

АКУШЕРСТВО ГИНЕКОЛОГИЯ РЕПРОДУКЦИЯ

Включен в перечень ведущих
рецензируемых журналов и изданий ВАК

2014 • Том 8 • № 4

© ИРБИС. Все права защищены.

**КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА
И ПРОФИЛАКТИКА ВЕНОЗНЫХ
ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ
ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ**

Данная информация
не является

ВОПРОСЫ АКУШЕРСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ У БЕРЕМЕННЫХ

Хасанов А.Г.¹, Бадретдинова Ф.Ф.¹, Магафуров Р.Ф.², Шевченко З.Р.², Нуриева А.Р.¹, Мамедова О.К.²

¹ ГБОУ ВПО Башкирский государственный медицинский университет Минздрава России, Уфа

² МБУЗ ГКБ №8 Минздрава России, Уфа

Резюме: целью настоящего исследования явилась оптимизация акушерской тактики у женщин с острым аппендицитом в различные сроки гестации. Приведены результаты токолитической терапии по пролонгированию беременности и родоразрешения у 45 беременных с острым аппендицитом. В структуре оперированных женщин по поводу острого аппендицита беременные составили 5,7%. В основную группу входили 45 женщин, у которых течение беременности осложнилось развитием острого аппендицита. Контрольную группу составили 38 женщин с нормальным течением беременности. По триместрам гестации больные распределялись следующим образом: 14 женщин в I триместре беременности; 21 – во II и 10 женщин в III триместре беременности. Деструктивные формы аппендицита выявлены у 29 (64,4%) беременных. Применение прогестинов и β-адреномиметиков для пролонгирования беременности при остром аппендиците позволяет сохранить беременность у большинства женщин в послеоперационном периоде. У 26 (57,8%) женщин беременность завершились срочными, у 7 (15,5%) женщин – поздними преждевременными родами. Искусственное прерывание беременности по медицинским показаниям выполнено четырем больным с деструктивным аппендицитом в первом триместре беременности. При поздних сроках беременности 8 пациентам выполнено кесарево сечение в нижнем сегменте и аппендэктомия из срединного доступа. Среди женщин контрольной группы у 29 (76,3%) беременность закончилась срочными родами ($p < 0,05$). В контрольной

группе самопроизвольный выкидыш наблюдался у трех женщин. В малые сроки беременности при осложненных формах аппендицита акушерская тактика должна быть направлена на сохранение репродуктивной функции, а не на сохранение беременности. Применение прогестинов и β-адреномиметиков для пролонгирования беременности при остром аппендиците позволяет сохранить беременность у большинства женщин. Учитывая наличие в арсенале высокоэффективных антибактериальных препаратов при доношенной беременности и ограниченных формах перитонита кесарево сечение может служить методом родоразрешения.

Ключевые слова: беременность, острый аппендицит, пролонгирование беременности, родоразрешение.

Введение

Острый аппендицит (ОА) у беременных является одним из сложных акушерско-хирургических ситуаций. Ежегодно в России выполняется около 1 млн аппендэктомий у женщин, среди них 3-5% составляют беременные [3]. Безусловно, на сегодняшний день многие вопросы, связанные с хирургической тактикой при оказании помощи данной категории больных, успешно решены, хотя летальность с острым аппендицитом в 10 и более раз выше, чем при аппендиците вне беременности, и составляет, по данным разных авторов, 2,5-3% [2,6,7]. Решив хирургическую часть проблемы, неизбежно возникает вопрос – как быть с беременностью? Эти женщины входят в группу риска потери беременности. Определенные сложности

возникают при отсутствии в составе дежурной бригады акушера-гинеколога. В условиях реального здравоохранения организационно эти вопросы решаемы, но не всегда как надо и одинаково эффективно. Если даже на консультацию будет приглашен акушер-гинеколог, то это не значит, что вопрос будет решен профессионально, поскольку многие акушеры-гинекологи, к сожалению, недостаточно информированы об особенностях ведения беременности при данной патологии. Как быть с антибактериальной терапией, которая необходима для лечения воспалительного процесса в брюшной полости, если даже источник первично устранен хирургическим путем? В малые сроки беременности вопросы сохранения беременности на фоне деструктивного аппендицита, осложненного разлитым или общим перитонитом, отходят как бы на второй план, ибо главным является спасение жизни и репродуктивной функции матери. В таких случаях проводится комплексная терапия, направленная на лечение перитонита. При этом у женщин нередко наступает антенатальная гибель плода и самопроизвольное прерывание беременности. В большие сроки беременности вопросы родоразрешения вызывают наибольшие затруднения. По мнению отечественных корифеев А.Н. Стрижакова, А.Ф. Чернусова (2010), Г.М. Савельевой с соавт. (2006), в таких случаях кесарево сечение следует выполнять только по абсолютным показаниям со стороны матери. В остальных случаях целесообразно родоразрешать пациентку через естественные родовые пути [4,1]. Однако нередко имеет место родоразрешение путем кесарева сечения на фоне имеющегося перитонита, что представляет большую угрозу в плане развития гнойно-воспалительных осложнений со стороны беременной матки, развития сепсиса и удаления органа. С одной стороны, такая максимальная 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. Такая агрессивная тактика, судя по литературным источникам, имела место в 30-40-е годы прошлого столетия и сопровождалась нередко удалением матки [3]. С указанных позиций акушерская часть данной проблемы остается очень актуальной. Нами накоплен определенный опыт лечения данной категории больных, так как наша клиника является многопрофильной, в составе которой имеются два гинекологических, два хирургических отделения и одно из лучших родильных отделений г. Уфы. В данной статье мы умышленно не коснулись хирургических аспектов данной проблемы, поскольку они были отражены в предыдущих наших публикациях.

Целью настоящего исследования явилась оптимизация акушерской тактики у женщин с острым аппендицитом в различные сроки гестации.

Материал и методы

Клинический материал охватывает результаты диагностики и лечения 1190 женщин, поступивших в хирургические и родильные отделения МБУЗ ГKB №8 г. Уфы за 2009-2013 гг. по поводу острого аппендицита. Из них прооперированы 783 (65,8%). Среди поступивших с диагнозом острый аппендицит 106 женщин имели беременность. Все беременные, поступившие в отделения по поводу или с подозрением на острый аппендицит, осматривались консилиумом врачей в составе старшего хирурга, акушера-гинеколога, уролога с привлечением врача функциональной диагностики. Для диагностики острого аппендицита большинству беременных применяли ультразвуковое исследование брюшной полости как скрининг-метод, позволяющий улучшить качество диагностики в сложных случаях. Тотальному применению УЗ-исследования препятствовали отсутствие круглосуточного дежурства этих специалистов в клинике. При необходимости проведения данного исследования организовывали вызов специалиста из дома. Важным преимуществом данного исследования у беременных является возможность уточнения диагноза путем исключения другой хирургической и акушерско-гинекологической патологии. Для диагностики острого аппендицита у беременных наряду с выявлением характерных признаков острого аппендицита применяется шкала Альваро [5]. При изучении клинико-лабораторных данных с использованием шкалы Альваро у 57 беременных диагноз был исключен. У большинства беременных после консилиума врачей диагностирована угроза прерывания беременности. При невозможности исключения острого аппендицита при малых сроках беременности была выполнена диагностическая лапароскопия, во время которой у четырех пациенток выявлена внематочная беременность, у двух – мезоаденит. Среди беременных женщин, которые были доставлены в клинику с подозрением на острый аппендицит, преобладают женщины с первой беременностью. Появление такой симптоматики некоторые авторы именуют как синдром «ранней болезненной беременности», или псевдоаппендикулярным синдромом первого триместра беременности. Большинство врачей проявление болезненных состояний в начале беременности определяют как патологически протекающую беременность в ответ на гиперстимуляцию яичников, обозначая их как «гиперлютеинизацию», сходную с влиянием фолликулостимулирующих препаратов. В таких случаях при определении показаний к лапаротомии по поводу предполагаемого острого аппендицита обнаруживают увеличение матки, набухшие, кистозные, отечные, гиперемированные яичники. В период беременности всегда возникают застойные изменения со стороны висцеральных сосудов органов малого таза, связанные с гормональной перестройкой организма и повышением интраабдоминального давления. При интерпретации подобных изменений возникает естественный вопрос –

гиперемия, полнокровие сосудов отростка связаны с текущей беременностью или с истинным воспалением червеобразного отростка? Поскольку однозначного ответа нет, визуально подобные изменения хирургами трактуются как катаральный аппендицит и являются показанием для его удаления и оправданием хирургической тактики.

В основную группу были включены 45 женщин, у которых течение беременности осложнилось развитием острого аппендицита. Для изучения эффективности проводимой терапии, направленной на сохранение беременности, выделена группа беременных женщин (38 чел.) с нормальным течением беременности (контрольная группа). Группы практически не отличались по среднему возрасту женщин ($24,2 \pm 0,71$ года в основной и $25,1 \pm 0,52$ в контрольной группе; $p > 0,05$) и были сходны по акушерско-гинекологическому анамнезу. Результаты исследования обрабатывались с помощью IBM-совместимого компьютера с процессором Pentium с использованием пакета статистических программ Microsoft Excel, Statistica 6,0 (StatSoft Inc, США). Данные представлены в виде $M \pm m$, где M – среднее, m – стандартная ошибка среднего. Для оценки однородности групп использован сравнительный критерий Стьюдента. В малых группах применялись методы непараметрической статистики с вычислением критерия хи-квадрат (χ^2), с поправкой Йетса (yates corrected χ^2). У 45 беременных клинико-лабораторная картина соответствовала острому аппендициту. По триместрам гестации больные распределялись следующим образом: 14 женщин в I триместре беременности; 21 – во II и 10 – в III триместре беременности. Всем беременным с установленным диагнозом выполнена аппендэктомия: в 37 случаях с использованием традиционного доступа по Волковичу-Дьяконову, в восьми случаях проведена срединная лапаротомия, аппендэктомия и кесарево сечение при больших сроках беременности. Деструктивные формы аппендицита выявлены у 29 (64,4%) беременных; у 22 имела место флегмонозная форма воспаления, у семи беременных – гангренозный аппендицит. Деструктивные формы острого аппендицита наблюдались во всех сроках беременности. У пяти больных в первом, у 17 – во втором и у 7 – в третьем триместре беременности. У большинства больных деструктивным аппендицитом (22-75,8%) перитонит имел местный характер, у семи диагностирован диффузный перитонит. Среди беременных, оперированных по поводу острого аппендицита, летальных случаев не было. Всем беременным после выполнения аппендэктомии, независимо от срока беременности, назначалась комплексная терапия, направленная на снятие возбудимости матки в виде физического покоя, спазмолитическая терапия. Особое внимание уделялось беременным, которым для уточнения диагноза предполагалось проведение лапароскопических вмешательств, так как искусственно наложенный пневмоперитонеум сам по себе

является фактором, провоцирующим самопроизвольный выкидыш, независимо от сроков гестации. У таких женщин как элемент предоперационной подготовки включали внутривенные капельные инъекции 25% раствора сульфата магния для снятия тонуса матки. В послеоперационном периоде все женщины наблюдались хирургом и акушером-гинекологом. В наших наблюдениях зависимости частоты угрозы прерывания беременности от клинико-морфологической формы острого аппендицита не наблюдали. Всем беременным в послеоперационном периоде проводили комплексную терапию, направленную на пролонгирование беременности. При этом токолитическая терапия проводилась всем беременным, независимо от интраоперационной находки. В первом триместре при наличии эхографических признаков усиления тонуса матки назначали дротаверин по 2,0 мл внутримышечно 2-3 раза в сут. и инъекции сульфата магния. При появлении клинических симптомов угрозы прерывания беременности и наличия эхографических признаков повышенного тонуса матки в послеоперационном периоде назначали прогестерон или дидрогестерон по 400 мг однократно, затем в 1-е сут. 4 раза, на 2-е сут. 3 раза с последующим уменьшением дозы до 100 мг через 8 ч до нормализации тонуса матки. Медикаментозная коррекция пролонгирования беременности в III триместре – довольно сложная задача. Терапию угрожающего выкидыша у всех беременных во 2-м и 3-м триместре проводили также с использованием внутривенных капельных инъекций 25%-го раствора сульфата магния со скоростью 6-8 капель в мин. или прогестерон в течении 2-3 дней. При этом дозу прогестерона, в зависимости от акушерской ситуации, со 2-го дня лечения уменьшали до 300 мг 3 раза в сут., а спустя 6-7 сут. – до 100 мг 2 раза в сут. Ряд авторов сообщают об эффективности пролонгирования беременности в сочетании применении прогестининов и бета-адреномиметиков. У семи женщин токолитическую терапию гексопреналином (1,0 мл) проводили в сочетании с прогестероном в дозе 400 мг однократно, а затем каждые 6 ч после операции в 1-е сут., каждые 8 ч – на 2-е сут., по 100-200 мг каждые 8 ч – 3-е сут. до нормализации тонуса матки с хорошим эффектом. Однако при осложненных формах острого аппендицита, при наличии явлений перитонита назначение гексопреналина нежелательно, так как последний усиливает имеющийся парез кишечника, вызванный перитонитом.

Результаты и их обсуждение

Своевременное проведение токолитической терапии позволило сохранить беременность у большинства прооперированных женщин в послеоперационном периоде. У 26 (57,8%) женщин беременность завершилась срочными родами, у восьми женщин при поздних сроках беременности выполнено кесарево сечение в нижнем сегменте и аппендэктомия из срединного доступа. У одной беременной кесарево

сечение выполнено при сроке 30-31 нед. беременности с благоприятным исходом на фоне деструктивного аппендицита и пельвиоперитонита. У остальных больных кесарево сечение выполнено при доношенной беременности. В большинстве случаев интраоперационная находка оценивалась как деструктивный аппендицит с последующим гистологическим подтверждением препарата. У одной беременной кесарево сечение выполнено при катаральном аппендиците. В данном случае при клинико-инструментальном исследовании исключить острый аппендицит не представлялось возможным, и было решено выполнить нижнесрединную лапаротомию. При доношенной беременности (40-41 нед.) плод извлечен путем кесарева сечения, поскольку изменения со стороны червеобразного отростка были выражены, выполнена аппендэктомия. У двух беременных с доношенной беременностью с явлениями распространенного гнойно-фибринозного перитонита после кесарева сечения выполнена ампутация матки и удаление большого сальника, аппендэктомия и дренирование брюшной полости. Послеоперационный период – гладкий. Больные выписаны на 14-16-е сут. после операции. У 7 (15,5%) женщин основной группы наблюдались поздние преждевременные роды при 35-37 нед. беременности, у 4 (8,8%) наблюдался самопроизвольный аборт спустя 1-1,5 мес. после аппендэктомии. Среди женщин контрольной группы у 29 (76,3%) беременность закончилась срочными родами ($p < 0,05$). В контрольной группе самопроизвольный выкидыш наблю-

дался у трех женщин $\chi^2=0,02$, Yates corrected $\chi^2-p=0,8058$. Таким образом, полученные данные с большой долей вероятности позволяют говорить об эффективности применяемой акушерской тактики в плане сохранения беременности.

Заключение

Резюмируя вышесказанное, следует отметить, что вопросы пролонгирования беременности и родоразрешения у беременных с острым аппендицитом являются сложными и не до конца решенными. В малые сроки беременности при осложненных формах аппендицита акушерская тактика должна быть направлена на сохранение репродуктивной функции, а не на сохранение беременности. В послеоперационном периоде беременные с неосложненными формами острого аппендицита нуждаются в проведении токолитической терапии. Применение прогестинов и β -адреномиметиков для пролонгирования беременности при остром аппендиците позволяет сохранить беременность у большинства женщин в послеоперационном периоде. С учетом наличия в арсенале высокоэффективных антибактериальных препаратов при доношенной беременности и ограниченных формах перитонита кесарево сечение может служить методом родоразрешения. При распространенных формах аппендикулярного перитонита после выполнения аппендэктомии и дренирования брюшной полости целесообразно вести роды через естественные родовые пути.

Литература:

1. Савельева Г.М. Справочник по акушерству и гинекологии и перинатологии. М. 2006; 192-6.
2. Самойлова Ю.А. Клиника, диагностика, акушерская и хирургическая тактика у беременных с острым аппендицитом: автореф дисс. ... канд. мед. наук. М. 2007.

3. Стрижаков А.Н., Подзолкова Н.М., Баев О.Р. Современные принципы обследования и ведения беременных с острым аппендицитом. Акушерство и гинекология. 1998; 4: 47-53.
4. Стрижаков А.Н., Черноусов А.Ф., Самойлова Ю.А., Рыбин М.В. Беременность и острый аппендицит. М. 2010.
5. Alvarado A. A practical score for the early

diagnosis of acute appendicitis. *Ann emerg med.* 1986; 15: 1048-1049.

6. Borst A.R. Acute appendicitis: pregnancy complicates this diagnosis. *JAAPA.* 2007; 20: 36-38.
7. 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.

References:

1. Savel'eva G.M. Handbook of Obstetrics and Gynecology, and Perinatology [*Spravochnik po akusherstvu i ginekologii i perinatologii*]. Moscow. 2006; 192-6.
2. Samoilova Yu.A. The clinic, diagnosis, obstetrical and surgical tactics in pregnant women with acute appendicitis. Phd. Diss. [*Klinika, diagnostika, akusherskaya i*

khirurgicheskaya taktika u beremennykh s ostrym appenditsitom: avtoref diss. ... kand. med. nauk]. Moscow. 2007.

3. Strizhakov A.N., Podzolkova N.M., Baev O.R. *Akusherstvo i ginekologiya.* 1998; 4: 47-53.
4. Strizhakov A.N., Chernousov A.F., Samoilova Yu.A., Rybin M.V. Pregnancy and acute appendicitis [*Beremennost' i ostryi appenditsit*]. Moscow. 2010.

5. Alvarado A. A practical score for the early diagnosis of acute appendicitis. *Ann emerg med.* 1986; 15: 1048-1049.

6. Borst A.R. Acute appendicitis: pregnancy complicates this diagnosis. *JAAPA.* 2007; 20: 36-38.
7. 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.

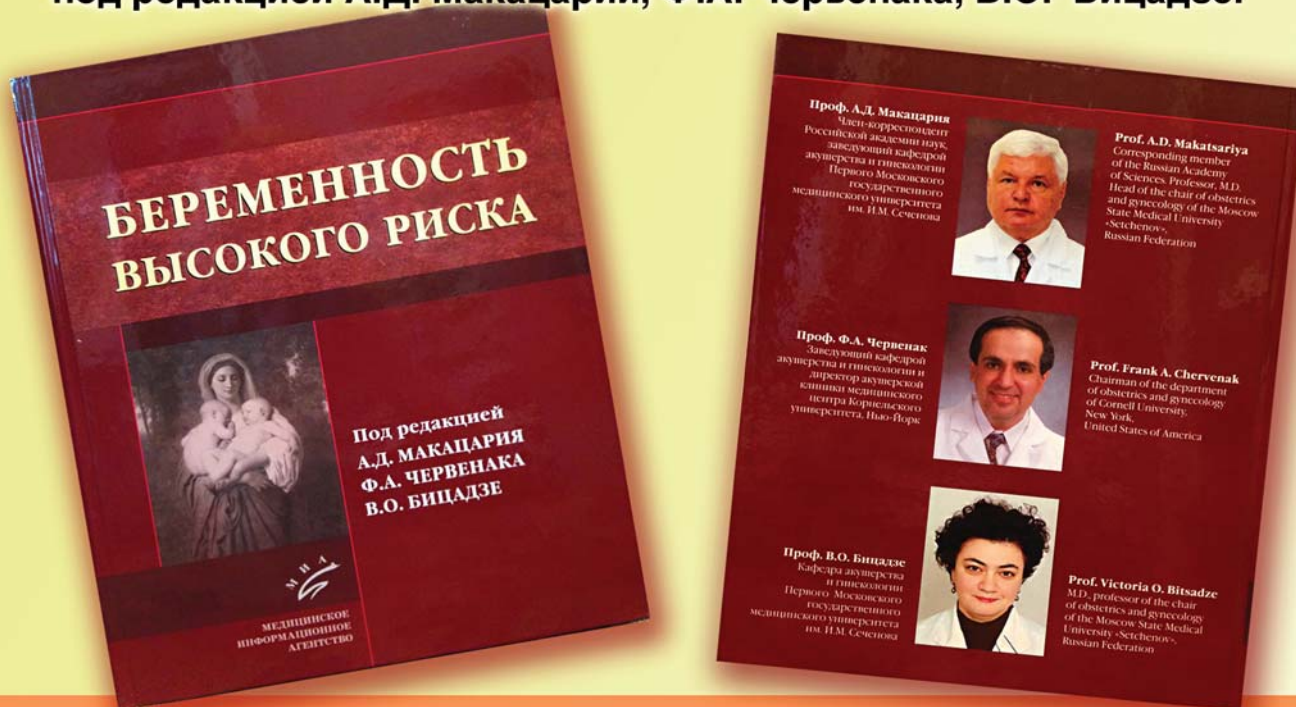
THE OBSTETRIC TACTICS IN ACUTE APPENDICITIS IN PREGNANCY

Khasanov A.G.¹, Badretdinova F.F.¹, Magafurov R.F.², Shevchenko Z.R.², Nurieva A.R.¹, Mamedova O.C.²¹ Bashkir State Medical University of the Ministry of Health Russian Federation, Ufa² City Clinical Hospital №8, Ufa

Abstract: the results of tocolytic therapy for prolongation pregnancy and delivery in pregnant women with severe appendicitis 45. In the structure of the women operated on appendicitis pregnant amounted to 5.7%. The aim of this study was to optimize obstetric tactics in women with severe appendicitis in different periods of gestation. The core group included 45 women whose pregnancy was complicated by the development of acute appendicitis. A control group consisted of 38 women with normal pregnancies. On the trimestram of gestation, patients were as follows: 14 women in the first trimester of pregnancy; 21-in the second and 10 women in the third trimester of pregnancy. Destructive forms of appendicitis in 29 (64.4%) and pregnant. Application of progestin and β - agonists for prolongation of pregnancy with acute appendicitis allows you to save the pregnancy for most women in the postoperative period. 26 (57.8%) and have women pregnancy resulted in urgent, at 7 (15.5%) and women late preterm birth. Artificial termination of pregnancy for medical reasons was 4 patients with destructive appendicitis in the first trimester of pregnancy. In late pregnancy 8 patients performed a caesarean section at the lower end and appendectomy of medial access. Among the women in the control group 29 (76.3 per cent) have pregnancy ended urgent delivery ($P < 0.05$). In the control group, there was a spontaneous miscarriage, women's 3×2 ($df=1$)- 0.02 $p=0.8813$, yates corrected $\chi^2=0.06$ $r=0.8058$. In small stages of pregnancy complications of appendicitis forms obstetric tactics should be aimed at preserving reproductive functions, rather than on maintaining pregnancy. Given the presence in the arsenal of highly effective antibacterial preparations at term and limited forms of peritonitis may serves as a c-section delivery.

Key words: pregnancy, acute appendicitis, continuation of pregnancy, delivery.

Вышла из печати монография «Беременность высокого риска» под редакцией А.Д. Макацарии, Ф.А. Червенака, В.О. Бицадзе.



Монография посвящена актуальным вопросам современного акушерства и перинатологии. Материалы, изложенные в монографии, были обсуждены как в Москве, во время пребывания Ф.А. Червенака, на кафедре Акушерства и гинекологии Медико-профилактического факультета МГМСУ им. И.М. Сеченова, так и в Нью-Йорке в Корнельском университете, во время пребывания А.Д. Макацарии и В.О. Бицадзе, в качестве приглашенных профессоров.

Заказы на книгу оформлять по телефону +7 (499) 245-54-27. Издательство МИА.