

УДК 616.346.2-002-036.11:618.3

ХАЦКО В.В., ГРЕДЖЕВ Ф.А., ПАРХОМЕНКО А.В., ПОТАПОВ В.В.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, г. Донецк, Украина

ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ У БЕРЕМЕННЫХ (НАУЧНЫЙ ОБЗОР)

Резюме. В обзорной статье приведены современные данные о частоте, этиологии, клинике, диагностике и лечении острого аппендицита у беременных. Особое внимание уделено трудностям дифференциальной диагностики данного заболевания, возрастающим с увеличением срока гестации. Отмечено значение ультразвуковой и лапароскопической диагностики острого аппендицита во время беременности. Указаны особенности лапаротомического доступа и лапароскопической аппендэктомии у беременных. Подчеркнута высокая частота осложнений, возникающих после удаления червеобразного отростка.

Ключевые слова: острый аппендицит, беременность, диагностика, лечение.

В связи с изменением многих физиологических параметров организма беременной клинический дебют многих экстрагенитальных заболеваний отличается особой вариацией симптомов, что затрудняет их своевременную диагностику и ухудшает результаты лечения [1, 6, 10]. Это имеет особое значение в случаях возникновения острой хирургической патологии у беременных, в частности острого аппендицита (ОА). В настоящее время вопросы диагностики и лечения острого аппендицита продолжают оставаться одной из актуальных проблем экстренной хирургии. Это заболевание может сопровождаться опасными осложнениями. Семиотика его может изменяться, что зависит от срока беременности и особенностей прогрессирования воспалительного процесса в червеобразном отростке. По данным различных авторов, ОА у беременных встречается в 0,3–5,2 % случаев [4, 7, 8, 11]. Наиболее часто аппендицит возникает в I (19–32 %) и II (44–66 %) триместрах, реже — в III триместре (15–16 %) и послеродовом периоде (0,5–8 %) [2–4, 17, 18].

Деструктивные формы ОА, осложненные перфорацией и распространенным перитонитом, встречаются в III триместре в 3 раза чаще, чем в I, и в 2 раза чаще, чем во II триместре, а перинатальные исходы бывают хуже при развитии аппендицита во II триместре. Во время беременности перфоративный аппендицит наблюдается в 12–15 % оперативных вмешательств. Перинатальные потери и материнская летальность составляют соответственно 2–17 и 0,1–2 % при неосложненном аппендиците и до 19–50 и 16,7 % при перфорации червеобразного отростка или перитоните [1, 6–8, 15, 16].

Приблизительно половина беременных с ОА первоначально направляются в гинекологические стационары с подозрением на прерывание беременности. В 25–44 % случаев аппендэктомия выполняется лишь на вторые

сутки и позже, что является диагностически неблагоприятным (вплоть до летального исхода) фактором. Однако существуют и противоположные ситуации, когда при высоком риске прерывания беременности клинические данные свидетельствуют в пользу ОА и выполняется ненужная аппендэктомия, что увеличивает риск вероятности выкидыша [6, 7, 12, 13].

Во время беременности наблюдается повышение порога чувствительности специфических хеморецепторов к биологически активным веществам, вследствие чего ослабляется моторная функция кишечника и возникает склонность к запорам. Повышенная секреция прогестерона в I и II триместре способствует снижению тонуса гладкой мускулатуры кишечной стенки, что объясняет наличие застоя кишечного содержимого и повышение активности кишечной микрофлоры. Поэтому в этиологии острого аппендицита ведущую роль играет вегетирующая условно-патогенная аэробная и анаэробная флора. Перегиб червеобразного отростка, его растяжение, ухудшение кровоснабжения и нарушение опорожнения наряду с указанными выше явлениями благоприятны для размножения бактериальных агентов и их проникновения в стенку червеобразного отростка [6, 9, 14].

Различают следующие формы аппендицита: простую (то есть катаральную) и деструктивные (флегмонозную, гангренозную и перфоративную). По сути они являются стадиями развития одного процесса, при прогрессирующем течении заболевания для возникновения каждой из них требуется определенное время: для катарального

© Хашко В.В., Греджев Ф.А., Пархоменко А.В.,

Потапов В.В., 2014

© «Украинский журнал хирургии», 2014

© Заславский А.Ю., 2014

аппендицита — 6–12 часов, для флегмонозного — 12–24 часа, для гангренозного — 24–48 часов; позже может произойти перфорация отростка, при которой содержимое кишечника попадает в брюшную полость и возникает перитонит. Развитие перитонита чаще происходит в более поздние сроки беременности, так как ухудшаются условия для отграничения воспалительного процесса в брюшной полости. Наблюдается нарастание боли, учащение пульса, повышается температура тела, учащается рвота, появляются вздутие живота, затрудненное дыхание, одышка [1–3].

Нетипичность симптоматики ОА у беременных связана с анатомическими особенностями, возникающими вследствие изменения положения купола слепой кишки и червеобразного отростка. Считается, что купол слепой кишки во II и III триместрах оттесняется беременной маткой кверху и кзади. Таким образом, в III триместре купол слепой кишки расположен в правом подреберье, что может симулировать клинику острого холецистита при наличии ОА. По мнению некоторых авторов, между сроками беременности и локализацией аппендикса не существует зависимости и у небеременных женщин нетипичное его положение встречается с той же частотой, что и у беременных [4, 8, 9, 11].

Одним из ведущих симптомов ОА у беременных является боль. Следует заметить, что во время беременности локализация боли носит менее постоянный характер, чем при остром аппендиците у небеременных женщин. Это может быть боль в правой подвздошной области (в первой половине беременности) или выше по направлению, вплоть до правой подреберной области. Она может ощущаться чуть ли не в любом отделе живота, что связано с рефлекторным ее распространением. Боль наблюдается в 89,5 % случаев. Как правило, она возникает внезапно, носит постоянный, ноющий характер; значительно реже приобретает острый режущий характер со схваткообразным течением. Редко такому приступу предшествуют постоянная ноющая боль в правой половине живота. Она обычно умеренная, не вызывает потери трудоспособности. И зачастую сами больные интерпретируют наличие боли развивающейся беременностью. Лишь подробный, тщательно собранный анамнез дает возможность установить, что приступ боли, вызванный ОА, отличается от каких-либо болевых ощущений, которые могли сопутствовать развитию беременности. В большинстве случаев женщины отмечают, что боли в том или ином отделе живота ощущались и раньше, но настолько выраженного, подобного приступа боли в период беременности не испытывали ни разу [6, 9, 14].

Кроме того, одним из относительно постоянных признаков ОА является локализованная болезненность при пальпации в правой половине живота, чаще всего в правой подвздошной области или выше по направлению к правой реберной дуге, что связано с анатомическими особенностями, указанными ранее.

Таким образом, основными симптомами ОА у беременных являются внезапность заболевания, боли в правой половине живота и локализованная болезненность при пальпации, что встречается в большинстве случаев.

Остальные признаки имеют также весьма важное значение в диагностике ОА, но наблюдаются с меньшим постоянством. У большинства больных регистрируется повышение температуры до субфебрильных и даже фебрильных цифр. В качестве проявлений ОА может быть также диспепсия в виде тошноты и рвоты, но данные симптомы не имеют большого значения у беременных женщин, так как они нередко сопутствуют беременности, особенно в начальном ее периоде [4–6, 10].

Непостоянным признаком является также нарушение функции кишечника. Достаточно редко наблюдается напряжение мышц живота у пациенток с острым аппендицитом и беременностью. Этот признак обычно возможно выявить в первой половине беременности, во второй же это сделать трудно. По мере увеличения матки растягивает мышцы брюшного пресса, поэтому мышечное напряжение с трудом улавливается, поэтому мягкая брюшная стенка или же отсутствие четкого напряжения мышц живота вовсе не исключают диагноза ОА. Для того чтобы исключить или подтвердить наличие напряжения передней брюшной стенки, рекомендуется исследовать беременных в положении на левом боку, при котором увеличенная матка смещается, освобождая правую половину живота, и напряжение мышц выявляется достовернее.

Симптом Щеткина — Блюмберга является важным признаком, указывающим на вовлечение в воспалительный процесс брюшины, но при беременности встречается реже, чем у небеременных женщин. Выраженность его различна, хотя он может и вовсе отсутствовать при самых тяжелых гнойных и гангренозных формах острого аппендицита, что сравнительно часто бывает у беременных [5, 9, 13, 14].

Таким образом, при беременности, особенно во второй ее половине, клиническая картина острого аппендицита часто бывает неясной, не типичной в сравнении с ОА у небеременных. Типичные симптомы при этом выявляются реже и не так отчетливо, что создает значительные диагностические трудности. Клинические проявления ОА зачастую не соответствуют характеру и тяжести морфологических изменений червеобразного отростка, поэтому предвидеть особенности патологоанатомических изменений трудно, а предсказать прогноз порой не представляется возможным.

Чтобы окончательно поставить диагноз, следует использовать дополнительные методы исследования — лабораторные и инструментальные. В общем анализе крови как у беременных, так и у небеременных обычно наблюдаются лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево и увеличение СОЭ. В качестве визуализирующих методов для диагностики ОА у беременных используют УЗИ органов брюшной полости. Но данный метод позволяет визуализировать аппендикс в 37,1 % наблюдений: в I триместре — до 17,2 %, во II — до 14,2 %, в III — до 5,7 %. При этом выполняется УЗИ внутренних половых органов для исключения акушерской патологии. К признакам ОА на УЗИ относят утолщение стенки аппендикса более 2 мм, диаметр его более 6 мм, при дозированной компрессии датчиком — ригидность передней брюшной стенки [5, 8, 9, 16].

Наиболее доступным, информативным и объективным методом исследования при подозрении на ОА стала лапароскопия. Не так давно беременность являлась абсолютным противопоказанием для лапароскопии и лапароскопической аппендэктомии в связи с недостатком данных о влиянии карбоксиперитонеума и собственно инсуффляции брюшной полости беременной на плод. Самым серьезным осложнением при этом была эмбриональная смерть (в 8,5–21 % случаев). Обычно это не связано с лапароскопией, а обусловлено основным заболеванием беременной. С учетом инвазивности целесообразность широкого внедрения лапароскопии в повседневную практику до сих пор оспаривается, и на данный момент все еще не существует единого мнения в отношении безопасности ее применения. За счет наличия различных сопутствующих факторов, таких как спаечный процесс в брюшной полости, выраженное ожирение, вариантность анатомии и уровень квалификации врача, порой физически не представляется возможным выполнение лапароскопии и лапароскопической аппендэктомии [9, 11, 13, 14].

По мнению многих авторов, лапароскопия и лапароскопическая аппендэктомия являются относительно безопасными для плода до 20-й недели беременности, а при больших сроках рекомендуется выполнять традиционную открытую операцию [7, 9]. Другие же авторы придерживаются мнения, что в первом триместре следует с осторожностью принимать решение о лапароскопической методике, выполнять ее надо с 26–28 недель [13, 14]. Существует также мнение, что как лапароскопия и лапароскопическая аппендэктомия, так и традиционные операции относительно безопасны и сопровождаются равным количеством осложнений во всех триместрах беременности при условии активного наблюдения за состоянием матери и плода [7, 13]. Тем не менее малая инвазивность и возможность обеспечения самостоятельной родовой деятельности в ближайшем и более позднем послеоперационном периоде определяют выбор лапароскопической аппендэктомии в качестве оперативного вмешательства. Однако развитие распространенного перитонита на фоне доношенной беременности является показанием к кесареву сечению.

Перед проведением оперативного вмешательства возникает вопрос, какой вид обезболивания предпочесть. При неосложненном ОА, при бережном обращении с тканями и внутренними органами операцию можно произвести и под местной новокаиновой или эпидуральной анестезией. В случаях технических сложностей при удалении отростка (обширные спайки, ретроцекальное расположение и др.) необходимо применить общую анестезию [4, 5, 18].

Преимущества лапароскопических операций у беременных подобны таковым у небеременных: уменьшаются количество койко-дней, осложнений, сроки реабилитации [3, 7, 14]. Лапароскопия теоретически дает лучшую визуализацию и требует меньших манипуляций с маткой, что предотвращает ранние роды. Для исключения ОА в диагностическом плане лапароскопия эффективнее. Так, в 35–50 % случаев подозрения на ОА в III триместре не оправдывают себя. Напротив, задержка операции в данном случае также весьма негативна и зачастую сопровождается осложнениями: перфорацией червеобразного

отростка с дальнейшим возможным развитием распространенного перитонита.

Следует заметить, что одним из важнейших преимуществ лапароскопии является снижение риска развития тромботических осложнений, ведь при беременности, особенно в последнем триместре, наблюдается сгущение крови. А ранняя способность к передвижению в послеоперационном периоде, связанная с малой инвазивностью метода, может значительно уменьшить риск развития указанных последствий для беременной.

Лапароскопическими признаками острого аппендицита считаются гиперемия серозного покрова червеобразного отростка с наложением фибрина, инфильтрация тканей брыжейки и аппендикса, выраженная инъекция сосудов париетальной брюшины в правой подвздошной области и боковом канале, а при осложненных формах — наличие мутного гнойного выпота в брюшной полости, гиперемия париетальной брюшины по правому боковому каналу, инфильтрация стенки купола слепой кишки [2, 11].

К недостаткам лапароскопии следует отнести опасность повреждения беременной матки первым троакаром или иглой Вереща. Данное обстоятельство зависит от размеров матки. Возможно развитие пневмоамниона с потерей плода, такие случаи описаны и случаются преимущественно во II и III триместрах гестации, ведь по мере роста матки все больше затрудняется введение первого троакара. В таком случае рекомендуют открытую лапароскопию по Хассону [3, 7, 15]. После 18-й недели беременности следует вводить первый троакар на расстоянии между мечевидным отростком и пупком, значительно выше последнего, чтобы не повредить увеличенную матку. Во втором триместре оперативное вмешательство наиболее оптимально, так как органогенез плода по сути завершен и размеры матки еще позволяют провести операцию. В третьем триместре возникают свои трудности: увеличивается матка и соответственно повышается риск ее повреждения или возникновения преждевременных родов.

По данным различных исследований, частота диагностических ошибок при остром аппендиците у беременных колеблется — от 11,9–44,0 % . Гипо- и гипердиагностика составляют соответственно 25 и 31 % [1, 6, 10]. При лапароскопии ложный диагноз (до 5 %) ставится в основном за счет негативного влияния анестезирующих препаратов и замедления фетоплацентарного кровотока, что связано с интраоперационной гипоксией матки и плода [18]. Лапароскопия неэффективна в 11 % случаев, а при непроведении данной методики и выполнении лапаротомных вмешательств частота диагностических ошибок достигает 1,8 % [2, 3, 11].

В 17 % случаев после аппендэктомии у беременных возникают акушерские и хирургические осложнения. В числе хирургических — перфорация и септический шок. При некоторых вариантах расположения аппендикса может развиваться правосторонняя плевропневмония. Среди других осложнений выделяют послеоперационные инфекционные процессы, кишечную непроходимость. Летальность колеблется от 0 % при неосложненном аппендиците до 16,7 % при перфорации и перитоните [4, 6, 10, 12, 16].

Наличие аппендицита у беременных значительно ухудшает прогноз для плода. После лапаротомной аппендэктомии при неосложненном аппендиците, особенно во II триместре беременности, перинатальные потери составляют около 2–17 % и возрастают до 18–50 % при перфорации отростка [1, 4, 8, 10, 17].

В любом случае, сколько бы времени не прошло от хирургического вмешательства до наступления родов, их следует вести с настороженностью из-за повышенного риска возникновения осложнений: аномалий родовой деятельности, дистресса плода, кровотечения в раннем послеродовом периоде. Женщина, перенесшая аппендэктомию, после стационарного лечения должна время от времени посещать акушера-гинеколога, так как существует риск развития патологии беременности: угрозы преждевременных родов, отслойки нормально расположенной плаценты.

Таким образом, своевременная диагностика аппендицита у беременных часто представляет сложную задачу, для решения которой необходимо умелое использование клинико-лабораторных методов исследования. Для уменьшения частоты осложнений ОА у матери и плода необходимо дальнейшее совершенствование подходов к выбору метода анестезии, оперативного вмешательства и тактики ведения в до- и послеоперационном периодах.

Список литературы

1. *Діагностика і лікування гострого ретроперитонеального апендициту у жінки на 36–37-му тижні вагітності / Б.С. Келеман, Г.В. Гула, В.П. Федоренко [та інші.] // Львівський мед. часопис. — 2009. — Т. 15, № 2. — С. 58-63.*
2. *Короткевич А.Г. Техника диагностической лапароскопии у беременных / А.Г. Короткевич, Л.А. Злобина, Ю.Ю. Ревницкая // Эндоскоп. хирургия. — 2010. — № 2. — С. 37-41.*
3. *Лапароскопическая аппендэктомия при беременности / В.П. Сажин, Д.Е. Климов, И.В. Сажин [и др.] // Хирургия. — 2009. — № 2. — С. 12-15.*
4. *Острый флегмонозный аппендицит и беременность 39 недель / Ф.А. Греджев, Т.Ю. Бабич, Ю.Л. Куницкий [и др.] // Вестник неотложной и восстановительной медицины. — 2005. — Т. 6, № 4. — С. 699-700.*
5. *Острые хирургические заболевания у беременных, особенности диагностики и тактики лечения / И.И. Климович, В.П. Страпко, А.С. Оганесян [и др.] // Актуальные вопросы акушерства и гинекологии: материалы Республ. научно-практ. конф. с межд. участием, 20–21 октября 2011 г. — Гродно, 2011. — С. 73-75.*
6. *Современные технологии в диагностике острого аппендицита при беременности / Ю.Г. Шапкин, Г.В. Ливадный, Д.В. Маршалов [и др.] // Бюллетень медицинских интернет-конференций. — 2011. — Т. 1, № 2. — С. 29-37.*
7. *Федоров И.В. Лапароскопическая хирургия и ее последствия на фоне беременности / И.В. Федоров, М.И. Мазитова // Эндоскоп. хирургия. — 2010. — Т. 16, № 5. — С. 59-62.*
8. *Шаймарданов Р.Ш. Инструментальные методы исследования в диагностике острого аппендицита у беременных / Р.Ш. Шаймарданов, Р.Ф. Гумаров // Казанский мед. журнал. — 2010. — Т. 91, № 5. — С. 622-625.*
9. *Шапкин Ю.Г. Эффективность лапароскопии в диагностике острого аппендицита / Ю.Г. Шапкин, Ю.В. Чалык, И.И. Майсков // Эндоскоп. Хирургия. — 2008. — Т. 14, № 1. — С. 15-18.*
10. *Appendectomy during early pregnancy: what is the preferred surgical approach / S.L. Barnes, T.W. Carver, J. Antevil [et al.] // Am. Surg. — 2005. — Vol. 71(10). — P. 809-812.*
11. *Fozan H.A. Safety and risks of laparoscopy in pregnancy / H.A. Fozan, T. Tulandi // Curr. Opin. Obstet. Gynecol. — 2002. — Vol. 14, № 4. — P. 375-379.*
12. *Hodjati H. Location of the appendix in the gravid patient: a re-evolution of the established concept / H. Hodjati, T. Kazerooni // Int. J. Gynaecol. Obstet. — 2003. — Vol. 81, № 3. — P. 245-247.*
13. *Is laparoscopic appendectomy safe in pregnant women? / S. Lyass, A. Rikarsky, V.H. Eisenberg [et al.] // Surg. Endoscopy. — 2001. — Vol. 15, № 4. — P. 377-379.*
14. *Laparoscopic appendectomy after 30 week pregnancy: report of 2 cases and description of technique / S.L. Barnes, M.D. Shane, M.B. Schoemann [et al.] // Am. Surg. — 2004. — Vol. 70, № 8. — P. 733-736.*
15. *Laparoscopic appendectomy in pregnancy / J.M. Carver Wu, K.H. Chen, H.F. Lin [et al.] // J. Laparoendosc. adv. surg. tech. — 2005. — Vol. 15(5). — P. 447-450.*
16. *MR imaging Evaluation of acute appendicitis in pregnancy / I. Pedrosa, D. Levine, A.D. Eyvazzadeh [et al.] // Radiology. — 2006. — Vol. 238(3). — P. 891-899.*
17. *Ninety-four appendectomies for suspected acute appendicitis during pregnancy / T. Ueberrueck, A. Koch, L. Meyer [et al.] // World J. Surg. — 2004. — Vol. 28, № 5. — P. 508-511.*
18. *Steinbrook R.A. Anaesthesia, minimally invasive surgery and pregnancy / R.A. Steinbrook // Best pract. res. clin. anesthesiol. — 2002. — Vol. 16, № 1. — P. 131-143.*

Получено 27.11.13 □

Хацко В.В., Греджев Ф.А., Пархоменко Г.В., Потапов В.В.
Донецкий национальный медицинский
университет ім. М. Горького, м. Донецьк, Україна

ГОСТРИЙ АПЕНДИЦИТ У ВАГІТНИХ (НАУКОВИЙ ОГЛЯД)

Резюме. В оглядовій статті наведені сучасні дані про частоту, етіологію, клініку, діагностику та лікування гострого апендициту у вагітних. Особливу увагу приділено труднощам диференціальної діагностики даного захворювання, що зростають зі збільшенням терміну гестації. Відмічено значення ультразвукової та лапароскопічної діагностики гострого апендициту під час вагітності. Вказані особливості лапаротомічного доступу та лапароскопічної апендектомії у вагітних. Підкреслена висока частота ускладнень, що виникають після видалення червоподібного відростка.

Ключові слова: гострий апендицит, вагітність, діагностика, лікування.

Khatsko V.V., Gredjev F.A., Parkhomenko A.V., Potarov V.V.
Donetsk National Medical University
named after M. Gorky, Donetsk, Ukraine

ACUTE APPENDICITIS IN PREGNANT WOMEN (SCIENTIFIC REVIEW)

Summary. This review article presents current data on the incidence, etiology, clinical presentation, diagnosis and treatment of acute appendicitis in pregnant women. Particular attention is paid to the difficulties of the differential diagnosis of this disease, increasing with increasing gestational age. The significance of ultrasound and laparoscopic diagnosis of acute appendicitis during pregnancy is noted. Peculiarities of laparotomy access and laparoscopic appendectomy in pregnant women are pointed out. The high incidence of complications occurring after the removal of the appendix is stressed.

Key words: acute appendicitis, pregnancy, diagnosis, treatment.