

*Секция «Хирургические болезни»,
научный руководитель – Хасанов А.Г.*

УДК 616.346.2-002.1:618.2

КОЛИЧЕСТВЕННАЯ ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У БЕРЕМЕННЫХ

Мусина А.Р., Корчагина Ю.А.

*ФГБОУ ВО Башкирский государственный медицинский университет,
Уфа, e-mail: hasanovag@mail.ru*

Общезвестна трудность распознавания острого аппендицита у беременных женщин. Нередко беременные и врачи первичного звена чаще склонны связывать появление болей в животе с течением беременности, что является основной причиной поздней обращаемости в хирургический стационар. При этом чаще всего (более чем в 60% случаев) заболевание приходится на первую половину беременности, в основном на первые 10 недель. Проанализированы результаты диагностики и лечения 154 беременных, поступивших в хирургическое и родильное отделения городской клинической больницы № 8 г. Уфы с диагнозом «острый аппендицит». В контрольной группе для диагностики использовались результаты клиничко-лабораторных исследований. В основной группе для количественной оценки клинических признаков заболевания использована шкала Альвардо, которая позволила улучшить дооперационную диагностику данного заболевания.

Ключевые слова: диагностика, аппендицит, беременные, шкала Альвардо

QUANTITATIVE ASSESSMENT OF CLINICAL SIGNS OF THE ACUTE APPENDICITIS AT PREGNANT WOMEN

Musina A.R., Korchagina Yu.A.

Bashkir state medical university, Ufa, e-mail: hasanovag@mail.ru

The difficulty of recognition of an acute appendicitis at pregnant women is well-known. Quite often pregnant, and doctors of primary link are more often inclined to bind emergence of abdominal pains to the course of pregnancy that is the main reason for late appealability to a surgical hospital. At the same time most often (more than in 60% of cases) the disease is the share of the first half of pregnancy, generallyly for the first 10 weeks. Results of diagnostics and treatment of 154 pregnant women who came to surgical and maternity units of a city hospital № 8 of Ufa with the diagnosis "acute appendicitis" are analysed. In control group for diagnostics results of clinical laboratory researches were used. In the main group for quantitative assessment of clinical signs of a disease the scale of Alvarado which allowed to improve presurgical diagnostics of this disease is used.

Keywords: diagnostics, appendicitis, pregnant women, Alvarado's scale

Острый аппендицит – наиболее распространенное хирургическое заболевание у беременных, угрожающее жизни матери и плода. Во время беременности встречается данное заболевание в 0,03 – 5,2% [1]. Но при этом развитие острого аппендицита (ОА) при беременности создает во многих случаях нестандартную ургетную ситуацию как для хирургов, так и для акушер-гинекологов и является сложной проблемой неотложной медицины [4]. Данная ситуация, возникая непредсказуемо, может развиваться при любом сроке гестации. При этом наиболее сложными являются вопросы диагностики, что связана с одной стороны атипичностью клинической картины, обусловленной с возможным изменением топографии слепой кишки и червеобразного отростка [1-5] и ограниченными возможностями применения видеолaparоскопических методов исследования с другой стороны. Высокий уровень диагностических ошибок, большой процент поздних госпитализаций, «напрас-

ных аппендэктомий», показатели послеоперационной летальности (0,2-0,4%) а на фоне беременности она достигает до 3% и является стабильным в течении многих лет, что определяют актуальность данной проблемы. Беременные, нередко и врачи первичного звена чаще склонны связывать появление болей в животе с течением беременности, что является основной причиной поздней обращаемости в хирургический стационар. Так, по литературным данным, 20-25% беременных с острым аппендицитом поступают в хирургические стационары спустя 48 часов от начала заболевания с деструктивными формами заболевания (5-6 раз чаще). Следует подчеркнуть, что значительные трудности вызывает дифференциальная диагностика между клиникой острого аппендицита и патологией обусловленной самой беременностью, так как наиболее часто встречаемые симптомы острого аппендицита как повышение температуры тела, тошнота и рвота могут быть обусловлены

гестозом, а появление боли может быть связано с угрозой прерывания беременности. При клиническом исследовании основные локальные признаки ОА в виде боли в правой подвздошной области, локального напряжения и болезненности, при больших сроках беременности не всегда четко выявляется и вызывает сложности в диагностике данного заболевания. При выявлении этих признаков нельзя исключить элемент субъективизма, что зависит от опыта хирурга, от сроков поступления больных. В основе большинства диагностических ошибок лежат как клинические, так и параклинические признаки. Так, лейкоцитоз и изменение температуры тела при деструктивном и катаральном аппендиците достоверно не различаются. В связи с этим очень остро стоит вопрос об использовании в таких ситуациях инструментальных методов диагностики (УЗИ, КТ, лапароскопия). Так, в США приоритет отдают КТ, в Западной Европе – УЗИ, а в России – лапароскопии, которая является довольно таки инвазивным методом исследования и имеет большое число ограничений для выполнения. Но также в странах западной Европы в диагностике острого аппендицита широко применяется балльная шкала Альварато [6], который включает 10 наиболее часто встречающихся признаков.

Шкала Альварато в диагностике острого аппендицита

| Симптомы заболевания | Баллы |
|---|-------|
| Мигрирующие боли в правой подвздошной ямке | 1 |
| Анорексия (отсутствие аппетита) | 1 |
| Тошнота, рвота | 1 |
| Признаки | |
| Болезненность в правой подвздошной ямке | 2 |
| Положительный симптом Щеткина–Блюмберга | 1 |
| Лихорадка | 1 |
| Положительный симптом Ровзинга, либо положительный кашлевой признак, либо болезненность при ректальном исследовании | 1 |
| Лабораторные данные Лейкоцитоз | 2 |
| Сдвиг лейкоцитарной формулы влево | 1 |

В зависимости от признаков, симптомов, результатов лабораторных исследований и количества баллов принимают решение: менее 5 баллов – острый аппендицит

маловероятен; 5–6 баллов – острый аппендицит возможен, больной нуждается в наблюдении; 7–8 баллов – острый аппендицит вероятен; 9–10 баллов – острый аппендицит имеется, больной нуждается в немедленном хирургическом вмешательстве.

Целью нашего исследования явилось изучение результатов применения шкалы Альварато при диагностике острого аппендицита у беременных.

Материал и методы

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, поступивших с 2006 по 2014 г. Для диагностики острого аппендицита у беременных наряду с выявлением характерных признаков острого аппендицита применялась шкала Альварато. Эти больные включены в основную группу (106 беременных). Контрольную группу составили 49 беременных, поступивших в хирургическое и родильное отделения больницы в 2000–2006 гг. В контрольной группе для диагностики использовались результаты клинко-лабораторных исследований. Результаты дооперационной диагностики сопоставляли интраоперационными находками.

У 67 (63,2 %) беременных основной группы клинко-лабораторная картина соответствовала острому аппендициту. При сопоставлении клинко-лабораторных данных с балльной шкалой Альварато диагноз поставлен у 57 (53,8 %) беременных ($p < 0,05$). Этим больным выполнена экстренная операция – аппендэктомия. При сопоставлении результатов балльной оценки операционными находками отмечается наличие прямой зависимости тяжести воспалительных изменений со стороны отростка от суммы баллов. Максимальная сумма баллов наблюдалась при деструктивных формах воспаления (у 24 больных) и составляла 8–10 баллов. При катаральных аппендицитах сумма баллов, как правило не превышало 5–6 баллов (у 2 беременных). Наиболее часто наблюдалась флегмонозная форма воспаления у 19 (73,1%) женщин. Острый гангренозный аппендицит диагностирован у 5 (19,2%) оперированных. У 2 (7,6%) беременных операционная находка расценена как «катаральный аппендицит». 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, у 2 – мезоаденит. У 39 беременных количество баллов было ниже 5 и диагноз острый аппендицит был исключен. 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. У 8 (25%) обнаружен катаральный аппендицит, у 18 (56%) флегмонозный аппендицит и у 3 операционная находка оценена как острый сальпингоофорит с явлениями вторичного аппендицита и у одной женщины трубная беременность. У 17 беременных контрольной группы на основе традиционных клинко-лабораторных данных острый аппендицит исключен. Как видно из приведенных данных в контрольной группе довольно большой процент поверхностных (катаральных) форм воспаления (25%), что

вызывает определенные вопросы среди клиницистов.

Выводы

Для диагностики острого аппендицита у беременных при оценке клинко-лабораторных данных целесообразно использовать балльную шкалу Альварато, которая позволяет улучшить дооперационную диагностику данного заболевания.

Список литературы

1. Доброквашин С.В., Измайлов А.Г., Волков Д.Е., Бердникова Е.А. Особенности диагностики острого аппендицита у беременных. Практическая медицина 2010; №8, с. 32-36.
2. Савельева Г.М. Справочник по акушерству и гинекологии и перинатологии. М., 2006; 192- 196.
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. Хасанов А.Г., Журавлев И.А., Бадретдинова Ф.Ф., Нуриева А.Р., Мамедова О.К. Новый и старый взгляд на проблему острого аппендицита при беременности (Обзор литературы) Научное обозрение. Медицинские науки №1. 2016., с.40-49
5. Шаймарданов Р.Ш., Гумаров Р.Ф. Острый аппендицит у беременных. Практическая медицина 2011. №06 (11), с. 43-47.
6. Alvarado A. A. A practical score for the early diagnosis of acute appendicitis. Ann Emerg Med 1986; 15: 557-564