

Я.А. Острожский

**ИСХОДЫ ДЛЯ МАТЕРИ И ПЛОДА ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ
ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ**

Научный руководитель: д-р мед. наук, проф. В.Н. Сидоренко

Кафедра акушерства и гинекологии

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Y.A. Astrazhynski

**MOTHER AND FETUS OUTCOMES
IN ACUTE APPENDICITIS DURING PREGNANCY**

Tutor: professor V.N. Sidorenko

Department of Obstetrics and Gynecology

Belarusian State Medical University, Minsk

Резюме. Возникновение острого аппендицита у беременных создает сложную клиническую ситуацию, основной целью разрешения которой является предупреждение угрозы потери и максимальное пролонгирование беременности. Это диктует необходимость комплексного и командного подхода к диагностике и лечению таких пациентов. В данном исследовании изучено влияние острого аппендицита на ближайшие послеоперационные исходы у беременных.

Ключевые слова: острый аппендицит, беременная, исходы, оперативное лечение.

Resume. The occurrence of acute appendicitis in pregnant women creates a difficult clinical situation, the main purpose of which is to prevent the threat of loss and prolong pregnancy to the maximum. This dictates the need for an integrated and team approach to the diagnosis and treatment of such patients. The effect of acute appendicitis on immediate postoperative outcomes in pregnant women was studied in this research.

Keywords: acute appendicitis, pregnant women, outcomes, surgical treatment.

Актуальность. Острый аппендицит (ОА), как одна из превалирующих патологий в неотложной хирургии, остается актуальной проблемой. Эта патология составляет 89,1% в структуре острой хирургической патологии (по данным Алекберзаде А. В., Липницкий Е. М., 2017) [1].

Необходимо отметить, что острая хирургическая патология у беременных представляет опасное состояние как для самой матери, так и для плода. Особое внимание заслуживает острое воспаление червеобразного отростка, которое занимает лидирующую позицию в структуре острой хирургической патологии беременных наряду с острым панкреатитом, острым холециститом. Изучение острого аппендицита (ОА) у беременных женщин является до сих пор актуальным ввиду необходимости междисциплинарного подхода к диагностике и лечению такой группы пациентов [2, 3].

Цель: изучение структуры и влияния острого аппендицита на исходы течения беременности, родов и послеродового периода.

Задачи:

1. Определить статистические характеристики целевой группы (возраст, срок гестации при поступлении, длительность стационарного лечения).
2. Исследовать структуру ОА и аппендэктомий у беременных.
3. Изучить исходы течения беременности для матери и плода после аппендэктомии.

Материалы и методы. В работу включены материалы лечения 606 беременных, поступавших в УЗ «3-я ГКБ им. Е. В. Клумова» г. Минска с диагнозом «острый аппендицит» за период с 2018 по 2022 гг.

Исследование является ретроспективным, одноцентровым. Применены статистический и аналитический методы исследования. Обработка данных осуществлялась с помощью Microsoft Excel 2016, IBM SPSS Statistics 23 с применением непараметрического метода U-критерия Манна.

Данные представлены в виде Me (Q1–Q3), где Me – медиана, Q1 и Q3 – нижний и верхний квартили соответственно. Достоверными считались результаты при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Целевая группа случаев беременных с острым аппендицитом составила 47 (7,76% от всей выборки). Средний возраст пациенток составил 28,9 года (Me = 29,1 (24,9 – 32,2) года, [18 – 40] год) (рисунок 1, а). Средний срок гестации при поступлении составил 136 дней (Me = 125 (93 – 177) дней, [35 – 266] дня) (рисунок 1, б).

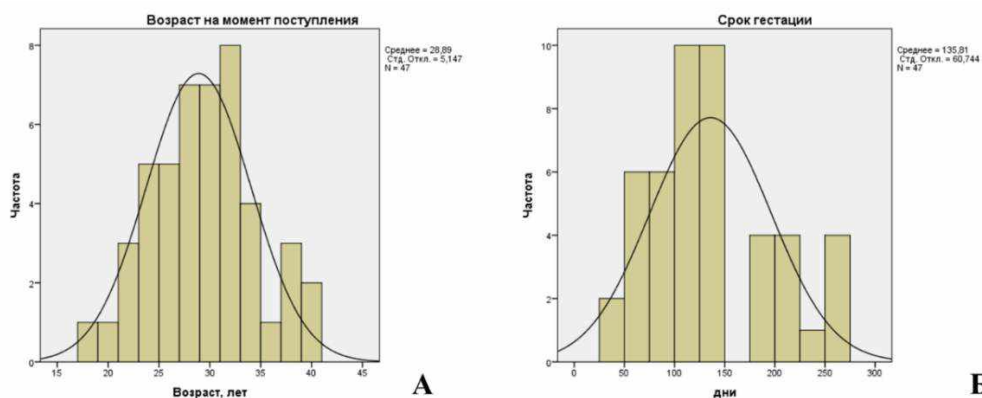


Рис. 1 – Гистограммы распределения возраста (а) и срока гестации (б) в исследуемой выборке

Длительность стационарного лечения в среднем составила 7,1 койко-дня (Me = 5,8 (4,2 – 8,7) койко-дня, [2 – 20] койко-дней). 46 (97,9%) пациентов выписано с улучшением, 1 беременная переведена в УЗ «6-я ГКБ» г. Минска в связи с выявлением у нее COVID-19.

Особый интерес представляет временной промежуток «ожидания» от момента поступления до выполнения оперативного вмешательства по поводу изучаемой хирургической патологии. Средняя продолжительность промежутка «ожидания» составила 8,1 часа (Me = 7,0 (4,0 – 11,0), [2,0 – 21,0] койко-дней). Выполненный корреляционный анализ по Спирмену показал, что увеличение промежутка «ожидания» не оказывает значимого влияния на длительность стационарного лечения беременных с ОА ($r = -0,134$, $p = 0,371$).

Отметим, что случай значительного (свыше 11 часов) промежутка «ожидания» ассоциированы с вариантом ОА (преимущественно флегмонозный), топографическими особенностями воспаленного червеобразного отростка (ретроцекальный вариант), осложнениями его течения (в частности, образование инфильтрата либо местноперитонеальной реакции). Дифференциальную диагностику

в таких случаях следует проводить с острым холециститом, миомами матки, перекрутом придатков и угрозой выкидыша.

Преимущественной клинко-морфологической формой ОА в целевой группе был флегмонозный (рисунок 2).



Рис. 2 – Диаграмма распределения клинко-морфологических форм ОА в выборке

Немаловажным является вариант доступа при выполнении аппендэктомии. На более поздних сроках гестации предпочтение следует отдавать лапаротомному варианту, в то время как на более ранних – лапароскопическим технологиям (214 vs. 115 дней, U-критерий Манна-Уитни 32,5, $p < 0,0001$).

В качестве поддерживающей терапии в исследуемой группе применялись преимущественно обезболивающие (строго в послеоперационном периоде; дротаверин 74,5%, анальгин 44,7% случаев) и антибактериальные (цефтриаксон 46,8%, цефазолин 38,3%) препараты.

В дальнейшем из числа исследуемой группы в УЗ «3-я ГКБ» обращались за медицинской помощью 12 раз (одна пациентка трижды). Родов было 2 (через естественные родовые пути в затылочном предлежании, операция кесарево сечение в нижнем сегменте поперечным разрезом), угрожающих аборт 3, ложные схватки в период до 37 полных недель наблюдались в 2 случаях, инфекционные процессы – в 4 (послеродовые 3, ИМВП 1 случай).

Выводы: среди всех беременных с подозрением на ОА диагноз был подтвержден в 7,8% случаев. Все беременные были успешно прооперированы. Преобладал флегмонозный морфологический вариант ОА.

На более поздних сроках гестации предпочтение следует отдавать лапаротомной аппендэктомии ввиду анатомо-физиологических особенностей организма при гестации, в то время как на более ранних сроках гестации следует выполнять лапароскопическую аппендэктомию (214 vs. 115 дней гестации (30 vs. 16 нед.); $U = 32,5$, $p < 0,0001$).

Выполнение аппендэктомии у беременных женщин сопровождается повышенным риском инфицирования либо возникновения более глубокого иммуносупрессивного состояния, что может привести к таким осложнениям, как самопроизвольный выкидыш, преждевременные роды и гнойно-септические состояния.

Литература

1. Алекберзаде, А. В. Острый аппендицит: Учебно-методическое пособие для студентов медицинских вузов / А. В. Алекберзаде, Е. М. Липницкий. – М.: Изд-во ФГБОУ ВО Первый Московский государственный университет имени И.М. Сеченова. – 2017. – 38 с.
2. Apton Duque, G. Appendicitis in Pregnancy [Text] / G. Apton Duque, S. Mohny. – USA: StatPearls Publishing, 2022. [Electronic resource] // NCBI Bookshelf. – Access: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK551642>. (date of access: 07.06.2023).
3. Franca Neto, A. H. de Acute appendicitis in pregnancy: literature review / A. H. de Franca Neto, M. M. R. do Amorim, B. M. S. V. Nobrega // Revista da Associacao Medica Brasileira. – 2015. – № 61 (2). – P. 170-177. – DOI: 10.1590/1806-9282.61.02.170.