

**РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ АППЕНДЭКТОМИИ
У БЕРЕМЕННЫХ**

**Азизов Д.Т., Ходжиматов Г.М., Тен Д.О., Хамдамов Х.Х.,
Тургунов Ш.Ш.**

**Андижанский государственный медицинский институт
Андижан, Узбекистан**

РЕЗЮМЕ

Представлен опыт применения диагностической лапароскопии и лапароскопической аппендэктомии у 28 беременных женщин. Диагностическая лапароскопия была выполнена 9 (32%) женщинам, лапароскопическая аппендэктомия - 19 (68%). Преимущества лапароскопической аппендэктомии особенно ощутимы при поздних сроках беременности. Вследствие малой травматичности вмешательства уменьшается количество послеоперационных осложнений, сокращаются сроки реабилитации больных, создаются хорошие условия для адекватной самостоятельной родовой деятельности и рождения здоровых младенцев.

Ключевые слова: Острый аппендицит, лапароскопическая аппендэктомия.

**RESULTS LAPAROSCOPY APPENDEKTOMY
AT PREGNANT WOMEN**

**Aziziov D.T., Hodzhimatov G.M., Ten D.O., Khamdamov H.H.,
Tugunov Sh.Sh.**

**The Andizhan state medical institute
Andizhan, Uzbekistan**

SUMMARY

Results of diagnostic laparoscopy and laparoscopic appendectomy in 28

pregnant women are presented. Diagnostic laparoscopy was carried out in 9 women (32%), laparoscopic appendectomy in 19 women (68%). Advantages of laparoscopic appendectomy are especially notable at late pregnancy. Due to small traumaticity amount of postoperative complications reduces, rehabilitation terms decrease, good conditions are formed for adequate self-independent birth activity and birth of healthy infants.

Key words: Acute appendicitis, laparoscopic appendectomy.

ХОМИЛАДОР АЁЛЛАРДА ЛАПАРОСКОПИК АППЕНДЭКТОМИЯ НАТИЖАЛАРИ

Азизов Д.Т., Ходжиматов Г.М., Тен Д.О., Хамдамов Х.Х.,

Тургунов Ш.Ш.

Андижон Давлат Тиббиёт Институтини

Андижон, Ўзбекистон

ХУЛОСА

Маколада 28 та хомиладор аёлда диагностик лапароскопия ва лапароскопик аппендэктомияни кулланилиши ва олинган натижалар курсатилган. 9 (32%) та аёлда диагностик лапароскопия, 19 (68%) та аёлда лапароскопик аппендэктомия кулланилган. Лапароскопик аппендэктомияни ижобий томонлари купрок хомиладорликни III ярмида сезилди. Аралашувни кам жарохатлилиги операциядан кейинги даврда асоратларини камайишига, реабилитация даврини кискаришига, хомиладорларда тугрук фаолиятини нормал кечишига ва чакалокни соғлом тугилишига яхши шароит яратиб беради.

Калит сузлар: Уткир аппендицит, лапароскопик аппендэктомия,

Актуальность: Своевременная диагностика и лечение острого аппендицита у беременных в настоящее время остаются актуальной проблемой. Частота развития острого аппендицита у беременных женщин составляет по разным данным от 0,03 до 0,3% [3, 6, 7, 9, 11, 12]. Около половины больных первоначально госпитализируются в гинекологические стационары с подозрением на угрозу прерывания беременности. Большинству беременных ап-

пендэктомия выполняется более чем через сутки от начала заболевания. При этом в условиях, когда нормальная физиология становится измененной, хирурги, анестезиологи, а на поздних сроках беременности и акушеры сталкиваются со сложными диагностическими, тактическими и техническими проблемами, от решения которых зависит жизнь матери и младенца [8, 10]. В III триместре деструктивные формы острого аппендицита, осложненные перфорацией и распространенным перитонитом, встречаются в 3 раза чаще, чем в I, и в 2 раза чаще, чем во II триместре беременности [2, 12]. Прогноз для матери и плода часто бывает неблагоприятным вплоть до летального исхода [4, 10]. Вместе с тем возникающие дифференциально-диагностические затруднения побуждают хирургов выполнять ненужную аппендэктомию при высоком риске прерывания беременности, что в свою очередь, еще больше увеличивает вероятность выкидыша [1].

Принято считать, что во II и III триместрах беременности матка оттесняет купол слепой кишки кверху и кзади. В III триместре купол слепой кишки может располагаться в правом подреберье, что сопровождается нетипичностью симптоматики острого аппендицита. В связи с такой дислокацией купола слепой кишки и червеобразного отростка предлагается смещение оперативных доступов для аппендэктомии кверху в зависимости от срока беременности. Чем больше срок беременности, тем выше разрез [2, 3, 5].

Материал и методы

Под нашим наблюдением в период с 2011 по 2013 г. находились 28 беременных женщин с диагнозом: острый аппендицит. 9 (32%) женщинам была выполнена диагностическая лапароскопия и 19 (68%) - лапароскопическая аппендэктомия. Диапазон сроков беременности был от 6 до 36 нед. Беременных в I триместре было 10 (35,7%), во II триместре - 13 (46,4%) и в III триместре - 5 (17,9%).

Все операции проводились под эндотрахеальным наркозом. В I триместре беременности техника лапароскопии не отличалась от стандартной методики. Карбоксиперитонеум создавали до давления 10-12 мм рт.ст. иглой

Вереша. Для осмотра брюшной полости использовали лапароскопы с 30° оптикой, позволяющие в большинстве наблюдений эффективно осматривать илеоцекальную область без введения дополнительных манипуляторов. Наклон операционного стола на левый бок значительно облегчает проведение лапароскопии.

Начиная со II триместра беременности применяли методику открытой лапароскопии Hassen для предотвращения ранений иглой Вереша матки беременной. Доступ осуществляли в зависимости от размеров матки. Троякар вводили по срединной линии чуть выше верхнего края дна матки. Проводя диагностическую лапароскопию в поздние сроки беременности, соблюдали особую осторожность не допуская «слепых» манипуляций в брюшной полости. Если червеобразный отросток не визуализировался, над лоном вводили 5-миллиметровый троакар для манипулятора.

В зависимости от анатомической ситуации операцию выполняли, используя 2 или 3 троакара. При двухтроакарном доступе червеобразный отросток захватывали за верхушку и извлекали вместе с троакаром на переднюю брюшную стенку, после чего выполняли аппендэктомию. Одним из условий успешной операции является правильное расположение второго троакара над основанием червеобразного отростка. При недостаточно подвижном куполе слепой кишки даже небольшое отклонение места введения троакара от оптимального приводит к значительным техническим трудностям, которые обычно служат причиной конверсии или расширения троакарной раны.

Три троакара для аппендэктомии использовали при короткой и мало-подвижной брыжейке червеобразного отростка в нетипичном расположении аппендикса, гангренозном и перфоративном аппендиците, а также периаппендикулярных сращениях, ограничивающих подвижность отростка. В этом случае брыжейку пересекали в брюшной полости, применяя режимы моно- и биполярной коагуляции, а в последнее время использовали гармонический скальпель. После пересечения брыжейки мобилизованный отросток, как и при двухтроакарной методике, извлекали из брюшной полости вместе с тро-

акарром. Непосредственно аппендэктомия выполняли лигатурно инвагинационным способом, перитонизируя культю червеобразного отростка кисетным швом.

Результаты и обсуждение

У 9 (32%) беременных первоначальный диагноз острого аппендицита не подтвердился. I триместр беременности был у 5 (17,9%), II - у 3 (10,6%) и III - у 1(3,5%) женщины. У одной больной при сроке беременности 36 нед клиническая картина, симулирующая острый аппендицит, была обусловлена перекрутом фаллопиевой трубы вместе с кистозно-измененным яичником. Была выполнена деторсия маточной трубы с яичником. У 2 (7,1%) больных в I и II триместрах были разрывы кист яичников (табл. 1).

Таблица 1. Результаты диагностической лапароскопии у беременных при подозрении на острый аппендицит (n=28)

Нозология	Триместр беременности			Всего
	I	II	III	
Острый	5	10	4	19
Перекрут	4	2	1	7
Разрыв кисты	1	1		2
Итого	10	13	5	28

Из 19 больных, которым была выполнена лапароскопически аппендэктомия, I триместр беременности был у 5 (17,9%), II триместр - у 10 (35,7%) и III триместр - у 4 (14,4%). Флегмонозный аппендицит выявлен у 15 (53,9%) беременных, гангренозный — у 3 (10,6%) и перфоративный - у 1 (3,5%) больной. При этом во II и III триместрах беременности оперированы 14 (50%) женщин (табл. 2).

Таблица 2. Морфологические формы острого аппендицита в зависимости от триместра беременности (n=19)

Морфологическая форма острого аппендицита	Триместр беременности			Всего
	I	II	III	
Флегмонозный	4	8	3	15
Гангренозный	1	1	1	3
Перфоративны		1		1
Итого	5	10	4	19

Червеобразный отросток располагался типично в правой подвздошной области у 22 (78,6%) больных, из них у 13 (46,4%) женщин срок беременности соответствовал II и III триместрам. Нетипичное расположение наблюдалось только у 6 (21,4%) беременных. Подпеченочное расположение червеобразного отростка выявлено у 1 (3,5%) женщины в III триместре беременности.

Лапароскопическую аппендэктомию с использованием 2 троакаров удалось выполнить 8 (28,6%), 3 троакаров - 11 (39,4%) беременным женщинам. Конверсий к открытой операции не проводилось. У 2 (7,1%) больных был переход от двухтроакарной методики лапароскопической аппендэктомии к трехтроакарной. Послеоперационных осложнений не наблюдали.

Преимуществом лапароскопической аппендэктомии является более короткая экспозиция на беременную матку напряженного карбоксиперитонеума и уменьшение его негативного влияния на плод. Средняя продолжительность лапароскопической аппендэктомии у беременных составила 46,4 мин, средняя длительность карбоксиперитонеума - 21,8 мин.

После выписки из стационара 2 женщинам по их желанию беременность была искусственно прервана. Кесарево сечение выполнено по акушерским показаниям 8 (28,6%) женщинам и не было связано с перенесенной аппендэктомией или лапароскопией. У 18 (64,3%) женщин роды протекали без

каких-либо особенностей. Все младенцы были здоровы.

Заключение: Лапароскопическая аппендэктомия при беременности, особенно во II и III триместрах, сочетает в себе преимущества эндоскопической и открытой операций, одновременно обеспечивая малую инвазивность, надежность и высокую экономическую эффективность.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Каримов Ш.И.* Диагностика и лечение острого перитонита 2013г; 274-279.
2. *Коркан И.П.* Лапароскопия в диагностике острого аппендицита у беременных. Хирургия 1992; 63-66.
3. *Кригер А.Г., Федорова А.В., Воскресенский П.К., Дронова А.Ф.* Острый аппендицит. М: Медпрактика-М 2002; 244.
4. *Савельев В.С., Абакумов М.М., Бакулева Л.П. и др.* Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости. М: Медицина 1986; 608.
5. *Стрижаков А.Н., Баев О. Р., Черкезова Э.И.* Беременность и острый аппендицит. Вестн Рос ассоц акушеров-гинекологов 1999; 1: 37-41.
6. *Шевчук М.Г., Хохоль В.П., Шевчук И.М.* Аппендицит у женщин. Киев: Здоров'я 1992; 144.
7. *Amos J.D., Schorr S.J., Norman P.P. et al.* Laparoscopic surgery during pregnancy. Am J Surg 1996; 171: 4: 435-437.
8. *Barnes S.L., Shane M.D., Schoemann M.B. et al.* Laparoscopic appendectomy after 30 weeks pregnancy: report of two cases and description of technique. Am Surg 2004; 70: 8: 733-736.
9. *Bensaid F., Elbamoussi L., Moussaoui D. et al.* Les urgences abdominales non gynecologiques au cours de la grossesse: A propos de cinq observations. Rev Gynec Obstet 1996; 11: 567-572.
10. *Cardenoso L., Teijelos A., Moro J. et al.* Apendicitis y gestacion. Clin Invest Ginecol Obstet 1997; 7: 277-286.
11. *Palanivelu C., Rangarajan M., Parthasarathi R.* Laparoscopic appendectomy in pregnancy: a case series of seven patients. JSLS 2006; 1: 10: 3: 321-325.

12. *Retzke U., Graf H., Schmidt M.* Appendicitis in pregnancy. *Zentralbl Chir* 1998; 123: 4: 61-65.

13. *Ueberrueck T., Koch A., Meyer L. et al.* Ninety-four appendectomies for suspected acute appendicitis during pregnancy. *World J Surg* 2004; 28: 5: 508-511.