

Дифференциальная диагностика острого аппендицита у беременных

Белорусский государственный медицинский университет

Острый аппендицит является наиболее частой хирургической проблемой во время беременности. Аппендицит во время беременности встречается относительно редко, но он является причиной материнской и перинатальной смертности. Опасность острого аппендицита во время беременности связана с разнообразием симптомов, которые часто зависят от триместра беременности, что в результате может привести к поздней диагностике данного заболевания. Целью данного исследования, было проведение ретроспективного анализа дифференциальной диагностики острого аппендицита у беременных.

Ключевые слова: беременность, аппендицит, дифференциальная диагностика.

Актуальность. Прошло почти две тысячи лет с того момента, как Аретеус из Каппадоции впервые описал червеобразный отросток, и уже 125 лет, как Р. Махоумд и Р. Кренлейн впервые в мире выполнили аппендэктомия [2].

Аппендицит по-прежнему занимает первое место среди неотложных хирургических заболеваний органов брюшной полости. Изучению данного заболевания посвящено большое количество исследований, но, несмотря на современные достижения науки и практики, допускаются диагностические ошибки.

Острый аппендицит также является наиболее частой хирургической проблемой во время беременности. Диагностика аппендицита у беременных женщин является очень ответственной задачей. Летальность беременных от аппендицита остается выше, чем у небеременных женщин. Из всех хирургических заболеваний острый аппендицит служит наиболее частой причиной фетальных потерь.

Согласно литературным данным острый аппендицит во время беременности встречается в 0,03-5,20% случаев [3, 6, 7, 9]. На первую половину беременности приходится 3/4 всех наблюдений [3, 5, 7]. 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%) [1, 4, 8, 10].

Цель исследования. Провести ретроспективный анализ дифференциальной диагностики острого аппендицита у беременных.

Материалы и методы исследования. Исследование включало 252 беременные женщины, которые поступили в приёмное отделение 3 ГКБ в 2007 с диагнозом острый аппендицит. Все пациенты осматривались хирургом совместно с акушером-гинекологом, выполнялись общий анализ крови и мочи, при необходимости УЗИ органов малого таза, брюшной полости, забрюшинного пространства, диагностическая видеолапароскопия (ДВЛС). Объектом исследования были: возраст, срок гестации, симптомы, длительность заболевания, данные физикального обследования, лабораторных и инструментальных методов исследования.

Результаты и их обсуждение. В приёмном отделении из 252 женщин у 154 (61,1%) диагноз острого аппендицита был исключён. У 64 (41,6%) выявлена

специализированное отделение. 36 (14,3%) больных, в том числе 12 с подозрением на острый аппендицит, о которых шла речь выше, от госпитализации отказались. Всем отпущенным женщинам было рекомендовано наблюдение терапевта и акушера-гинеколога, контроль лабораторных исследований и при необходимости повторная консультация хирурга. Количество женщин в I триместре беременности составило 53 (21%), во II – 130 (51,6%), в III – 69 (27,4%).

Когда исключить острый аппендицит в приемном отделении не представлялось возможным, беременные госпитализировались в хирургическое отделение. С подозрением или четкой клиникой острого аппендицита в хирургическое отделение было госпитализировано 86 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 за госпитализированными больными с подозрением на острый аппендицит, результатов лабораторно-инструментальных методов исследования, у 43 (50%) беременных, этот диагноз был исключен. Были выявлены заболевания желудочно-кишечного тракта, 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. Длительность с момента поступления до оперативного вмешательства у 7 (43,8%) беременных с острым аппендицитом составила 3 часа, у 3 (18,6%) - 4-6 ч, у 5 (31,3%) – свыше 6 ч, 1 (6,3%) – свыше 2х суток. Из 16 прооперированных женщин 5 (31,3%) были в I, 9 (56,3%) - во II и 2 (12,5%) - в III триместре беременности. Беременные женщины в I триместре в среднем прооперированы через 4,3 ч, во II – через 10,9 ч, в III- одна больная через 9 ч, другая – через 2 ч. Основными причинами задержки операции явились необходимость в дообследовании, а также динамическое «пассивное» наблюдение, отказ больной от операции.

Для оценки качества интраоперационной диагностики мы сравнили данные макроскопического описания червеобразного отростка и гистологического заключения. Отмечено, что у большинства больных макроскопическое описание при аппендэктомии и гистологическая форма острого аппендицита совпали, лишь у 2 отмечена гипо- и ещё у 2 гипердиагностика.

Для дифференциальной диагностики острого аппендицита потребовалось использование дополнительных инструментальных методов исследования. В 19 (22,1%) случаях выполнено УЗИ органов брюшной полости (ОБП), в 5 (5,7%) – УЗИ органов малого таза (ОМТ), в 8 (9,3%) – УЗИ ОБП в сочетании с УЗИ ОМТ, в 9 (10,5%) – ДВЛС, в 1 (1,2%) случае – УЗИ ОБП в сочетании с ДВЛС. У 44 (51,2%) больных дополнительные методы исследования не применялись, а

диагноз острого аппендицита был исключен на основании клинико-лабораторных данных.

Главным достоинством ультразвукового исследования 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.

Видеолапароскопия - наиболее важный метод диагностики острого аппендицита в особенно трудных случаях, поскольку позволяет избежать напрасной аппендэктомии. Кроме того из диагностической может перейти в лечебную.

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 Заболевания, диагностированные, у беременных

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

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 соотношение 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.

Выводы. Диагностика острого аппендицита у беременных представляет собой трудную задачу неотложной хирургии.

У беременных больных с абдоминальным болевым синдромом имеет место гипердиагностика острого аппендицита. Это обусловлено трудностями диагностики острого аппендицита у беременных, а также боязнью врачей амбулаторного звена пропустить острую хирургическую патологию.

Среди заболеваний, которые могут симулировать острый аппендицит, чаще всего встречаются акушерско-гинекологическая патология (41,6%), патология желудочно-кишечного тракта (34,4%), мочевыделительной системы (14,9%).

Беременных с подозрением на острый аппендицит целесообразно госпитализировать в многопрофильную клинику, которая имеет опыт и располагает условиями для оказания им круглосуточной специализированной хирургической и акушерско-гинекологической медицинской помощи.

Литература

1. Подзолкова, Н. М. Актуальные вопросы акушерства и гинекологии / под ред. А. Н. Стрижакова, А. И. Давыдова, Л. Д. Белоцерковцевой. Москва-Сургут, 1996.
2. Пронин, В. А. Патология червеобразного отростка и аппендэктомия / В. А. Пронин, В. В. Бойко. Х.: СИМ, 2007. 271 с., С 12–13.
3. Серов, В. Н. Практическое акушерство: рук. для врачей / В. Н. Серов, А. Н. Стрижаков, С. А. Маркин. М.: Медицина, 1997. 512 с.
4. Al-Mulhim, A. A. // *Int. Surg.* 1996. Vol. 81, № 3. P. 295–297.
5. Attapattu, A.A. [et al.] // *Ceylon Med.* 1996. Vol. 41, № 3. P. 104–106.
6. Bailey, L. E. [et al.] // *Amer. J. Surg.* 1986. Vol. 52, № 4. P. 218–221.
7. Barros, F. [et al.] // *Rev. Pol. Med.* 1991. Vol. 109. P. 9–13.
8. Konlowski, A. [et al.] // *Wiad Lek.* 1992. Vol. 45, № 13–14. P. 494–497.
9. Mazze, R. J. // *Obstet. Gynec.* 1991. Vol. 77, № 6. P. 835–840.
10. Tamir, I. L., Bongard, F. S., Klein, S. R. // *Amer. J. Surg.* 1990. Vol. 160, № 6. P. 571–575.