

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У БЕРЕМЕННЫХ

Жукова Е. М., Наледько В.А., Васильева Л. Н.

*Белорусский государственный медицинский университет,
кафедра акушерства и гинекологии*

Ключевые слова: беременность, острый аппендицит, диагностика

Резюме: *Статья посвящена особенностям диагностики наиболее частой острой хирургической патологии органов брюшной полости у беременных – острому аппендициту*

Resume: *The article is devoted to peculiarities of diagnostics of the most frequent acute surgical pathology of organs of an abdominal cavity of pregnant women with acute appendicitis*

Актуальность. Диагностика острой патологии органов брюшной полости у беременных, в целом, составляет большие трудности. Основные причины, осложняющие диагностику: изменение анатомического соотношения органов во время беременности, затруднение пальпации органов брюшной полости, симптомы, сходные с обычным дискомфортом беременных, сложность дифференциальной диагностики акушерской и хирургической патологии.

Цель: изучить особенности диагностики острого аппендицита у беременных

Задачи: выявление особенностей жалоб, результатов объективного обследования, лабораторных и инструментальных методов исследования, используемых для диагностики острого аппендицита у беременных и их сравнение.

Материалы и методы. Проведен анализ 124 историй болезней беременных, поступивших в хирургическое отделение 3 ГКБ в период с октября 2014 года по май 2015 года.

Результаты и их обсуждение.

Нами подробно были изучены 80 историй болезней пациенток с подозрением на острый аппендицит.

Женщины с подозрением на **острый аппендицит** находились в 1 триместре – 18 человек (23,68 %), 2 триместре – 34 человека (44,73 %), 3 триместре – 24 человека (31,58 %).

Диагноз острый аппендицит был подтвержден у 10 пациенток (4 пациентки – 1 триместр, 4 пациентки – 2 триместр, 2 пациентки – 3 триместр). Время от госпитализации до оперативного вмешательства у 4 пациенток (2 в 3 триместре и 2 во 2) - > 7 часов, у 6 пациенток (4 в 1 триместре, 2 во 2 триместре) – 3-4 часа.

Таблица 1. Сравнение результатов объективного обследования пациенток с подозрением на острый аппендицит

Диагноз	Триместр	Боль в правой подвздошной области	Боль в эпигастрии	Боль в правом подреберье	Диспепсия	Перитонеальные симптомы
Диагноз исключен	1 триместр (14 человек)	4	6	6	2	-
	2 триместр (40 человек)	26	16	6	14	Сомнительные (10 человек)
	3 триместр (24 человека)	14	6	4	6	-
Диагноз подтвержден	1 триместр (4 человека)	4	-	-	-	4
	2 триместр (4 человека)	4	2	4	-	2
	3 триместр (2 человека)	2	-	2	2	-

Таблица 2. Сравнение результатов лабораторных исследований

Тест	1 триместр		2 триместр		3 триместр	
	Диагноз Исключен (14 человек)	Диагноз подтвержден (4 человека)	Диагноз исключен (40 человек)	Диагноз подтвержден (10 человек)	Диагноз исключен (24 человека)	Диагноз подтвержден (2 человека)
ОАК	Лейкоцитоз Max значение – 4,0*10 ⁹ /л Min значение – 3,9*10 ⁹ /л	Лейкоцитоз Max значение – 14,0*10 ⁹ /л Min значение – 13,9*10 ⁹ /л	Лейкоцитоз Max значение – 10,9*10 ⁹ /л Min значение – 10,0*10 ⁹ /л	Лейкоцитоз Max значение – 3,7*10 ⁹ /л Min значение – 2,7*10 ⁹ /л	Лейкоцитоз Max значение – 2,7*10 ⁹ /л Min значение – 0,3*10 ⁹ /л	Лейкоцитоз Min значение – 3,9*10 ⁹ /л
ОАМ	Разницы не выявлено		Пиурия (гестационный пиелонефрит – 2 пациентки)		Разницы не выявлено	
БАК	Разницы не выявлено		Разницы не выявлено		Разницы не выявлено	

72 пациенткам (из 76) с подозрением на острый аппендицит было проведено ультразвуковое исследование ОБП, ОМТ. Данных на острый аппендицит при ультразвуковом исследовании ни у одной пациентки обнаружено не было. Всем пациенткам с подозрением на острый аппендицит проводилось консервативное лечение: инфузионная терапия – 0,9 % р-р NaCl, спазмолитики – дротаверин или папаверин. Все пациентки с диагнозом кишечная колика (62 человека) были выписаны на следующий день после поступления без жалоб. Пациентки с диагнозом острый аппендицит (10 человек) были выписаны на 4-5 день после поступления. На протяжении суток консервативного лечения отсутствуют данные об улучшении их состояния. Пациентки с диагнозом гестационный пиелонефрит (4 человека) были выписаны на следующий день после поступления без жалоб. В 1 триместре 4 пациенткам выполнена сразу лечебная лапароскопия. Во 2 и 3 триместрах 6 пациенткам ввиду неясного диагноза лапароскопия изначально планировалась как диагностическая. Но данных о проведении обособленной диагностической лапароскопии среди обследованных пациенток нет, что говорит о высокой информативности для врача данных объективного обследования, результатов лабораторных и инструментальных методов обследования, результатов консервативного лечения.

Таким образом, в нашем исследовании выявлено:

1. Острый аппендицит у беременных в 1 триместре беременности имеет типичную клиническую картину: у всех пациенток с боли локализовались в правой подвздошной области, выявлялись перитонеальные симптомы, в общем анализе крови выражен лейкоцитоз.

2. У пациенток в 2 и 3 триместрах, боли локализовались в разных отделах живота, в том числе и в правой подвздошной области, однако перитонеальные симптомы выявлялись только у части пациенток во 2 триместре. В общем анализе крови также выражен лейкоцитоз.

3. Ключевым моментом для постановки диагноза во всех триместрах беременности являлось отсутствие положительной динамики после консервативного лечения.

4. В сомнительных случаях при исключении другой острой хирургической патологии обоснованным является использование диагностической лапароскопии. По нашим данным это обследование позволяло уточнить диагноз и сразу провести оперативное лечение пациенткам во 2 и 3 триместрах; в 1 триместре пациенткам с подозрением на острый аппендицит лапароскопия сразу выполнялась как лечебная.

Вывод: диагностика острого аппендицита у беременных опирается на комплексную оценку жалоб, результатов объективного обследования, данных лабораторных и инструментальных методов обследования, включая диагностическую лапароскопию, результатов консервативного лечения с учетом особенностей течения заболевания у беременных.

Литература

1. Справочник врача женской консультации / Малевич Ю.К., Под ред. Малевича Ю.К. - Минск: Беларусь, 2014. - 415 с.
2. Острый аппендицит / Михин И.В., Бубликов А.Е., - Волгоград: ВолгГМУ, 2013. - 76 с.
3. Амельченя О. А., Николаев Н.Е. Дифференциальная диагностика острого аппендицита у беременных // Медицинский журнал. - 2008. - №2.
4. Савельева Г.М., Кулаков В.И., Стрижаков А.Н. Акушерство. - 2000: Медицина, 2000. - 816 с.