

Острожинский Я.А.

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

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

Кафедра акушерства и гинекологии

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Актуальность. Острая хирургическая патология у беременных представляет опасное состояние как для самой матери, так и для плода. Особое внимание заслуживает острое воспаление червеобразного отростка, которое превалирует в структуре острой хирургической патологии беременных. Изучение острого аппендицита (ОА) у беременных женщин является до сих пор актуальным.

Цель: изучить структуру и влияние ОА на исходы течения беременности, родов и послеродового периода.

Материалы и методы. В работу включены материалы лечения 606 беременных, поступавших в УЗ «3-я ГКБ им. Е. В. Клунова» 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. Из исследуемой когорты пациентов ОА был подтвержден у 47 (7,8%). При анализе возрастной характеристики целевой группы ($n = 47$) установлено, что средний возраст беременных с ОА составил 28,9 лет, Me = 29,1 (24,9 – 32,2) лет; минимальный 18 лет, максимальный 40 лет. Средняя длительность стационарного лечения составила 7,1 койко-дня, Me = 5,8 (4,2 – 8,7) койко-дня. Срок гестации составил в среднем 136 дней, Me = 125 (93 – 177) дня, минимальный 35 дней, максимальный 266 дней.

Все 47 беременных с ОА успешно прооперированы, 46 выписаны с улучшением, 1 переведена в УЗ «6-я ГКБ» по поводу COVID-19.

Клинико-морфологические варианты ОА: 42 (89,4%) случаев флегмонозного ОА, 4 (8,5%) катарального, 1 гангренозный ОА. На более ранних сроках гестации предпочтение отдают лапароскопическому методу удаления ОА, на более поздних лапаротомному, что подтверждается статистически значимым различием по сроку гестации между данными группами (Me 231 vs. 114 дней гестации; $U = 32,5$, $p < 0,0001$).

В дальнейшем из числа исследуемой группы в УЗ «3-я ГКБ» обращались за медицинской помощью 12 раз (одна пациентка трижды). Родили две беременные, одна через естественные родовые пути в затылочном предлежании, одна путем операции кесарево сечение в нижнем сегменте поперечным разрезом. У трех был выставлен угрожающий аборт, у двух наблюдались ложные схватки в период до 37 полных недель. У трех рожениц наблюдалась послеродовая инфекция, у одной беременной – инфекция мочевыводящих путей.

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 (Me 231 vs. 114 дней гестации; $U = 32,5$, $p < 0,0001$).

Выполнение аппендэктомии у беременных женщин сопровождается повышенным риском инфицирования либо возникновения более глубокого иммуносупрессивного состояния, что может привести к таким осложнениям, как угрожающий аборт, ложные схватки и послеродовая инфекция.