



ДОБРОКВАШИН С.В., ИЗМАЙЛОВ А.Г., ВОЛКОВ Д.Е., БЕРДНИКОВА Е.А.

616.31-07:612.363:618.2

Казанский государственный медицинский университет

Особенности диагностики острого аппендицита у беременных

Доброквашин Сергей Васильевич

профессор, доктор медицинских наук,

заведующий кафедрой общей хирургии

420126, г. Казань, пр. Ямашева, д. 63, кв. 32, тел. 8-903-344-86-11

По материалам отделения неотложной хирургии Госпиталя для ветеранов войн г. Казани проанализированы результаты лечения 23 беременных с 2005 по 2009 год. Определены основные клинические симптомы и диагностические особенности, характерные для острого аппендицита у беременных.

Ключевые слова: беременные, острый аппендицит.

DOBROKVASHIN S.V., IZMAILOV A.G., VOLKOV D.E., BERDNIKOVA E.A.

Kazan State Medical University

Peculiarities of the diagnosis of acute appendicitis in pregnant women

On materials emergency room hospital for war's veterans of Kazan analyzed the results of treatment of 23 pregnant women from 2005 to 2009. The main clinical symptoms and diagnostic features characteristic for acute appendicitis in pregnancy was described.

Keywords: pregnancy, acute appendicitis.

Острый аппендицит — наиболее распространенное хирургическое заболевание у беременных, угрожающее жизни матери и плода. Аппендицит во время беременности встречается в 0,03-5,2% случаев. По данным различных авторов, деструктивные формы аппендицита чаще возникают в 3-м триместре и послеродовом периоде, а перинатальные исходы бывают хуже, если заболевание развилось во 2-м триместре беременности [2]. По нашим данным, острый аппендицит отмечен в 0,7% случаев от общего количества оперированных больных.

Определенное значение в диагностике острого аппендицита у беременных имеют данные лабораторных исследований. Диагностическая ценность клинического анализа крови увеличивается при сопоставлении лейкоцитоза с частотой пульса. Частота пульса выше 100 ударов в минуту в сочетании

с лейкоцитозом более $12-14 \times 10^9$ даже на фоне нормальной температуры может свидетельствовать о тяжелом деструктивном аппендиците. Однако данная зависимость прослеживается не во всех случаях [1].

Стертость клинической картины, снижение диагностической ценности симптомов, характерных для острого аппендицита во время беременности, определяют важное значение применения дополнительных методов исследования для выявления данного заболевания. В настоящее время имеется большое количество публикаций, свидетельствующих о более высокой информативности и эффективном использовании с этой целью ультразвукового исследования. Важным преимуществом ультразвукового обследования беременных с подозрением на острый аппендицит является возможность исключения другой

хирургической и акушерско-гинекологической патологии (холецистит, панкреатит, перекрут кисты яичника, угроза выкидыша, отслойка плаценты) [3].

При диагностике острого аппендицита большое значение приобретает лапароскопия. Полная визуализация червеобразного отростка, по данным различных авторов, при лапароскопии у женщин возможна в 93% наблюдений. Наиболее часто при лапароскопии осуществляется дифференциальная диагностика между аппендицитом и такими заболеваниями, как киста яичника, острый сальпингоофорит, внематочная беременность, холецистит, а также кишечная непроходимость [4].

Нами проведен ретроспективный анализ историй болезни и лечения 23 беременных, которые находились на лечении в отделении неотложной хирургии Госпиталя для ветеранов войн г. Казани с 2005 по 2009 год. Все беременные поступали с диагнозом «острый аппендицит». Перед поступлением в отделение хирургии все больные были консультированы акушером-гинекологом. Из них 15 (65,2%) беременных с подтвержденным диагнозом «острый аппендицит» были оперированы под наркозом. При сомнительной картине заболевания больные наблюдались в течение 2-4 часов. Во время наблюдения больным вводили спазмолитики. В 3 (20%) случаях выполнили диагностическую лапароскопию с последующей конверсией для аппендэктомии по поводу острого флегмонозного аппендицита. Это были больные в 1-м триместре беременности. У остальных 8 (34,8%) беременных в процессе наблюдения диагноз «острый аппендицит» был снят.

Из 15 (65,2%) оперированных флегмонозный аппендицит выявлен у 7 (47%) больных, катаральный — у 8 (53%). У 15 оперированных женщин рана ушита наглухо. В послеоперационном периоде осложнений не было. По нашим данным, частота острого аппендицита в 1-м триместре составила 49%, во 2-м — 32%, реже в 3-м триместре — 19%. Наиболее частыми симптомами у оперированных больных были: болезненность при пальпации в правой подвздошной и правой мезогастральной области — у 6 больных (40%), симптом Кохера — у 3 больных (20%), симптом Ситковского и Бартомье — Михельсона — у 4 больных (26,6%), симптом Щеткина — Блюмберга выявлен у 2 больных (13,3%). В анализах крови при флегмонозном аппендиците не всегда наблюдался лейкоцитоз (33,4%), при катаральном, наоборот, в анализах крови выраженный лейкоцитоз, более 12×10^9 — в 53%.

На диагностическом этапе диагноз «острый аппендицит» у 8 (34,7%) больных не подтвердился. На основании проведенных

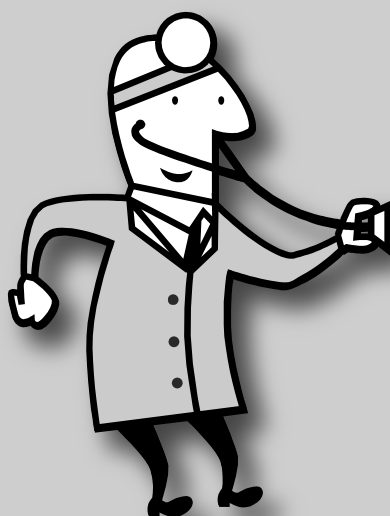
исследований (УЗИ почек и желчного пузыря, биохимических и общих анализов крови, динамики заболевания, уровня амилазы сыворотки крови и мочи) выявлены другие заболевания: у 3 — кишечная колика, у 1 — холецистопанкреатит, у 5 — почечная колика и у 1 — острый панкреатит.

Таким образом, на основании наших исследований можем отметить особенности острого аппендицита у беременных:

1. Наиболее часто острый аппендицит встречается в 1-м триместре (49%).
2. Обязателен осмотр всех больных гинекологом до поступления в хирургический стационар.
3. Необходимы лабораторные и инструментальные методы исследования: общий анализ крови, общий анализ мочи с исследованием диастазы, УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства.
4. Боль в 1-м триместре беременности чаще всего локализуется в правой подвздошной области (33,4%), во II-III триместре ввиду того, что матка увеличивается в объеме, слепая кишка перемещается ближе к печени, соответственно, боли могут локализоваться в правой мезогастральной области и правом подреберье (6,7%). Симптомы Кохера, Ситковского и Бартомье — Михельсона встречаются у больных во всех триместрах беременности (46,6%).
5. При невозможности исключения острого аппендицита в течение 2-4 часов показано проведение диагностической лапароскопии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кулик И.П., Седов В.М., Стрижельский В.В. / Беременность и острый аппендицит // Вестник хирургии, 1998 г. — Т155. — № 3. — С. 31-33.
2. Кригер Д.Г., Федоров А.В., Воскресенский П.К. Острый аппендицит. — М.: Медицина, 2007 г. — С. 234.
3. Серов В.Н., Стрижаков А.Н., Маркин С.А. Практическое акушерство. — Руководство для врачей. — М.: Медицина, 1997 г. — 512 с.
4. Стрижаков А.Н., Баев О.Р., Черкезова Э.И. Беременность и острый аппендицит. — Вестник Российской ассоциации акушеров и гинекологов, 1999 г. — № 1. — С. 123-129.



WWW.KZNMED.RU
КАЗАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ПОРТАЛ

ДЛЯ ВРАЧЕЙ И МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ
БЕСПЛАТНЫЕ ЭЛЕКТРОННЫЕ АДРЕСА
С ЗАЩИТОЙ ОТ СПАМА, С ДОСТУПОМ С ЛЮБОГО
КОМПЬЮТЕРА ИЛИ ТЕЛЕФОНА, С ВОЗМОЖНОСТЬЮ
ПРИЕМА БОЛЬШИХ ФАЙЛОВ, КАЛЕНДАРЕМ
И МНОЖЕСТВОМ ДРУГИХ ФУНКЦИЙ.

ВАШ НОВЫЙ УДОБНЫЙ АДРЕС @KZNMED.RU