицинских наук, доцент кафедры хирургических болезней].

димо выполнить аппендэктомии параректальным доступом по Ленандеру или широким доступом Волковича–Дьяконова длиной не менее 8–9 см. С целью снижения негативных влияний пневмоперитонеума лапароскопических вмешательств целесообразно использовать лапароскопически ассистированные вмешательства.

Ключевые слова. Беременность, острый аппендицит, диагностика, лечение.

Aim. To optimize the diagnosis and treatment of acute appendicitis at different terms of pregnancy.

Material and methods. Clinical material included the results of diagnosis and treatment of 154 pregnant women admitted to surgical and delivery units of City Clinical Hospital №8 with diagnosis of acute appendicitis against the background of pregnancy.

Results. Sixty seven (63,2 %) pregnant women of the main group had clinicolaboratory picture corresponding to acute appendicitis. When comparing the clinicolaboratory data with the scoring system Alvarado Score for Acute Appendicitis, diagnosis was stated in 57 (53,8 %) pregnant women ($p < 0,05$). In the main group, 34 women underwent appendectomy using traditional Volkovich-Dyakonov approach, 3 women – pararectal Lenander approach; in 8 cases laparoscopic appendectomy was performed, in 4 cases – laparoscopically supplemented appendectomy. In the control group, 22 (68,8 %) patients experienced appendectomy using Volkovich–Dyakonov approach, 10 – midline laparotomy.

Conclusions. To diagnose acute appendicitis in pregnant women, it is expedient to use Alvarado scoring system. In pregnancy trimester I (up to 12 weeks), it is desirable to use oblique incision by Volkovich–Dyakonov or laparoscopic appendectomy. In pregnancy trimester II, it is necessary to use pararectal Lenander approach appendectomy or wide approach by Volkovich-Dyakonov (not less than 8–9 cm), For the purpose of reducing negative effect of pneumoperitoneum of laparoscopic interventions, it is expedient to use laparoscopically assisted interventions.

Key words. Pregnancy, acute appendicitis, diagnosis, treatment.

ВВЕДЕНИЕ

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 отсутствием методов визуализации воспаленного органа. С широким внедрением в клиническую практику современных методов эхографической визуализации и эндоскопических методов многие вопросы диагностики данного заболевания решились. На первый взгляд, лапароскопический доступ, обеспечивая точную визуальную диагностику, дает возможность полноценной ревизии брюшной полости, а также обеспечивает 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 % [1, 3, 4, 7, 9]. Однако пневмоперитонеум, который является необходимым для этих технологий, оказывает влияние на беременную женщину и плод [10], тем самым применение метода у беременных ограничено, и это продолжает обсуждаться [8].

Целью нашего исследования явилась оптимизация диагностики и лечения острого аппендицита в различные сроки гестации.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проанализированы результаты диагностики и лечения 154 беременных, поступивших в хирургическое и родильное отделения городской клинической больницы № 8 г. Уфы с диагнозом «острый аппендицит»

с 1993 по 2014 г. на фоне беременности. Основную группу составили 106 беременных, поступивших с 2006 по 2014 г. В основной группе для объективизации субъективных мнений, которые, как правило, присутствуют на данном этапе, предлагалось применить шкалу Альварадо, которая нашла широкое распространение в странах западной Европы [6]. Поступившим 60 беременным основной группы выполнено оперативное лечение. 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 родильное отделения больницы в 2000–2006 гг. В контрольной группе для диагностики использовались результаты клинко-лабораторных исследований. Из поступивших беременных контрольной группы 32 оперированы с использованием доступа Волковича–Дьяконова или срединной лапаротомией (до внедрения лапароскопических технологий).

Среди женщин, которые были доставлены по поводу данного заболевания, в обеих группах преобладают первобеременные. Средний возраст больных основной группы составил $24,2 \pm 5,3$ г., в контрольной группе – $23,8 \pm 4,9$ г. ($p > 0,05$). 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. В контрольной группе 21 (42,9 %) женщина в I; 19 (38,8 %) во II и 9 (18,4 %) женщин – в III триместре беременности ($p < 0,05$). 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 были осмотрены консилиумом врачей в составе старшего хирурга, акушера-гинеколога, уролога

с привлечением врача функциональной диагностики. Результаты исследования обрабатывались с помощью IBM-совместимого компьютера на базе процессора 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 И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

У 67 (63,2 %) беременных основной группы клинко-лабораторная картина соответствовала острому аппендициту. При сопоставлении клинко-лабораторных данных с балльной шкалой Альварадо 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 женщинам выполнено лапароскопическое удаление плодного яйца и 2 беременным тубэктомия), у 2 – мезоаденит.

В контрольной группе у 32 (65,3 %) по данным клинко-лабораторных исследований и динамического наблюдения определены показания для оперативного лечения. Всем беременным с установленным диагнозом выполнена аппендэктомия. В основной группе в 34 случаях аппендэктомия производилась с использованием традиционного доступа по Волковичу–Дьяконову, в 3 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 Волкови-

ча–Дьяконова, у 10 – путем срединной лапаротомии. Диагностическая лапароскопия у беременных проводилась с использованием лапароскопических стоек фирмы «K. Storz» (Германия). При сроках беременности с 5-ю по 14-ю неделю доступ 1-го троакара осуществлялся в классической точке Олима, на 2 см ниже пупка по средней линии. При сроке беременности с 15-й по 22-ю неделю доступ 1-го троакара выполнялся выше пупка, на 3–4 см выше высоты дна беременной матки, через разрез открытым способом. Визуализация червеобразного отростка у 8 (80 %) и определение абсолютных признаков воспаления удалось у 4 женщин.

Лапароскопическими признаками острого аппендицита были: гиперемия и отек серозного покрова червеобразного отростка, наложение фибрина, наличие мутного выпота в брюшной полости. 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 использовали 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 проведения ЛДА выполняли экстракорпоральную аппендэктомию из мини-доступа (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 кистным и Z-образным швами. Операцию заканчивали послойным ушиванием мини-лапаротомной раны. У 11 беременных аппендэктомия выполнена из срединного доступа. Показаниями для срединной лапаротомии у этих беременных явились перфоративные осложненные формы острого аппендицита в виде диффузного гнойного перитонита. При этом у 3 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 аппендэктомия с благоприятным исходом. У 8 беременных срединная лапаротомия выполнена в III триместре беременности.

При совместном клиническом осмотре с акушерами-гинекологами диагноз острого аппендицита не вызывал сомнения, и было принято решение о родоразрешении путем кесарева сечения и аппендэктомии. По мнению отечественных корифеев А. Н. Стрижакова, А. Ф. Черноусова (2010), Г. М. Савельевой с соавт. (2006), в таких случаях кесарево сечение следует выполнять только по абсолютным показаниям со стороны матери [2, 5]. В остальных случаях целесообразно родоразрешать пациентку через естественные родовые пути, поскольку кесарево сечение на фоне имеющегося перитонита представляет большую угрозу в плане развития гнойно-воспалительных осложнений со стороны беременной матки, развития сепсиса и удаления органа. С другой стороны, такая максимальная активность в отношении ро-

доразрешения, на наш взгляд, допустима с целью быстрого устранения существующей угрозы для плода, хотя и не всегда оптимальна для матери.

В 2 случаях ввиду распространенного пельвеоперитонита с привлечением стенки матки выполнены кесарево сечение с последующей экстирпацией матки и аппендэктомия. Впоследствии проводилась комплексная терапия перитонита с благоприятным исходом. К тому же родоразрешение путем кесарева сечения является в техническом плане хорошо отработанной и часто выполняемой операцией (до 30 %) и не представляет больших затруднений, тем более на фоне современной адекватной антибактериальной терапии. У остальных 5 женщин с доношенной или почти доношенной беременностью (свыше 32 недель) во время срединной лапаротомии диагностирован деструктивный аппендицит (у 1 – перфоративный, у 4 – флегмонозные формы). Этим женщинам операцию начинали с кесарева сечения, затем после ушивания матки производили аппендэктомию и дальнейшие манипуляции, связанные с лечением перитонита. При визуальном осмотре и по результатам гистологических исследований деструктивные формы острого аппендицита наблюдались у 43 (71,7 %) пациенток во всех сроках беременности, но наиболее часто во II триместре гестации. У 32 (74,4 %) больных с деструктивным аппендицитом перитонит имел местный характер, у 11 (25,6 %) диагностирован диффузный перитонит; у 17 (28,3 %) – катаральный аппендицит. В контрольной группе у 20 выявлен (62,5 %) деструктивный и у 12 (37,5 %) катаральный аппендицит ($p < 0,05$). 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 диагно-

стика 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 после родовом периоде была установлена поздно. Всем беременным после выполнения аппендэктомии независимо от срока беременности назначалась комплексная терапия, направленная на снятие возбудимости матки в виде физического покоя, спазмолитической терапии, что позволило сохранить беременность у большинства прооперированных женщин в послеоперационном периоде. У 34 (75,5 %) женщин беременность завершилась срочными родами, у 7 – поздними преждевременными родами в 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 Альварадо.

В I триместре беременности (до 12 недель) целесообразно использовать косой разрез Волковича–Дьяконова или лапароскопическую аппендэктомию.

Во II триместре беременности (до 28 недель) необходимо выполнить аппендэктомию параректальным доступом по Ленандеру или широким доступом Волковича–Дьяконова длиной не менее 8–9 см. С целью снижения негативных влияний пневмоперитонеума лапароскопических вмешательств целесообразно использовать лапароскопически ассистированные вмешательства. При этом оправданным является принцип максимальной активности в отношении перитонита, максимального консерватизма в отношении беременности.

При развитии острого деструктивного аппендицита на фоне доношенной или почти доношенной беременности оправданы аппендэктомия срединной лапаротомией и родоразрешение путем кесарева сечения.

Дифференцированный выбор хирургического доступа при остром аппендиците дает возможность индивидуально подходить к каждому клиническому наблюдению, снизить акушерские и хирургические осложнения.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Борисов А. Е., Беженарь Б. Л., Цивьян В. Ф. Видеолапароскопия в диагностике и лечении острого аппендицита у беременных. Проблемы репродукции (спец. выпуск) 2006; 124–125.
2. Савельева Г. М. Справочник по акушерству и гинекологии и перинатологии. М. 2006; 192–196.
3. Сажин В. П., Климов Д. Е., Сажин И. В., Юрищев В. А. Лапароскопическая аппендэктомия при беременности. Хирургия 2009; 2: 9–13.
4. Сажин В. П., Юрищев В. А., Климов Д. Е. Значение лапароскопии в уменьшении «напрасных» аппендэктомий при остром аппендиците. Хирургия 2005: сб. науч. тр. всероссийского научного форума. М. 2005; 150–151.
5. Стрижаков А. Н., Черноусов А. Ф., Самойлова Ю. А., Рыбин М. В. Беременность и острый аппендицит. М.: Династия 2010; 157.
6. Alvarado A. A practical score for the early diagnosis of acute appendicitis. Ann. Emerg. Med. 1986; 15: 1048–1049.
7. Carver T. W., Antevil J., Egan J. C., Brown C. V. Appendectomy during early pregnancy: What is the preferred surgical approach? Am. Surg. 2005; 71: 809–812.
8. Freeland M., King E., Safcsak K., Durham R. Diagnosis of appendicitis in pregnancy. Am. J. Surg. 2009; 198: 753–758.
9. Hee P., Viktrup L. The diagnosis of appendicitis during pregnancy and maternal and fetal outcome after appendectomy. Int. J. Gynaecol. Obstet. 1999; 65: 129–135.
10. 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; 205: 534–540.

Материал поступил в редакцию 28.08.2015