

Г.П. Рычагов, О.А. Амельченя, О.А. Пересада, Е.Ю. Трухан, Л.В. Картун, Е. В. Ходосовская

### **Современные вопросы диагностики и лечения острого аппендицита у беременных**

Введение. Острый аппендицит является наиболее частым хирургическим заболеванием во время беременности. Согласно литературным данным острый аппендицит у беременных встречается в 0,05-0,13% случаев [6, 10, 12, 14, 18, 19, 22]. Наиболее часто он возникает в I (19-32%) и II триместрах (44-66%) беременности, реже в III триместре (15-16%) и послеродовом периоде (6-8%) [2, 11, 17, 22].

Трудности диагностики острого аппендицита связаны с физиологическими и анатомическими изменениями, происходящими в организме беременной женщины, что может привести к поздней диагностике данного заболевания и как следствие стать причиной развития осложнений. По данным Савельева В.С., Кригера А.Г. летальность беременных от острого аппендицита за 40 лет снизилась с 3,9 до 1,1%, но, тем не менее, она выше, чем у небеременных женщин. Чем больше срок беременности, тем выше летальность – 0,3-30% [4].

Острый аппендицит характеризуется разнообразием клинических проявлений. Кроме того, необходимо учитывать особенности связанные с беременностью: прогрессирующая с увеличением срока беременности релаксация мышц передней брюшной стенки; склонность к запорам, возникающая при беременности, ведет к застою содержимого кишечника; происходит перестройка системы иммунитета, в том числе и лимфоидного аппарата слепой кишки; снижается ответ иммунной системы на воспаление; происходят изменения свойств крови (повышение концентрации фибриногена в плазме, снижение концентрации активаторов пламиногена, повышение факторов свертывающей системы крови), возникает предрасположенность к сосудистым тромбозам; снижение тонуса гладкой мускулатуры желудочно-кишечного тракта.

Немаловажным фактором является вариабельность положения червеобразного отростка в разные триместры беременности. По данным Ваег J.L [13] после третьего месяца

беременности червеобразный отросток смещается выше точки McBurney. К VIII месяцу у 93% женщин червеобразный отросток обнаружен выше гребня подвздошной кости. О том, что аппендикс, начиная с 18-20 недели, смещается указывают и современные авторы [1, 5, 7, 8, 20]. Но существует и противоположная точка зрения, так Hodjati и Kazerooni у всех обследованных беременных с острым аппендицитом отметили, что червеобразный отросток располагался в правой подвздошной ямке [15]. Popkin и соавт. провели исследование, благодаря которому установили, что аппендикс в 94% случаев доступен через разрез McBurney и, что данный доступ может с успехом использоваться у беременных во все триместры беременности [21].

Вопросы диагностики острого аппендицита вообще, и у беременных в частности, представляют собой сложную хирургическую проблему. Существует более ста симптомов острого аппендицита, но, к сожалению, не один из них не является патогномичным. Однако ряд авторов, утверждают, что для острого аппендицита у беременных наиболее достоверными являются симптомы Брендо, Ризвана, Черемских-Кушниренко, Тараненко\* [3, 9].

В настоящее время все большее значение в диагностике острого аппендицита у беременных приобретают инструментальные методы обследования. Среди них наибольшее значение имеют уз-исследование и лапароскопия, роль которых еще необходимо оценить.

Не менее ответственной задачей является выбор способа хирургического лечения - традиционная или лапароскопическая аппендэктомия (ТАЭ, ЛАЭ), и определение влияния вида оперативного вмешательства на состояние пациентки, течение беременности, гормональный фон и другие показатели.

Цель исследования: дать оценку современным возможностям диагностики и оперативного лечения острого аппендицита у беременных и определить перспективные пути их улучшения.

Материалы и методы. С 2004г приказом Комитета здравоохранения г. Минска на базе 3 ГКБ им Е.В. Клумова открыт центр оказания медицинской помощи беременным с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости. Среди всех экстренных заболеваний доминирует острый аппендицит, что и явилось мотивацией к оценке и улучшению методов диагностики и лечения данного заболевания. С 2004 по 2010 гг. в приемное отделение 3 ГКБ с подозрением на острый аппендицит поступило 1632 беременных (в среднем 250 женщин в год), в хирургическое отделение госпитализировано 730 (44,7%). Все пациентки осматривались хирургом совместно с акушером-гинекологом, выполнялись общий анализ крови и мочи, при необходимости УЗИ органов малого таза, брюшной полости, забрюшинного пространства, диагностическая видеолaparоскопия (ДВЛС).

У 252 беременных проведен ретроспективный анализ дифференциальной диагностики острого аппендицита, у 54 изучены результаты применения видеолaparоскопии, у 20 результаты применения уз-исследования, как метода диагностики острого аппендицита, у 17 изучен уровень половых гормонов, у 42 оперированных, изучены отдаленные результаты и качество их жизни.

Определение показателей уровней гормонов в крови беременных с острым аппендицитом осуществлялось с помощью иммуноферментного анализа, на базе центральной исследовательской лаборатории Белорусского государственного медицинского университета.

Для оценки показателей качества жизни использовали опросник sf-36. "SF-36 Health Status Survey" - относится к неспецифическим опросникам для оценки качества жизни, он широко распространен в США и странах Европы при проведении исследований качества жизни. 36 пунктов опросника сгруппированы в восемь шкал: физическое функционирование, ролевая деятельность, телесная боль, общее здоровье, жизнеспособность, социальное

функционирование, эмоциональное состояние и психическое здоровье. Показатели каждой шкалы варьируют между 0 и 100, где 100 представляет полное здоровье, все шкалы формируют два показателя: психическое (МН) и физическое здоровье (РН). Результаты представляются в виде оценок в баллах по 8 шкалам, составленных таким образом, что более высокая оценка указывает на более высокий уровень КЖ. Кроме того использовали, составленную нами анкету, состоящую из 5 вопросов: длительность болевого синдрома в области послеоперационной раны, состояние рубца, боль в области рубца, боль в правой подвздошной области, повторная госпитализация в акушерско-гинекологическое отделение по поводу угрозы прерывания беременности.

Результаты и обсуждение. При целенаправленном анализе результатов дифференциальной диагностики из 252 беременных уже в приемном отделении у 154 (61,1%) диагноз острого аппендицита был исключён. У 64 (41,6%) выявлена акушерско-гинекологическая патология, у 53 (34,4%) -заболевания желудочно-кишечного тракта, у 23 -заболевания мочеполовой системы, у 4 (2,6%) – ОРВИ. У 10 (6,5%) женщин патологии не выявлено, так как они при осмотре жалоб не предъявляли, и при использовании дополнительных методов исследования отклонений от нормы не было отмечено. Одна из женщин обращалась в приемное отделение дважды. При первом обращении ей был выставлен диагноз острый гастрит, который симулировала эпигастральная фаза острого аппендицита. Через 17 часов, при повторном обращении ей была выполнена аппендэктомия по поводу острого флегмонозного аппендицита. 12 (7,2%) пациентов от предложенной госпитализации отказались, несмотря на то, что диагноз острого аппендицита у них не был исключен.

Все пациенты находились в приемном отделении не более одного часа. Дальнейшая лечебная тактика у беременных определялась в зависимости от характера выявленной

патологии. Распределение больных в зависимости от лечебной тактики представлено в таблице 1.

Таблица 1.

Как следует из таблицы №1 у 154 данных за острый аппендицит не выявлено (61,1%). 68 (27%) из них нуждались в более углубленном обследовании и лечении в акушерско-гинекологическом отделении. 2 (0,8%) женщины были направлены в инфекционную больницу с диагнозом острый гастроэнтерит. Еще у 60 (23,8%) отсутствовали данные за острый аппендицит или другую патологию, которая требовала бы госпитализации в специализированное отделение. 36 (14,3%) больных от госпитализации отказались. Всем отпущенным женщинам было рекомендовано наблюдение терапевта и акушера-гинеколога, контроль лабораторных исследований и при необходимости повторная консультация хирурга.

Когда исключить острый аппендицит в приемном отделении не представлялось возможным или имелась четкая клиника острого аппендицита, беременные госпитализировались в хирургическое отделение, всего 86 (34,1%) женщин. Средний возраст их составил  $25,31 \pm 0,37$  лет. 59 (68,6%) отмечали из перенесенных заболеваний только простудные, 17 (19,8%) в анамнезе имели акушерско-гинекологические заболевания, у 10 (11,6%) была другая патология (болезнь Боткина, гепатит «С», язвенная болезнь, хронический пиелонефрит).

Время от начала заболевания до госпитализации составило  $17,2 \pm 1,2$  ч. В первые 6 часов поступили 22 (25,6%) больных, спустя 7-12 ч – 17 (19,8%), 13-24 ч – 36 (41,8%) и свыше 24 ч – 11 (12,8%).

На основании данных клинического наблюдения в хирургическом отделении, результатов лабораторно-инструментальных методов исследования, у 70 (81,4%) беременных диагноз острого аппендицита был исключен. Были выявлены заболевания

желудочно-кишечного тракта у 43 (50%) пациенток, в 23 (26,7%) случаях акушерско-гинекологическая патология, в 3 (3,5%) - заболевания мочеполовой системы, в 1 (1,2%) - ОРВИ с абдоминальным синдромом. Острый аппендицит установлен всего лишь в 16 (18,6%) случаях.

24 (28,2%) беременные, после исключения острого аппендицита, были переведены для дальнейшего лечения и наблюдения в акушерско-гинекологические отделения. Среднее время от госпитализации до перевода было 17,4 час. 46 (53,5%) женщин после дообследования выписаны из хирургического отделения, под наблюдение акушера-гинеколога женской консультации. Средняя продолжительность нахождения больных в хирургическом стационаре составила 1,6 дня.

На основании проведенного исследования в процессе дифференциальной диагностики выявлено значительное количество заболеваний, которые представлены в таблице 2.

#### Таблица 2.

Основная часть женщин 131 (52%), из всех поступивших в 3 ГКБ с подозрением на острый аппендицит, были во II триместре беременности, 53 (21%) - в I триместре, 68 (27%) - в III.

В первом триместре беременности доминировали заболевания желудочно-кишечного тракта - 58,8%. Из всех заболеваний ЖКТ основное место занимала кишечная колика, причина возникновения которой, вероятно, повышение уровня прогестерона, который оказывает влияние на тонус гладкой мускулатуры кишечника. Акушерско-гинекологическая патология составила 31,4%. По поводу острого аппендицита прооперировано 9,8% беременных женщин.

Во втором триместре также преобладали заболеваний ЖКТ 41,9%. На долю акушерско-гинекологической патологии пришлось 35,5%. Характерными для этого триместра так же являлись заболевания мочевыделительной системы (15,3%), причиной развития которых, помимо гормональных сдвигов, являются и механические факторы (сдавление мочеточников маткой, ротирование матки вправо). У 7,3% диагностирован острый аппендицит.

В третьем соотношении заболеваний ЖКТ и акушерско-гинекологической патологии было примерно равным 41,9% и 43,5%. Заболеваний мочевыделительной системы составили 11,3%. У 3,2% выявлен острый аппендицит.

Вместо созерцательного динамического наблюдения мы в последние годы при диагностике острого аппендицита у беременных применяем инструментальные методы исследования, среди них уз-исследование (УЗИ). Главным достоинством УЗИ беременных с подозрением на острый аппендицит является возможность исключить другую хирургическую и акушерско-гинекологическую патологии (холецистит, миома матки, перекрут ножки кисты правого яичника, угроза выкидыша, и др.). Кроме того УЗИ это неинвазивный, безопасный для матери и плода метод исследования с возможностью его повторного применения. Кроме того УЗИ можно использовать для оценки состояния червеобразного отростка, правой подвздошной области. Из 20 обследованных у 9 (45%) были выявлены прямые и косвенные признаки острого воспаления аппендикса (рис.1).



Рисунок 1. Воспаленный червеобразный отросток

Диагностика острого аппендицита всегда балансирует между риском ошибочного диагноза и риском поздно установленного диагноза. Известно, что частота перфоративной формы острого аппендицита выше у беременных, и составляет 43%, по сравнению с 19% в общей популяции [23]. Из всех хирургических заболеваний острый аппендицит служит

наиболее частой причиной фетальных потерь. Перинатальные потери при не осложненных формах острого аппендицита составляют от 4 до 6%. Во второй половине беременности потери детей в 5 раз выше, чем в первой. Особенно опасно развитие перитонита, при котором потери детей достигают 90% [8]. Когда проведены общеклинические обследования, лабораторные методы исследования, УЗИ, а диагноз аппендицита все еще остается не ясным, видеолапароскопия становится наиболее важным методом диагностики острого аппендицита у беременных. Она имеет ряд интра- и постоперационных преимуществ. Позволяет избежать напрасно выполненных аппендэктомий. Помимо хорошей визуализации отростка возможно установление других причин абдоминального болевого синдрома, также она может из диагностической перейти в лечебную. Однако следует помнить, что видеолапароскопия является инвазивным методом и может сопровождаться рядом осложнений, таких как повреждение матки, других органов брюшной полости при пункции иглой Вереша и постановке троакара.

Результаты диагностической видеолапароскопии оценены у 54 пациенток. Количество женщин в I триместре беременности составило 15 (27,8%), 34 (63%) – во II триместре беременности, 5 (9,2%) – в III. На основании своего опыта, с целью снижения риска повреждения матки и органов брюшной полости, мы усовершенствовали методику видеолапароскопии, что оказалось особенно полезным у беременных во II и III триместрах беременности.

Лапароскопия выполнялась под общей анестезией. Для лучшей визуализации правой подвздошной области операционный стол наклоняли на левый бок, а угол наклона в положении Тренделенбурга составлял не более 15°. Мы изменили расположение операционной бригады, оно было следующим: оператор и ассистент находились с правой стороны от пациента: оператор - в области туловища, ассистент – головы пациента; лапароскопическая стойка устанавливалась с левой стороны, напротив оператора. Во время



лапароскопии создавали пневмоперитонеум углекислым газом с внутрибрюшным давлением не более 10-12 мм.рт.ст. Создание карбоксиперитонеума осуществляли «закрытой» методикой. Преимуществами «закрытой» методики наложения карбоксиперитонеума являются минимальное повреждение передней брюшной стенки, что приводит к уменьшению продолжительности операции, хорошему косметическому эффекту, минимальному болевому синдрому в послеоперационном периоде и минимальному использованию анальгетиков в послеоперационном периоде. Место введения иглы Вереша и первого троакара определяли на 2-3 см выше дна матки. Для того чтобы вводить иглу на нужную глубину нами разработан фиксатор. Фиксатор проводится через иглу Вереша и затем закрепляется на ней с помощью винта. Место закрепления фиксатора определяется до операции с помощью уз-исследования, на котором измеряется толщина передней брюшной стенки у беременных и определяется уровень стояния дна матки. Таким образом предотвращается прохождение иглы глубоко в брюшную полость, но при этом её длины достаточно для создания карбоксиперитонеума.

После наложения карбоксиперитонеума в брюшную полость вводился первый 10 мм троакар с фиксатором (принцип определения положения фиксатора на троакаре такой же, как для иглы Вереша). Через первый троакар вводили лапароскоп с угловой оптикой (30°). Поскольку полностью визуализировать червеобразный отросток только за счет изменения положения пациента на операционном столе редко представляется возможным, то при выполнении диагностической лапароскопии вводится второй троакар, для манипулятора (лапароскопического зажима). Для снижения риска повреждения органов брюшной полости, матки и удобства работы хирурга мы разработали троакар длиной 55 мм. В основу определения его длины легли данные о толщине передней брюшной стенки у беременных на УЗИ. Её значения колебались в пределах от 7 до 31 мм, средний показатель составил 15,1 мм±5 мм.

После проведения диагностической лапароскопии у 25 (54,3%) беременных диагноз острого аппендицита был исключен. Структура заболеваний, вынесенных в окончательный диагноз, представлен в таблице 3.

Таблица 3.
------------

Таким образом, в 54,3% случаев удалось избежать напрасно выполненной аппендэктомии. Следует отметить, что диагностическая видеолапароскопия может оказаться полезной для определения оптимального места выполнения лапаротомии в случае перехода на ТАЭ.

При установке диагноза острый аппендицит показано выполнение аппендэктомии. С развитием хирургии стало очевидным, что лапароскопические операции, в том числе и аппендэктомия, являются хорошей альтернативой открытым операциям.

С 2004 по 2010 гг. в хирургическом отделении 3 ГКБ г. Минска прооперировано 182 беременных по поводу острого аппендицита. В последние два года наряду с ТАЭ мы стали выполнять ЛАЭ. Мы обладаем опытом выполнения лапароскопической аппендэктомии у 12 беременных. Основная часть женщин находилась во II триместре беременности – 10 (83,3%) и 2 - в I (16,7%), в III – пациенток не было. Переходов с лапароскопической на традиционную не было. Необходимо отметить, что существуют трудности в интерпретации эндоскопической картины острого аппендицита. Это связано с проблемой визуализации червеобразного отростка при вариантах его расположения, а также сложностью оценки его макроскопических изменений, а именно вторичных, что наиболее часто наблюдается во время беременности. При сопоставлении макроскопической лапароскопической картины формы острого аппендицита у пациентов, которым была выполнена ЛАЭ, и гистологического описания, удаленного червеобразного отростка, в 2 (12,5%) случаях наблюдалась гипердиагностика. Был выставлен клинический диагноз острого флегмонозного аппендицита, а морфологически выявлен поверхностный.

При принятии решения о переходе на ЛАЭ доступ в брюшную полость расширяли еще за счет одного короткого троакара, который устанавливали в левой подвздошной или боковой области живота по средне-ключичной линии. После обзора органов брюшной полости оценивали количество и характер выпота, состояние брюшины, купола слепой кишки, прилежащих органов и изменения в червеобразном отростке. С целью уменьшения распространения микробной флоры перед аппендэктомией удаляли выпот из брюшной полости.

Брыжейку отростка пересекали с помощью аппарата «LigaSure». На основание отростка накладывали две эндопетли, причем непосредственно одну над другой, для предотвращения образования инфицированной замкнутой полости. К сожалению, стоимость готовых эндопетель очень высока, поэтому мы изготавливали их сами, используя лигатуры из ПГА (фирма Футберг) с диаметром 0. После этого аппендикс пересекали также с помощью аппарата «LigaSure». Использование аппарата «LigaSure» обладает рядом преимуществ: надежный гемостаз, возможность не только коагулировать, но и рассекать ткани без смены инструментов, минимальное термическое воздействие на окружающие ткани, дезинфекция зоны пересечения червеобразного отростка, уменьшение времени операции.

Для профилактики раневой инфекции червеобразный отросток удаляли через 10-миллиметровый троакар. После удаления отростка брюшная полость санировалась введением антисептика с его последующей аспирацией. Операцию заканчивали постановкой дренажа к зоне аппендэктомии.

Необходимо подчеркнуть, что перед применением ЛАЭ у беременных, был изучен литературный опыт использования этой операции, причем не только у беременных, но и у небеременных пациентов, а также изучены результаты хирургического лечения острого аппендицита с использованием эндовидеотехнологий на базе 3 ГКБ.

Хирургический метод лечения отличается тем, что помимо основного — лечебного — эффекта, его применение всегда сопровождается выраженной в той ли иной степени операционной травмой. Операционная травма относится к разряду чрезвычайных воздействий на организм и вызывает патофизиологические сдвиги со стороны жизненно важных органов и систем, конечно, в том числе и у беременных. Среди различных продуктов фето-плацентарного комплекса, которые активно участвуют в обеспечении нормально протекающего гестационного процесса, особое место занимают стероидные гормоны. В этой многочисленной группе ведущая роль с точки зрения контроля репродуктивной функции принадлежит эстрогенам, прогестерону. На основании этого мы исследовали уровень прогестерона и эстрадиола у беременных с острым аппендицитом.

Исследование выполнено у 17 беременных с острым аппендицитом, которые вошли в основную группу. Забор крови осуществлялся до операции и в первые сутки после операции. В контрольной группе обследованы 31 беременная. Это были практически здоровые беременные, забор крови которых осуществлялся в одной из женских консультаций г. Минска. Большая часть женщин основной группы находились во II триместре беременности – 10 (55,6%), в III – 5 (27,7%) и в I триместре – 3 (16,7%). Контрольная группа включала 10 (32,3%) женщин в I триместре, во II – 9 (29%), в III – 12 (38,7%). Средний возраст женщин из основной группы составил  $26,5 \pm 0,37$ , контрольной -  $28,1 \pm 0,88$ . Среднее время от начала заболевания до оперативного лечения составило  $17,1 \pm 1,2$  ч.

В результате проведенного исследования выяснилось, что концентрация, изучаемых стероидных гормонов у беременных без и с аппендицитом, статистически не отличалась ( $p \leq 0,05$ ). Это свидетельствует о том, что неосложненный острый аппендицит не имеет прямой угрозы беременности. Результаты изучения уровня прогестерона и эстрадиола до и после операции показали, что оперативное вмешательство оказывает влияние на гормональный фон у беременных, причем отмечено более значительное и статистически

достоверное ( $p \leq 0,05$ ) снижение прогестерона, который как известно является наиболее ответственным гормоном за сохранение беременности. Среднее значение разности концентраций прогестерона до и после операции составило  $390,7 \text{ нм/л} \pm 0,8$ . Наряду с этим мы не отметили существенных различий в уровне гормонов в зависимости от характера аппендэктомии. Выявленные изменения в гормональном фоне, ставят перед хирургом и акушером-гинекологом задачу по принятию мер для профилактики выкидышей и преждевременных родов.

В послеоперационном периоде у 12 беременных, которым выполнена ЛАЭ, осложнений не наблюдалось. После ТАЭ из 30 женщин у 2 (6,7%) отмечено поверхностное нагноение раны с формированием лигатурных свищей, еще у 2 (6,7%) - выполнена релапаротомия по поводу послеоперационного перитонита. У 1 (3,3%) пациентки сформировался свищ слепой кишки вследствие несостоятельности культи червеобразного отростка.

Длительный болевой синдром в области послеоперационной раны (около месяца) почти в два раза чаще наблюдался у беременных, прооперированных традиционным способом - 33,3%, и 16,7% случаев после ЛАЭ. 70% женщин были недовольны видом послеоперационного рубца после ТАЭ, после ЛАЭ все женщины были довольны косметическим эффектом. Кроме того в течение года после оперативного вмешательства также у бо'льшего количества беременных после ТАЭ наблюдались периодические боли в области рубца 26,7% и правой подвздошной области 20%, в сравнении с пациентками, которым была выполнена ЛАЭ, 16,7% и 16,7% соответственно.

Следует отметить также, что каждая 4-я женщина в послеоперационном периоде была переведена в акушерско-гинекологические отделения в связи с возникшей угрозой прерывания беременности. Родоразрешение проведено естественным путем в 82% случаев, в

– 18% выполнено кесарево сечение по акушерским показаниям. Фетальных потерь у оперированных нами пациенток не было.

Наряду с традиционным изучением ближайших и отдаленных результатов аппендэктомии у беременных, таких как число интра- и послеоперационных осложнений, длительность послеоперационного периода пребывания пациентов в стационаре и т.д., для более комплексной оценки эффективности оперативного вмешательства мы включили в анализ и показатели качества жизни пациентов в послеоперационном периоде. Качество жизни (КЖ) – это показатель физического, психологического, эмоционального и социального функционирования больного, основанный на субъективном восприятии своего состояния.

На представленных рисунках 2 и 3 представлены результаты опросника sf-36 в первый месяц (1), три месяца (2), полгода (3) и год (4) после аппендэктомии. Показатели физического здоровья по мере увеличения времени с момента операции улучшались, но на протяжении всего периода наблюдения показатель физического компонента здоровья после ЛАЭ находится на более высоком уровне по сравнению с аналогичным показателем после ТАЭ (рис. 2). Иначе представлены результаты по показателям психического компонента здоровья (рис. 3). После проведения ЛАЭ и ТАЭ они практически одинаковы. Также наблюдается постепенное улучшение показателей к году после выполнения аппендэктомии.

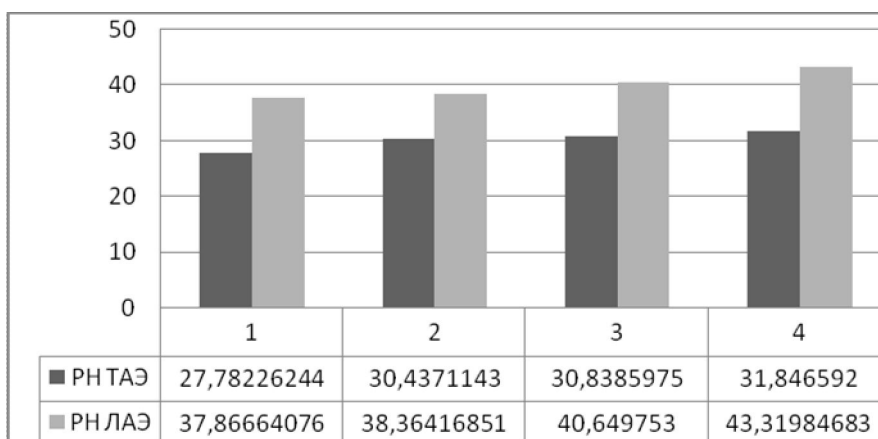


Рисунок 2. Физический компонент здоровья

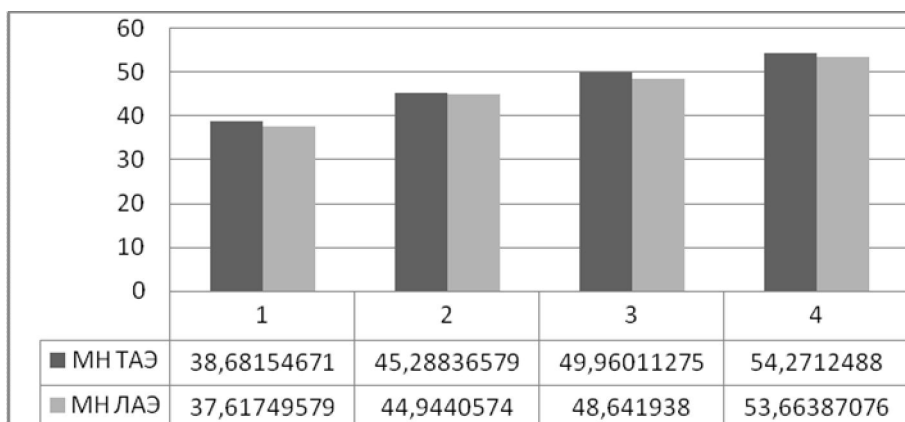


Рисунок 3. Психический компонент здоровья

Выводы.

1. Диагностика острого аппендицита у беременных представляет собой трудную задачу неотложной хирургии. В частности у данной категории пациентов имеет место гипердиагностика острого аппендицита, что обусловлено не только трудностями диагностики острого аппендицита у беременных, но также боязнью врачей амбулаторного звена пропустить острую хирургическую патологию. Среди заболеваний, которые могут симулировать острый аппендицит, чаще всего встречаются патология желудочно-кишечного тракта (38,1%), акушерско-гинекологическая патология (33,9%), мочевыделительной системы (10.4%). Острый аппендицит выявлен лишь у каждой 10-й беременной, доставленной в стационар.
2. Среди инструментальных методов особую диагностическую ценность имеет УЗИ органов брюшной полости, забрюшинного пространства, которое позволяет исключить другую абдоминальную патологию, оценить состояние плода, а в ряде случаев выявить прямые и косвенные признаки острого аппендицита.

3. Наиболее ценным методом диагностики острого аппендицита у беременных является видеолапароскопия, которая позволяет подтвердить или исключить наличие изменений со стороны червеобразного отростка, оценить его расположение, провести дифференциальную диагностику с другими заболеваниями органов брюшной полости. Видеолапароскопия в 54,3% случаев позволила исключить острый аппендицит и избежать напрасной аппендэктомии. Однако она является инвазивным методом диагностики, поэтому применять должна в диагностически трудных случаях, когда другие неинвазивные методы оказались неинформативны.
4. Лапароскопическая аппендэктомия по усовершенствованной нами методике, позволяет снизить опасность повреждения матки и органов брюшной полости. Она позволила снизить уровень послеоперационных осложнений с 16,7% до 0%.
5. Оценка результатов операции в ближайшем и отдаленном периоде, качества жизни беременных позволило выявить некоторые преимущества лапароскопической аппендэктомии. что было особенно заметно при оценке физического компонента здоровья. Он был выше на 10-15% в зависимости от срока наблюдения.
6. Оперативное вмешательство независимо от способа аппендэктомии приводило к снижению уровня прогестерона. Каждая 4-я женщина в послеоперационном периоде продолжила лечение в акушерско-гинекологических отделениях, в связи с развитием угрозы прерывания беременности.
7. Беременные с подозрением на острый аппендицит подлежат госпитализации в клинику, которая имеет опыт лечения таких пациентов и располагает возможностью оказания круглосуточной специализированной хирургической и акушерско-гинекологической медицинской помощью на современном уровне. Ведение беременных с острым аппендицитом необходимо осуществлять совместно с



акушером-гинекологом до окончательного выздоровления пациентки, а также в дальнейшем осуществлять более активное наблюдение за течением беременности.

Такая организация медицинской помощи беременным позволила нам избежать послеоперационной летальности и фетальных потерь, что вносит свой вклад в решение актуальной демографической проблемы нашей страны.

\* Симптом Брендо – появление боли справа при надавливании на левый край беременной матки.

Симптом Ризвана - усиление болей в правой подвздошной области при глубоком вдохе.

Симптом Черемских-Кушнirenко - усиление болей в правой подвздошной области при кашле.

Симптома Тараненко — усиление боли в правой подвздошной области при повороте с левого на правый бок.

#### Список литературы

1. Кригер А.Г., Шуркалин Б.К., Шогенов А.А., Ржебаев К.Э. Лапароскопия в диагностике острого аппендицита. Хирургия. 2000. №8. С. 14-19.
2. Подзолкова Н.М. Актуальные вопросы акушерства и гинекологии. / Под ред. А.Н. Стрижакова, А.И. Давыдова, Л.Д. Белоцерковцевой. Москва-Сургут, 1996.
3. Пронин В.А., Бойко В.В. Патология червеобразного отростка и аппендэктомия. 2007. С. 222-223.
4. Савельев В.С., Кригер А.Г. Лапароскопические вмешательства в неотложной хирургии. Состояние проблемы и перспективы // Эндоскоп. хир. 1999. №5. С.3-6.
5. Седов В.М., Турина Н.В., Богомоллов М.С. Острый аппендицит. СПб. 1997. С. 44-48
6. Смотриин С.М., Батвинков Н.И., Егорова Т.Ю. Актуальные вопросы перинатологии. Материалы научно-практической конференции с международным участием, посвященной 60-летию Гродненского областного клинического родильного дома. 2005, с.329-331.

7. Стрижаков А.Н., Асланов А.Г., Рыбин М.В. Беременность и острый аппендицит. *Вопр. акуш., гинекол., перинатол.* 2003. №1. С. 97-100.
8. Стрижаков А.Н., Тимохина Т.Ф., Баев О.Р. Фетоплацентарная недостаточность. Патогенез, диагностика, лечение. *Вопр. акуш., гинекол., перинатол.* 2003. Т. №2. №2. С. 53-63.
9. Стрижаков А.Н., Черноусов А.Ф., Рыбин М.В., Самойлова Ю.А. Беременность и острый аппендицит. *Вестник хирургической гастроэнтерологии.* 2010. №3. С. 4-16.
10. Al-Fozan H., Tulandi T. Safety and risk of laparoscopy in pregnancy. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2002. Vol. 14. P. 375-379.
11. Al-Mulhim A.A. Acute appendicitis in pregnancy. A review of 52 cases. *Int Surg.* 1996; Vol. 81. №3. P. 295-297.
12. Andersen B., Nielsen TF. Appendicitis in pregnancy: diagnosis, management and complications. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1999;78:758-62.
13. Baer JL, Reis RA, Arens RA. Appendicitis in pregnancy. *JAMA* 1932; 52:1359–1364.
14. Guttman R., Goldman R.D., Koren G. Appendicitis during pregnancy. *Canadian Family Physician.* 2004. Vol 50. P. 355-357.
15. Hodjati H, Kazerooni T. Location of appendix in the gravid patient: a re-evaluation of the established concept. *Int J Gynaecol Obstet.* 2003; 81:245–247.
16. Kirshtein B. Perry Z.H, Avinoach E., Mizrahi S., Lantsberg L. Safety of Laparoscopic Appendectomy During Pregnancy. *World J Surg.* 2009. 33:475–480.
17. Konlowski A., Pardela M., Drydx M. et al. *Wiad Lek.* 1992. Vol. 45. №13-14. P. 494-497
18. Mazze R.I., Kallen B. Appendectomy during pregnancy: a Swedish registry study of 778 cases. *Obstet Gynecol.* 1991. Vol. 77. P. 835-840.
19. Mourad J, Elliot JP, Erikson L, Lisboa L. Appendicitis in pregnancy: new information that contradicts long-held clinical beliefs. *Am J Obstet Gynecol.* 2000;182:1027-9.

20. Oto A., P. N. Srinivasan, Randy D., E. Mert, K. Fernando, C. Thomas, N. Gregory, C. Revisiting. MRI for Appendix Location During Pregnancy. AJR:186, March 2006. P. 883-887.
21. Popkin CA, Lopez PP, Cohn SM, Brown A, Lynn M. The incision of choice for pregnant women with appendicitis is through McBurney's point. Am J Surg. 2002; 183:20–22.
22. Tamir IL, Bongard FS, Klein SR. Appendicitis in the pregnant patient. Am J Surg. 1990. Vol. 160. № 6. P. 571-575.

Лечебная тактика	Пациенты (n (%))
Госпитализация в хирургическое отделение	86 (34,1)
Госпитализация в акушерско-гинекологическое отделение	68 (27)

Амбулаторное лечение	60 (23,8)
Отказ от госпитализации	24 (9,6)
Отказ от госпитализации (не исключенный острый аппендицит)	12 (4,8)
Направление в инфекционную больницу	2 (0,8)
Итого	252

---

Таблица 1. Распределение больных с учетом выбора лечебной тактики

---

Диагноз	Пациенты (n(%))
Патология ЖКТ:	
Кишечная колика	68 (27)
Острый гастрит	21 (8,3)

Хронический колит	3 (1,2)
Дискинезия желчевыводящих путей	2 (0,8)
Острый гастроэнтерит	2 (0,8)
О. флегмонозный\гангренозный аппендицит	16 (6,3)
Острый аппендицит?	12 (4,8)
Акушерско-гинекологическая патология:	
Угрожающий выкидыш\роды	67 (26,7)
Гестоз	7 (2,8)
Начавшийся выкидыш	4 (1,6)
Внематочная беременность	2 (0,8)
Срочные роды	2 (0,8)
Миома матки	2 (0,8)
Перекрут ножки кисты правого яичника	1 (0,4)
Плацентит	1 (0,4)
Эрозия шейки матки	1 (0,4)
Урологическая патология	
Пиелонефрит	25 (10)
Почечная колика	1 (0,4)
ОРВИ	5 (2)
Патологии не выявлено	10 (4)
Итого	252

Таблица 2.

Заболевания, диагностированные, у беременных

Диагноз	Пациенты, n (%)
Кишечная колика	18 (72%)
Острый мезаденит	2 (8%)
Киста желтого тела правого яичника	2 (8%)
Миома матки	1 (4%)

Двусторонний аднексит, обострение	1 (4%)
Разрыв кисты правой маточной трубы	1 (4%)
Итого	25 (100%)

Таблица 3.

Структура заболеваний



Рисунок 1. Воспаленный червеобразный отросток

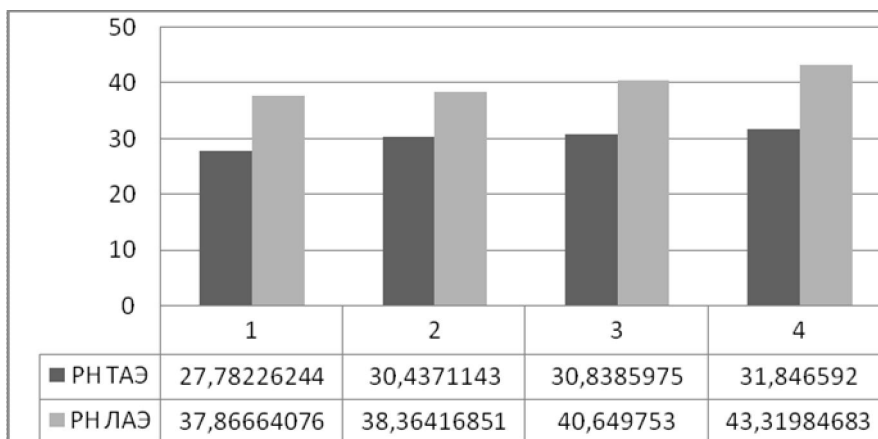


Рисунок 2. Физический компонент здоровья



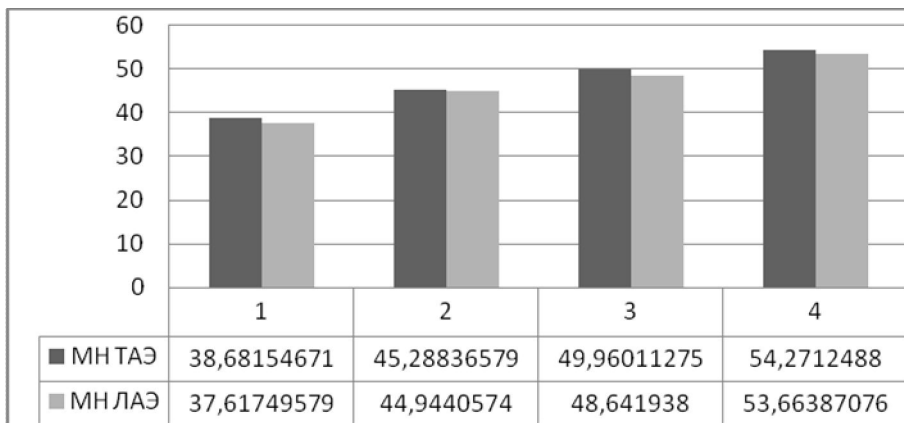


Рисунок 3. Психический компонент здоровья