

УДК 616.346.2-002:618.2

*Я.Й. Крижановський, Г.В. Буренко, М.М. Стець, Р.О. Мельник, В.М. Черненко***ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ГОСТРОГО АПЕНДИЦИТУ У ВАГІТНИХ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ТЕРМІНУ ГЕСТАЦІЇ***Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця, Київ*

В даній статті містяться відомості про діагностику гострого апендициту у вагітних в різні триместри гестації. Підкреслені труднощі диференційного діагнозу даного захворювання в залежності від терміну вагітності. Виставляють діагноз гострого апендициту при загрозі переривання вагітності, гострій гінекологічній патології. І навпаки, не встановлюють діагноз гострого апендициту при його наявності, лікуючи гострі гінекологічні захворювання. Завдяки проведенню чіткої діагностики у вищеперерахованих випадках вдалося уникнути ускладнень у вагітних внаслідок своєчасної діагностики гострого апендициту.

**Ключові слова:** гострий апендицит, вагітність, триместр, гестації, перинатальні ускладнення, діагностика, хірургічне лікування.

Гострий апендицит (ГА) нерідко зустрічається у вагітних жінок і при несвоєчасній діагностиці може виникнути загроза життю матері та плоду [4, 17-19]. Захворюваність вагітних на гострий апендицит не вища, ніж така в загальній популяції, і складає 0,03-5,20% випадків [3, 5, 7, 16]. За даними останніх публікацій [2, 4, 13, 17] гострий апендицит частіше виникає в I (19-32%) та II (44-66%) триместрах вагітності, дещо рідше в III триместрі (15-16%). Деструктивні форми апендициту частіше виникають в III триместрі. Перинатальні наслідки бувають гіршими у II триместрі вагітності [19]. Під час вагітності діагностика гострого апендициту та інших захворювань, що супроводжуються симптомами «гострого живота», більш складна, ніж у невагітних [1]. За даними досліджень Н.М. Подзолкової та В.С. Семенової [2] у 2/3 хворих на апендицит, які звернулись в жіночу консультацію, були направлені в пологовий будинок з діагнозом загрози передчасного переривання вагітності. В цілому на догоспітальному етапі вірний діагноз ГА був встановлений лише у 42,9% вагітних. Таким чином, більш ніж у 50% спостережень апендициту у вагітних припускалась діагностична помилка, внаслідок чого траплялась непрофільна госпіталізація хворих та затримка операції. В зв'язку із складнощами клінічної діагностики ГА в кожній третій вагітній апендектомію виконували більш ніж через 24 години від початку захворювання [4].

Розвиток ГА у вагітних значно погіршує прогноз для плоду. При неускладненому перебігу переривання вагітності зустрічається у

2-17% випадків і зростає при перфорації апендикса до 19,4-50% [4, 9, 14, 17]. Найгірші перинатальні наслідки відмічені у II триместрі вагітності. Велике значення у розвитку ускладнень, пов'язаних з ГА, має атипівність розміщення апендикса у II та III триместрах вагітності [19].

Це змусило нас звернути увагу на дану актуальну проблему.

**Метою** нашого дослідження було вивчення особливостей перебігу гострого апендициту у вагітних в залежності від терміну гестації для більш ранньої діагностики, проведення своєчасного хірургічного лікування та зниження перинатальних ускладнень.

**Матеріал та методи**

Було досліджено 535 випадків госпіталізації вагітних в різних термінах гестації за період 2004-2008 рр. З них з діагнозом «гострий апендицит» або підозрою на нього до хірургічного відділення було направлено 399 вагітних. Підтверджено діагноз ГА та прооперовано 195 (48,9%) вагітних. Тобто догоспітальна гіпердіагностика спостерігалась у 204 (51,1%) випадках. Відмічені труднощі із своєчасним встановленням діагнозу ГА. Так не діагностовано гострий апендицит на догоспітальному етапі в 5 (2,6%) випадках, коли хворі були направлені з іншими діагнозами, а гострий апендицит вперше встановлено лише в хірургічній клініці. Затримка більш ніж на 12 годин та непрофільна госпіталізація хворих до пологового будинку із загрозою переривання вагітності відмічена у 4-х хворих (2,1%). По одному ви-

падку в I та III триместрах, та 2 випадки в II. В нашій хірургічній клініці затримка із своєчасним встановленням діагнозу ГА та проведенням хірургічного лікування пізніше 12 годин від моменту госпіталізації відмічена також у 4-х випадках (2,1%). По два в II та III триместрах. Це стало причиною того, що через затримку діагностики, дані вагітні прооперовані на стадії деструктивної форми гострого апендициту.

Для діагностики ГА використовувались загально-клінічні, лабораторні (загальний аналіз крові та сечі, загально прийняті біохімічні дослідження), інструментальні (УЗД дослідження органів черевної порожнини та нирок, матки та її придатків). Обов'язковим був огляд акушер-гінеколога і, за потребою, огляд уролога та терапевта. У випадку безсумнівної клінічної картини хворих оперували до 2-х годин від моменту поступлення в стаціонар. Всі прооперовані вагітні лікувались хірургом сумісно з акушер-гінекологом.

### **Результати та обговорення**

Вивчаючи перебіг ГА в залежності від терміну гестації було встановлено наступне. Катаральна форма апендициту виявлена у 104 (53,3%) випадках. З них в I триместрі – 18 (17,3%), в II триместрі – 82 (78,9%), в III триместрі – 4 (3,9%). Деструктивні форми апендициту (флегмонозна, гангренозна, гангренозно-перфоративна) виявлені в 91 (46,7%) випадках. З них в I триместрі – 14 (7,2%), в II триместрі – 59 (30,3%), в III триместрі – 18 (9,2%). Аналіз отриманих даних показав, що катаральну форму ГА спостерігали більше в II триместрі. Деструктивних форм також було більше в II триместрі вагітності.

Виявлена наступна закономірність розвитку деструктивних форм ГА в залежності від тривалості захворювання. До 6 годин деструктивний апендицит розвивався у 19 (20,9%) хворих. З них в I триместрі – 3 (3,2%) випадки, в II – 11 (12,1%) і III – 5 (5,5%) випадків. За період 7-12 годин деструктивний апендицит розвинувся у 64 (70,3%) вагітних. З них в I триместрі – 10 (11%) випадків, в II – 40 (44%) випадків, в III – 14 (15,4%) випадках. І як уже було зазначено вище у 8 (8,8%) вагітних деструктивний апендицит діагностовано більше ніж через 12 годин від початку захворювання.

З усіх оперованих хворих у 17 (8,7%) вияв-

лені наступні гострі гінекологічні захворювання: перекрут або розрив кісти правого яєчника, перекрут гідатида справа, перекрут та некроз фіброматозного вузла матки. З них у I триместрі – 2 випадки (1%), у II – 10 (5,1%), в III – 5 (2,6%). Тобто видно, що гострі гінекологічні захворювання найбільш часто зустрічаються в II триместрі вагітності. На цьому фоні апендикс був змінений вторинно і операцію проводили не лише на придатках матки, а також виконували апендектомію через небезпеку можливого подальшого розвитку деструктивних запальних змін.

Особливості клінічної картини ГА обумовлені анатомо-фізіологічними особливостями вагітних жінок. Наші дані корелюють з даними інших дослідників. Більшість дослідників вважають, що клінічна картина ГА залежить від терміну вагітності та вираженості патологічного процесу в апендиксі [2, 4, 8, 9]. В.Н. Серов та співав. [3] зазначають, що клінічні прояви апендициту не відрізняються від симптомів даного захворювання у невагітних лише в I та першій половині II триместра. Але слід звернути увагу на те, що такі симптоми, як гіпертермія, нудота та блювота, на початку вагітності можуть бути обумовлені токсикозом першої половини вагітності. Болі в животі є також типовими для загрози передчасного переривання вагітності або позаматкової вагітності.

Із збільшенням терміну гестації спостерігалась більш виражена зміна клінічних проявів ГА [4, 9] з більш стрімким перебігом захворювання [7]. В III триместрі діагностика даного захворювання стає найбільш складною. Починаючи з 20-21 тижня вагітності, сліпа кишка та апендикс зміщуються вгору та латерально, спричиняючи його перекрути, погіршення мікроциркуляції, застій його вмісту та функціональну перебудову лімфоїдної тканини [3, 11]. Черевна стінка в цей період дещо ригідна через її перерозтягнення вагітною маткою [2].

Певне значення в діагностиці ГА у вагітних мають показники лабораторних досліджень. Лейкоцитоз, нейтрофільний зсув лейкоцитарної формули вліво, лімфоцитопенія свідчать на користь апендициту Разом з тим, даних лабораторного дослідження при підозрі на ГА у вагітних часто є недостатнім для прийняття рішення про хірургічне лікування [4]. Діагностична цінність загального аналізу крові

збільшується при співставленні лейкоцитозу та ЧСС. ЧСС вище 100 уд. за 1 хв. в поєднанні з лейкоцитозом вище  $12-14 \cdot 10^9$  /л навіть на фоні нормальної температури тіла може свідчити про важкий деструктивний апендицит. Ступінь лейкоцитозу свідчить про глибину морфологічних змін в апендиксі [3]. Однак ця залежність не завжди зустрічається.

У випадку сумнівної клініки або атипичного перебігу ГА поруч із динамічним клінічним та лабораторним наглядом з метою диференційної діагностики ГА та загрози переривання вагітності нами застосовувався наступний прийом: внутрішньовенне введення Sol. NaCl 0,9% 200,0 ml, Sol. MgSO<sub>4</sub> 25% 30,0 ml та внутрішньом'язове введення Sol. Papaverini 2% 2,0 ml. Збереження больового синдрому в правій здухвинній ділянці після проведеної терапії свідчило на користь ГА, що знаходило підтвердження інтраопераційно.

В літературі описані до 8,3-14% різноманітних післяопераційних ускладнень у оперованих вагітних [4, 6, 7, 10, 12, 15, 17, 20]. Найчастіше зустрічаються нагноєння післяопераційної рани, внутрішньочеревні абсцеси, рання спайкова кишкова непрохідність, відшарування нормально розміщеної плаценти.

Слід відмітити, що, завдяки своєчасній діагностиці, проведенню до-, інтра- та післяопераційної токолітичної терапії, ощадних прийомів операції з мінімальним травмуванням матки, вдалося уникнути ускладнень в післяопераційному періоді. Винятком стали 3 вагітні, у яких виникла загроза переривання вагітності, яка була усунена в акушерському стаціонарі. Пологи відбулися в строк. Відомості про оперованих отримували шляхом ретроспективного нагляду за післяопераційним перебігом у даних хворих. Всі вагітні в післяопераційному періоді лікувались сумісно з акушер-гінекологом.

### **З а к л ю ч е н н я**

1. ГА у вагітних представляє труднощі при діагностиці, таїть небезпеку ускладненнями для матері та загрозу перебігу вагітності.

2. Катаральні форми ГА частіше зустрічались в першому триместрі вагітності, деструктивні – в другому та третьому.

3. При діагностиці ГА звертали увагу на кореляцію величини лейкоцитозу та частоти пульсу.

4. Для диференційної діагностики при сумнівному перебігу ГА важливим є збереження больового синдрому після доведеного введення Sol. NaCl 0,9% 200,0 ml, Sol. MgSO<sub>4</sub> 25% 30,0 ml та внутрішньом'язового введення Sol. Papaverini 2% 2,0 ml.

Аналізуючи отримані дані видно, що на ГА частіше хворіють вагітні в II триместрі гестації.

Деструктивні патоморфологічні зміни в апендиксі найчастіше розвиваються через 7-12 годин від початку захворювання та превають у вагітних в II триместрі.

Діагноз ГА важче встановити в II та III триместрі вагітності.

Розроблені в клініці заходи, що включають своєчасну діагностику, терапію, направлену на профілактику та лікування загрози передчасного переривання вагітності, та ощадне хірургічне втручання, дозволили уникнути важких ускладнень.

Запорукою подальшого фізіологічного перебігу вагітності є своєчасно проведене хірургічне лікування з приводу гострого апендициту та подальше лікування сумісно з акушер-гінекологом.

### **ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО АПЕНДИЦИТА У БЕРЕМЕННЫХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СРОКА ГЕСТАЦИИ**

*Я.И. Крижановский, Г.В. Буренко, Н.М. Стець, Р.А. Мельник, В.М. Черненко*

В данной статье содержатся современные сведения о диагностике острого аппендицита у беременных в зависимости от триместра гестации. Подчеркнуты трудности дифференциального диагноза этого заболевания, которые возрастают с увеличением срока беременности и носят двоякий характер. Устанавливается диагноз острого аппендицита тогда, когда он отсутствует, в частности при угрозе прерывания беременности, острой гинекологической патологии. И не ставят диагноз острого аппендицита, ибо прибегают к лечению острых гинекологических заболеваний. Благодаря проведению четкой диагностики в вышеперечисленных случаях удалось избежать осложнений у беременных, пролеченных в клинике.

**Ключевые слова:** острый аппендицит, беременность, триместр, гестация, перинатальные осложнения, диагностика, хирургическое лечение.

### **PECULIARITIES OF DURATION OF ACUTE APPENDICITIS OF PREGNANT WOMEN DEPENDING ON TERM OF PREGNANCY**

*Y. Kryzhanovskiy, G. Burenko, M. Stets, R. Melnik, V. Chernenko*

There is a modern information about diagnostics of acute appendicitis of pregnant women depending on term of

pregnancy in this report. The underlined difficulties of differential diagnosis of this disease which rise with an increase of term of pregnancy and have next features. The diagnosis of acute appendicitis is set when it is absent, in particular in some cases when there is a threat of terminating pregnancy or acute gynaecological pathology. But the diagnosis of acute appendicitis is not set because acute gynaecological diseases are treated. Due to clear diagnostics in cases that were transferred higher we succeeded to avoid difficulties in pregnant women as a result of untimed diagnostics in pregnant women who were treated in clinic.

**Key words:** acute appendicitis, pregnancy, threemester, term of pregnancy, perinatal complications, diagnostics, surgical treatment.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Бондаренко М.М. / М.М. Бондаренко, В.И. Десятерик, С.С. Брюшков // Клини. хир. – 1993. – № 6. – С. 5-7.
2. Подзолкова Н.М. / Н.М. Подзолкова, В.С. Семенова // Актуальные вопросы акушерства и гинекологии, под ред. А.Н. Стрижакова, А.И. Давыдова, Л.Д. Белоцерковцевой. – Москва-Сургут, 1996. – С. 123-128.
3. Серов В.Н. Практическое акушерство: Руководство для врачей. / В.Н. Серов, А.Н. Стрижаков, С.А. Маркин. – М.: Медицина. – 1997. – 512 с.
4. Al-Mulhim A.A. / A.A. Al-Mulhim // Int. Surg. – 1996. – Vol. 81, № 3. – P. 295-297.
5. Bailey L.E., Finley R.K., Miller S.F. et al. // Amer. J. Surg. – 1986. – Vol. 52, № 4. – P. 218-221.
6. Bard J.L., Leary J.L. // J. Reprod. Med. – 1994. – Vol. 39, № 4. – P. 321-323.
7. Barros F. De C., Kunzle J.R., Ribeiro Filho J. do A. // Rev. Pol. Med. – 1991. – Vol. 109. – P. 9-13.
8. Bie H.A., Bjerland J.T. // Tidsskr. Nor. Laegeforen. – 1996. – Vol. 116, № 5. – P. 600-603.
9. De Rosa G., Peppas C., D. Ambrosio R. et al. // Minerva Chir. – 1996. – Vol. 51, № 11. – P. 939-944.
10. Drbniak B., Joniec E. // Ginek. Pol. – 1996. – Vol. 67, № 1. – P. 37-39.
11. Epstein F.B. // Emerg. Med. Clin. N. Amer. – 1994. – Vol. 12, № 1. – P. 151-165.
12. Grimes D.A. / J. Reprod. Med. – 1996. – Vol. 41, № 6. – P. 450-452.
13. Konlowski A., Pardela M., Drydx M. et al. // Wiad Lek. – 1992. – Vol. 45, № 13-14. – P. 494-497.
14. Mahmpodian S., Clarksburg W. // South Med. J. – 1992. – Vol. 85. – P. 19-24.
15. Mays J., Verma U., Klein S., Tejam N. // Obstet. Gynec. – 1995. – Vol. 86, № 4. – P. 650-652.
16. Mazze RJ. // Obstet. Gynec. – 1991. – Vol. 77, № 6. – P. 835-840.
17. Tamir I.L., Bongard F.S., Klein S.R. // Amer. J. Surg. – 1990. – Vol. 160, № 6. – P. 571-575.
18. Taylar E.W., Kennedy C.A., Dunham R.H. // Surg. Lapansc. Endosc. – 1995. – Vol. 5, № 2. – P. 125-128.
19. To W.W., Ngai C.S. // Aust. N.Z.J. Surg. – 1995. – Vol. 65, № 11. – P. 799-803.
20. Yaron Y., Lessing J.B., Peyser M.R. // Amer. J. Gynec. – 1992. – Vol. 166, № 1. – P. 14-15.

---

Стаття надійшла 29.03.2011