

ПРИМЕНЕНИЕ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У БЕРЕМЕННЫХ

Б.А. ДЖУМАНОВ, К.Н. АБДУРАХМАНОВА, В.В. САРКИСОВА, Т.Х. АБДУХАКИМОВ
Самаркандский медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд

Резюме. Исследование основано на анализе результатов диагностики и лечения 68 больных с подозрением на острый аппендицит на фоне беременности. Исследование проводилось с помощью клинично – биохимических анализов, УЗИ и диагностической лапароскопии. Применение УЗИ и диагностическую лапароскопию улучшило диагностические возможности острого аппендицита у беременных

Ключевые слова: острый аппендицит, беременность, ультразвуковое исследование, лапароскопия

THE USE OF INSTRUMENTAL METHODS OF ANALYSIS IN THE DIAGNOSIS OF ACUTE APPENDICITIS DURING PREGNANCY

B.A. DJUMANOV, K.N. ABDURAKHMANOVA, V.V. SARKISOVA, T.H. ABDUKHAKIMOV
Samarkand Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Samarkand city

Resume. Analyzed were the results of diagnosis and treatment of acute appendicitis in 50 patients at different stages of pregnancy. Given was the estimation of informativeness of ultrasound investigation and diagnostic laparoscopy for acute appendicitis in pregnant women. Described were the ultrasound and laparoscopic signs of acute appendicitis.

Key words: acute appendicitis, pregnancy, ultrasound, laparoscopy.

Актуальность. В настоящее время Острый аппендицит является самым частым из хирургических заболеваний органов брюшной полости и встречается у беременных в 0,3—5,2% наблюдений [1,2,6,7]. Наиболее часто аппендицит возникает в I (19—32%) и II (44—66%) триместрах, реже в III (15—16%) триместре беременности и послеродовом периоде (6—8%) [3, 4, 5]. Деструктивные формы аппендицита чаще наблюдаются в III триместре и послеродовом периоде, а перинатальные исходы бывают хуже, если заболевание развилось во II триместре беременности [2, 4, 5, 6]. Развитие аппендицита у беременных представляет существенную угрозу для плода. При неосложнённом остром аппендиците перинатальные потери составляют около 2—17% и возрастают до 19,4—50,0% при перфорации отростка [1, 2, 5, 7]. Материнская летальность колеблется от 0% при неосложнённом аппендиците до 16,7% при перфорации червеобразного отростка и перитоните [2, 4, 6]. Частота диагностических ошибок при остром аппендиците у беременных колеблется в пределах 11,9—44,0%, причем в равной мере допускается гипо- и гипердиагностика, соотношение частоты которых составляет соответственно 25% и 31% [3, 5, 6, 7].

Высокий процент диагностических ошибок

при остром аппендиците у беременных объясняется рядом причин:

1) с увеличением срока беременности червеобразный отросток прикрывается маткой и затрудняет выявление симптомов болезненности;

2) растяжение мышц передней брюшной стенки затрудняет определение симптома защитного напряжения брюшных мышц;

3) при беременности наблюдается физиологически повышенный лейкоцитоз, затрудняющий лабораторную диагностику.

Поэтому поиск и внедрение в клиническую практику инструментальных методов исследования при подозрении на острый аппендицит у беременных являются актуальной проблемой. В последние годы с целью объективизации диагноза острого аппендицита стали применяться УЗИ брюшной полости и диагностическая лапароскопия [1, 3, 4, 7]. До настоящего времени не конкретизированы УЗИ-признаки острого аппендицита у беременных и не сформулированы показания к лапароскопии при подозрении на острый аппендицит в разные сроки беременности.

Цель исследования. Изучить диагностические возможности УЗИ брюшной полости и диагностической лапароскопии у беременных при подозрении на острый аппендицит.

Материал и методы исследования.

Исследование основано на анализе результатов диагностики и лечения 68 больных с подозрением на острый аппендицит на фоне беременности, которые находились на лечении в Самаркандском филиале Республиканской научного центра экстренной медицинской помощи. Возраст больных варьировал от 14 лет до 41 года (в среднем 25—29 лет). Наименьший срок беременности был 3—4 недели, наибольший 35—36 недель. Клинико-лабораторная диагностика острого аппендицита у беременных основывалась на оценке клинических проявлений, симптомов болезненности, диспептических нарушений, термометрии, а также лабораторных исследований — общем анализе крови с лейкоформулой, лейкоцитарном индексе интоксикации, индексе нейтрофильного ответа, общем анализе мочи.

У 18 (26,3%) из 68 пациенток диагноз острого аппендицита в процессе динамического наблюдения в стационаре был исключён. У 2 пациенток этой группы диагностировано обострение хронического калькулёзного холецистита, у 3 - обострение хронического аднексита справа, у 7 - почечная колика и пиелит беременных, у 6 - спастический колит и кишечная колика. Остальных 50 (73,6%) пациенток оперировали по поводу различных клинических форм острого аппендицита. Из них 23 (46%) были в I триместре беременности, 18 (36 %) - во II и 9 (18%) - в III. В качестве скринингового метода у всех беременных с подозрением на острый аппендицит проводилось УЗИ органов брюшной полости. В процессе УЗИ внутренних половых органов с целью исключения акушерской патологии определяли локализацию плодного яйца в полости матки, размеры матки и соответствие её сроку беременности, эхографические признаки угрозы прерывания беременности (локальное утолщение миометрия вследствие повышения тонуса матки), размеры яичников (для исключения в них объемных образований), локализацию плаценты и внутриутробное состояние плода и наличие или отсутствие патологического выпота (экссудата) в прямокишечно-маточном углублении.

При исключении акушерско-гинекологической патологии приступали к прицельному осмотру правой подвздошной ямки и соседних с ней анатомических областей при продольном, поперечном и косом сканировании с дозированной компрессией датчиком, что позволяло улучшить визуализацию червеобразного отростка.

Ультразвуковыми признаками острого аппендицита мы считаем утолщение стенки червеобразного отростка > 2 мм, диаметр червеобразного отростка > 6 мм, ригидность передней брюшной стенки при дозированной компрессии (рис.1)

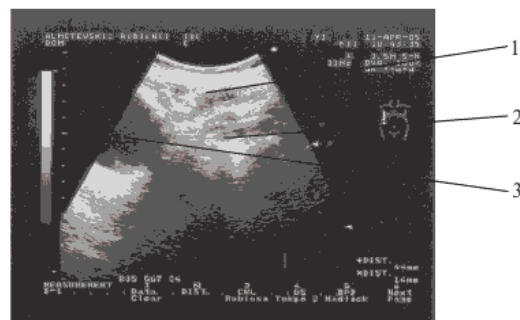


Рис. 1. Эхограмма больной С 20 лет. Беременность 7 недель. Визуализируется червеобразный отросток диаметром более 6 мм и толщиной стенки более 2 мм (1), а также правый яичник (2), купол слепой кишки (3).

Результаты исследования.

В I триместре беременности визуализировать и определить УЗ-признаки острого аппендицита удалось у 9 (18%) пациенток, во II - у 7 (14%) и в III - у 3 (6%). Таким образом, червеобразный отросток был визуализирован в 38% наблюдений.

У 38 (76%) пациенток диагноз острого аппендицита был установлен на основании клинических, лабораторных, ультразвуковых методов исследований с показаниями для хирургического лечения: всем была проведена аппендэктомия. У 35 (70%) из них аппендэктомии выполняли косым переменным доступом по Волковичу-Дьяконову, у 3 (6%) — нижнесрединным доступом ввиду наличия симптомов осложнённого аппендицита. У 12 (24%) пациенток были установлены показания к диагностической лапароскопии, из них находились в I и 5 во II триместрах беременности. В III триместре беременности лапароскопия не выполнялась ввиду отсутствия показаний.

Показанием к лапароскопии были случаи, когда клинико - лабораторными и УЗ методами исследования, а также в динамике в течение 2-4 часов подтвердить или исключить диагноз острого аппендицита не представлялось возможным.

Диагностическая лапароскопия проводилась под общим обезболиванием. Одним из основных условий для успешной диагностической лапароскопии у беременных является выбор адекватного операционного доступа, позволяющего выполнять все необходимые манипуляции для уточнения

диагноза и ревизии органов брюшной полости. В I триместре беременности оптимален доступ в классической точке Олима с использованием троакара диаметром 10 мм. Доступ выполняется на 2 см ниже пупка по срединной линии. При необходимости манипулятор вводят через 5-миллиметровый троакар в правом подреберье или левой подвздошной области под визуальным лапароскопическим контролем. Во II триместре беременности осуществляют доступ через отдельный разрез под визуальным контролем, а не методом прокола. Троакар диаметром 10 мм вводят на 3—4 см выше высоты стояния дна матки. У 3 пациенток (1 — в I и 2 — во II триместрах беременности) при лапароскопии диагноз острого аппендицита был исключён. У 4 женщин в I триместре беременности после лапароскопического подтверждения диагноза была произведена лапароскопическая аппендэктомия. У 4 пациенток (2 — в I и 2 — во II триместрах беременности) после диагностической лапароскопии и подтверждения диагноза была выполнена «классическая» аппендэктомия косым переменным доступом по Волковичу—Дьяконову. У 2 пациенток при лапароскопии обнаружился гнойный выпот с распространением в малый таз и установлены показания к нижнесрединной лапаротомии.

Сроки беременности при выполнении диагностической лапароскопии варьировали от 5 до 21 недели. У всех пациенток лапароскопически удалось осмотреть червеобразный отросток, кишечник, матку, яичники и оценить состояние органов брюшной полости.

Лапароскопическими признаками острого аппендицита мы считаем гиперемию серозного покрова червеобразного отростка с наложением фибрина, инфильтрацию тканей брыжейки и червеобразного отростка, выраженную инъекцию сосудов париетальной брюшины в правой подвздошной области и боковом канале, а при осложнённых формах острого аппендицита — наличие мутного гнойного выпота в брюшной полости, гиперемию париетальной брюшины по правому боковому каналу, инфильтрацию стенки купола слепой кишки.

У 3 беременных осмотреть брюшную полость удалось без применения манипулятора, у 5 — для отведения петель кишечника и сальника вводили манипуляторы: у 2 — через доступ в правом подреберье, а у 3 — левой подвздошной области. Выбор доступов (точек) введения манипулятора мы определяли послелапароскопического осмотра брюшной полости. Осложнений, связанных с лапароскопическим исследованием и

оперативным вмешательствам (аппендэктомия), не возникло. 2 беременные после лапароскопического исследования и аппендэктомии нижнесрединным доступом по поводу осложнённого аппендицита на 2 и 3 сутки были переведены в гинекологическую клинику в связи с развитием симптомов угрозы прерывания беременности. Оба случая закончились прерыванием беременности.

Обсуждения результатов.

Таким образом, при остром аппендиците у беременных гибель плода составляла 2,8%, летальных случаев среди самих женщин не было.

Наш опыт показывает, что применение современных инструментальных методов исследования у беременных при подозрении на острый аппендицит позволяет в кратчайшие сроки верифицировать диагноз острого аппендицита и выбрать оптимальный метод лечения.

Выводы.

1. У беременных с подозрением на острый аппендицит УЗИ брюшной полости позволяет визуализировать червеобразный отросток и верифицировать диагноз в 37,1% наблюдений.
2. При невозможности клиническими, лабораторными и УЗ методами исследования исключить острый аппендицит в I—II триместрах беременности, диагностическая лапароскопия является методом выбора, так как длительное динамическое наблюдение беременных чревато развитием тяжёлых инфекционных осложнений, опасных как для матери, так и для плода.
3. При лапароскопически подтверждённом неосложнённом аппендиците у беременных в I—II триместрах аппендэк- томия лучше проводить лапароскопическим методом.
4. Диагностическая лапароскопия при осложнённом аппендиците у беременных помогает выбрать оптимальный операционный доступ.

Литература:

1. Коркан И.П. Диагностическая лапароскопия у беременных // Хирургия. — 1992. — № 2. — С.63—66.
2. Стрижаков А.Н., Старкова Т.Г., Рыбин М., Самойлова Ю.А. Острый аппендицит и беременность // Вopr. гинекол., акуш. и перинатал. — 2006. — Т. 5. — № 6. — С. 54-60.
3. Шаймарданов Р.Л. Острый аппендицит и беременность // Практическое руководство. «Экстрагени- тальная патология и беременность» / Под ред. З.Ш. Гилязутдиновой). - М.: МЕДпресс, 1998. глава 9. —

C. 285-292.

4. Barnes S.L., Shane M.D., Schoemann M.B. *et al.* Laparoscopic appendectomy after 30 weeks pregnancy: report of two cases and description of technique // Am. Surg. - 2004. - Vol. 70(8). - P. 33-36.
5. Carver T.W., Antevil J., Egan J.C., Brown C.V. Appendectomy during early pregnancy: what is the preferred surgical approach? // Am. Surg. — 2005. — Vol. 71(10). — P. 809-812.
6. Pedrosa I., Levine I., Eyvazzadeh A.D. *et al.* MR imaging Evaluation of acute appendicitis in pregnancy // Radiology. - 2006. - Vol. 238(3). - P.891-899.
7. Wu J.M., Chen K.H., Lin H.F. *et al.* Laparoscopic appendectomy in pregnancy //J. Laparoendosc. Adv. Surg. Tech. A. - 2005. - Vol. 15(5). - P.447^50.

**ХОМИЛАДОРЛАРДА УТКИР
АППЕНДИЦИТ ДИАГНОСТИКАСИДА
ИНСТРУМЕНТАЛ ТЕКШИРИШ
УСУЛЛАРИНИ КУЛЛАШ**

Б.А. ДЖУМАНОВ, К.Н. АБДУРАХМАНОВА,
В.В. САРКИСОВА, Т.Х. АБДУХАКИМОВ

Самарканд медицина институт, Узбекистон
Республикаси, Самарканд ш.

Тадкикот хомиладорлик фонида уткир аппендицитга шубха булган 68 беморни урганиш натижаларига асосланган. Тадкикот клиник – биохимик тахлилилар, УТТва диагностик лапароскопия ердамида утказилган. УТТ ва диагностик лапароскопия хомиладорларда уткир аппендицит диогностикаси имкониятларини оширди.

Калит сузлар: уткир аппендицит, хомиладорлик, УТТ, лапароскопия