

УДК 616.346.2-002.1:618.2

## ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ И АКУШЕРСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ У БЕРЕМЕННЫХ ПРИ БОЛЬШИХ СРОКАХ ГЕСТАЦИИ

**Мустафина З.З., Шарафутдинова И.Р.**

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

Клинический материал включает результаты диагностики и лечения острого аппендицита у 26 женщин на третьем триместре беременности, которые поступили в хирургическое и родильное отделения Городской клинической больницы №8 г. Уфы за 2006-2015 годы. При неосложненном остром аппендиците и при сроках беременности до 34 недель целесообразно выполнить операцию через расширенный доступ по Волковичу-Дьяконову и пролонгировать беременность до наступления срочных родов. При осложненном остром аппендиците и при сроках беременности 35 и более недель оправданным является срединная лапаротомия с одновременным родоразрешением путем кесарева сечения и выполнение аппендэктомии. Своевременное проведение токолитической терапии позволяет сохранить беременность у большинства прооперированных женщин в послеоперационном периоде и предупредить преждевременные роды.

**Ключевые слова:** третий триместр беременности, острый аппендицит, аппендэктомия.

## FEATURES OF SURGICAL AND OBSTETRIC TACTICS AT THE ACUTE APPENDICITIS AT PREGNANT WOMEN AT THE LARGER TERMS OF GESTATION

**Mustafina Z.Z., Sharafutdinova I.R.**

*Bashkir state medical university, Ufa, e-mail: danis.com@yandex.ru*

Clinical material includes results of diagnostics and treatment of an acute appendicitis at 26 women on the third trimester of pregnancy which arrived in surgical and maternity unit of the City hospital №8 of Ufa for 2006-2015. At an uncomplicated acute appendicitis and at durations of gestation up to 34 weeks it is expedient to execute operation through expanded access on Volkovichu-Dyakonov and to prolong pregnancy before births in time. At the complicated acute appendicitis and at durations of gestation of 35 and more weeks the median laparotomy with a simultaneous delivery cesarean sections and performance of appendectomy is in the way justified. Well-timed performing tokolytic therapy allows to keep pregnancy at most of the operated women in the postoperative period and to prevent premature birth.

**Keywords:** third trimester of pregnancy, acute appendicitis, appendectomy.

Беременность как нормальное физиологическое явление нередко осложняется развитием патологических ситуаций, которые не связаны с самой беременностью. Гормональная перестройка женского организма в период беременности, несомненно, оказывает влияние на течение многих патологических процессов с одной стороны и настойчиво диктует необходимость внесения коррекций в плане диагностики и лечения этих нестандартно возникших острых патологических ситуаций. Ярким примером такой нестандартной ситуации является осложнение нормально развивающейся беременности развитием острой хирургической патологии со стороны органов брюшной полости. По данным ряда авторов та или иная операция на органах брюшной полости во время беременности требуется одной из 150 женщин [4]. Самой частой хирургической патологией, встречающейся у беременных, является острый аппендицит. Во время беременности диагностика острого аппендицита, как и других заболеваний, сопровождающихся симптомами «острого живота»,

более затруднительна, чем у небеременных [1]. Наиболее сложными являются вопросы диагностики и выбор оптимальной лечебной тактики при больших сроках беременности. Диагностические сложности в поздние сроки гестации большинства авторов связывают с атипичностью клинической картины обусловленной возможным изменением топографии слепой кишки и червеобразного отростка [2,3]. По данным ряда авторов результатом поздней диагностики в третьем триместре беременности является двух – трех кратное нарастание количества перфоративных форм острого аппендицита, которые значительно ухудшают показатели перинатальной и материнской смертности. В связи с трудностями клинической диагностики острого аппендицита у каждой третьей беременной аппендэктомия выполняется через сутки от начала заболевания. Учитывая большие сроки беременности, доношенность плода и предстоящие роды нередко путем ниже-срединной лапаротомии выполняется кесарево сечение и аппендэктомия. С одной стороны, такая максималь-

ная активность в отношении родоразрешения, по-видимому, связана с желанием быстрого устранения существующей угрозы для плода и не всегда оптимальна для матери. С другой стороны, родоразрешение путем кесарева сечения является в техническом плане хорошо отработанной и часто выполняемой операцией (до 30%) и не представляет больших затруднений. Целью нашего исследования явилась оптимизация хирургической и акушерской тактики при остром аппендиците у беременных при больших сроках беременности.

#### **Материал и методы исследования**

Клинический материал включает результаты диагностики и лечения 159 беременных поступивших в хирургическое и родильное отделение ГКБ №8 г. Уфы за 2006-2015 годы. У 86 (54,1%) женщин на диагностическом этапе диагноз острый аппендицит исключен. Оперативное лечение выполнено 73(45,9%) беременным по поводу острого аппендицита. Среди них 13 (17,8%) женщин находились на первом, 34(46,6%) на втором и 26 (35,6%) женщин на третьем триместре беременности. В качестве основной группы взяты беременные с острым аппендицитом на третьем триместре гестации. Контрольную группу составили беременные с острым аппендицитом I и II триместра беременности. Средний возраст беременных пациенток, находящихся на третьем триместре, составил  $24 \pm 6,7$  лет и были сходны с возрастом контрольной группы.

#### **Результаты и их обсуждение**

У всех беременных, поступивших на третьем триместре, диагностика острого аппендицита была крайне затруднительна, о чем свидетельствуют сроки дооперационного наблюдения. Так, у 14(53,8%) беременных сроки дооперационного наблюдения составили свыше 12 часов; у 6(23,1%) до 12 часов; у 4(15,4%) до 6 часов. В среднем сроки дооперационного наблюдения составили  $12,7 \pm 3,1$  час. В контрольной группе среди беременных на II триместре эти показатели составили  $10,9 \pm 2,3$  часа и статистически были недостоверны ( $P > 0,05$ ). Сроки дооперационного наблюдения у женщин I триместра беременности составили  $5,4 \pm 1,2$  часа ( $P < 0,05$ ). В основной группе только одна беременная была оперирована первые 2 часа с момента госпитализации. Наиболее характерными признаками явились острое начало заболевания у 21(80,7%) женщин, симптом

Кохера-Волковича у 7 (26,9%), сухость во рту у 21(80,7%), повышение температуры тела у 16 (61,5%), тошнота у 20 (76,9%), рвота у 7 (26,9%), вздутие живота у 3(11,5%) беременных. 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 с угрозой прерывания беременности. Многие авторы оптимальным доступом хирургического лечения при остром аппендиците в III триместре считают срединную лапаротомию. При выборе хирургического доступа мы учитывали клиническую картину заболевания, распространенность перитонеальных знаков и выпота в брюшной полости по результатам эхографического исследования. При отсутствии явных признаков распространенного и общего перитонита и при сроках беременности до 34-35 недель у 12 беременных аппендэктомия выполнялась из косоугольного разреза Волковича-Дьяконова длиной 9-10 см. При ревизии брюшной полости у 9 женщин диагностирован местный перитонит, у 3 больных при флегмонозном изменении отростка выпота в брюшной полости не оказалось. Больным с местным перитонитом осуществлено дренирование подвздошной области полиэтиленовыми дренажами. При наличии клиники осложненного аппендицита с признаками разлитого перитонита и при сроке беременности 35 и более недель оперативное вмешательство у 14 беременных выполнялось путем срединной лапаротомии. При этом у 11 женщин диагностирован деструктивный аппендицит и перитонит носил местный характер, у 2-х диагностирован диффузный перитонит. У 2 беременных при выраженной клинической картине острого аппендицита диагностирован катаральный аппендицит. Особенностью операционных находок у этих больных явился длинный червеобразный отросток около 10 см, наличие калового камня в просвете и периаппендикулярных спаек. Учитывая доношенность плода и предстоящую родовую деятельность выполнены кесарево сечение и аппендэктомия. В послеоперационном периоде антибактериальную терапию проводили препаратами цефалоспоринового ряда, внутривенными инфузиями метрогила. Осложнения в виде инфекции в области хирургического вмешательства наблюда-

лись у 2-х(7,6%) пациенток. Среди оперированных больных летальных исходов не было. Терапию угрожающего выкидыша у всех беременных в III триместре после традиционной аппендэктомии через доступа по Волковичу-Дьяконова проводили также с использованием внутривенных капельных инъекций 25% раствора сульфата магния и утрожестана в течение 6-7 дней. У 4 (15,4%) женщин наблюдались преждевременные роды, из них у 2 женщин первые трое суток после операции. В трех случаях преждевременные роды с живым и у одной женщины мертвым плодом.

#### Выводы

1. При неосложненном остром аппендиците и при сроках беременности до 34 недель целесообразно выполнить операцию через расширенный доступ по Волковичу-Дьяконову и пролонгировать беременность до наступления срочных родов.

2. При осложненном остром аппендиците и при сроках беременности 35 и более недель оправданным является срединная лапаротомия с одновременным родоразрешением путем кесарева сечения и выполнение аппендэктомии.

3. Своевременное проведение токолитической терапии позволяет сохранить беременность у большинства прооперированных женщин в послеоперационном периоде и предупредить преждевременные роды.

#### Список литературы

1. Бондаренко М.М., Десятерик В.И., Брюшков С.С.// Клин. хир. 1993. №6. С. 5-7
2. 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
3. Шаймарданов Р.Ш., Гумаров Р.Ф. Острый аппендицит у беременных Практическая медицина 2011. №06 (11) ,с. 43-47
4. Lachman E., Schienfeld A., Voss E. et al. Pregnancy and laparoscopic surgery. J Am Ass Gynecol Laparosc 1999;6:347.