

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
САМАРКАНДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ имени Ф. Ходжаева**

На правах рукописи

УДК: 618,2:616,346,2-002,072

АБДУРАХМАНОВА КАМИЛА НАРЗУЛЛАЕВНА

**ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И АКУШЕРСКАЯ ТАКТИКА
ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С ОСТРЫМ АППЕНДИЦИТОМ**

5А510101- акушерство и гинекология

МАГИСТЕРСКАЯ ДИССЕРТАЦИЯ

на соискание академической степени магистра

Научный руководитель:

доц Джуманов Б. А.

Самарканд-2014 г .

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

- АП — артерия пуповины
- ВУИ - внутриутробное инфицирование
- ГИП ЦНС - гипоксически-ишемическое поражение ЦНС
- ИАЖ - индекс амниотической жидкости
- ИР - индекс резистентности
- ИППП - инфекции, передаваемые половым путем
- ЛМА - левая маточная артерия
- ОА - острый аппендицит
- ОРИТ - отделение реанимации и интенсивной терапии
- ПМА - правая маточная артерия
- ПОПИТ — послеоперационная палата интенсивной терапии
- ПЦР - полимеразная цепная реакция
- РДВ - респираторный дистресс синдром
- СЗРП - синдром задержки роста плода
- СОЭ - скорость оседания эритроцитов
- УЗИ - ультразвуковое исследование
- ФПН - фетоплацентарная недостаточность
- ЦНС - центральная нервная система
- ЧСС - частота сердечных сокращений

ОГЛАВЛЕНИЕ

| | |
|--|----|
| ВВЕДЕНИЕ | 5 |
| ГЛАВА I. Клиника, диагностика, акушерская и хирургическая тактика у беременных с острым аппендицитом (обзор литературы) | 10 |
| 1.1 Этапы развития учения об аппендиците у беременных..... | 10 |
| 1.2 Частота острого аппендицита у беременных..... | 13 |
| 1.3 Анатомо-топографические изменения слепой кишки и червеобразного отростка при беременности..... | 14 |
| 1.4 Этиология, патогенез и клинико-анатомические формы аппендицита у беременных..... | 16 |
| 1.5 Клиническая картина острого аппендицита у беременных..... | 19 |
| 1.6 Осложнения острого аппендицита у беременных..... | 27 |
| 1.7 Профилактика и лечение преждевременного прерывания беременности при остром аппендиците..... | 30 |
| ГЛАВА II. Клиническая характеристика обследованных беременных и методы исследования | 33 |
| II. 1 Клиническая характеристика обследованных беременных..... | 33 |
| II.2. Методы исследования..... | 40 |
| II.2.1. Общеклиническое обследование..... | 41 |
| II.2.2. Ультразвуковая диагностика..... | 42 |
| II.2.3. Диагностическая лапароскопия..... | 43 |
| II.2.4. Особенности ведения послеоперационного периода..... | 44 |
| ГЛАВА III. Результаты собственных исследований | 46 |
| III. 1. Частота острого аппендицита у беременных и анатомо-топографические изменения слепой кишки и червеобразного отростка во время беременности..... | 46 |
| III.2 Клиническая картина острого аппендицита у беременных..... | 48 |

| | |
|---|-----|
| III.3 Особенности лабораторных методов исследования у беременных с острым аппендицитом..... | 64 |
| III.4 Высокотехнологичные методы диагностики острого аппендицита у беременных..... | 66 |
| III.4.1 Ультразвуковые методы исследования..... | 66 |
| III.4.2 Диагностическая лапароскопия..... | 72 |
| III.5 Общие принципы хирургического лечения острого аппендицита и его осложнений у беременных..... | 75 |
| III.6 Особенности акушерской тактики у беременных перенесших аппендэктомию..... | 79 |
| III.6.1 Угроза преждевременного прерывания беременности после перенесенной аппендэктомии..... | 80 |
| III.6.2. Выбор метода родоразрешения в послеоперационном периоде... | 88 |
| III.6.3 Особенности формирования фетоплацентарной недостаточности, исход родов у женщин после аппендэктомии по данным ретроспективного анализа..... | 89 |
| III.6.3.1 Допплерометрическое исследование гемодинамики в системе «мать-плацента-плод»..... | 94 |
| III.6.3.2 Особенности течения беременности и исход у женщин, перенесших аппендэктомию (вторая ретроспективная группа)..... | 95 |
| III.6.4. Особенности течения беременности после перенесенной аппендэктомии в проспективной группе исследования..... | 98 |
| III.6.4.1. Допплерометрическое исследование гемодинамики в системе «мать-плацента-плод», у беременных после аппендэктомии проспективной группы..... | 103 |

III.6.4.2. Особенности течения беременности и исход у женщин, перенесших аппендэктомию (проспективное исследование).....106

ГЛАВА IV. Обсуждение полученных результатов исследования108

ВЫВОДЫ.....121

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.....124

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....127

ВВЕДЕНИЕ.

Актуальность проблемы.

В настоящее время острый аппендицит - самая частая причина неотложных хирургических операций у беременных. Частота этой патологии, по данным отечественных и зарубежных исследований, составляет от 1:700 до 1:3000 и не имеет тенденции к снижению. В целом на первую половину беременности приходится $\frac{3}{4}$ всех наблюдений. Наиболее часто аппендицит возникает в I (9-32%) и II триместрах (44-66%) беременности, реже в III (15-16%) и послеродовом периоде (6-8%).

Стертость клинической картины острого аппендицита, обусловленная физиологическими и анатомическими изменениями во время беременности, недооценка хирургами влияния беременности на развитие клинического течения острого аппендицита, совпадение симптомов острых хирургических заболеваний и акушерской патологии, неправильная и запоздалая диагностика, нерациональный выбор метода хирургического вмешательства приводят к значительному проценту хирургических осложнений. По данным ряда авторов (Коркан И.П., 1991; Ayub J., 1992; Halverson A.C. и соавт., 1992), акушерские и хирургические осложнения после аппендэктомии у беременных встречаются в 17% наблюдений. Развитие аппендицита у беременных значительно ухудшает прогноз для плода. При неосложненном аппендиците перинатальные потери составляют около 2-17%, а при перфорации отростка увеличиваются до 19-50%. Наиболее неблагоприятные перинатальные исходы отмечаются при развитии аппендицита во II и III триместрах беременности.

В современном акушерстве количество операций кесарева сечения варьирует от 17% до 40,3% наблюдений (Стрижаков А.Н. и соавт., 2000). При этом многие авторы считают, что при наличии острого аппендицита

абдоминальное родоразрешение может быть проведено только по жизненным показаниям; объем оперативного вмешательства расширяется до экстирпации матки с трубами (Персианинов Л.С., 1971 и др.).

Таким образом, комплексный подход к диагностике острого аппендицита, выработка алгоритма обследования, рациональная хирургическая и акушерская тактика ведения беременных с подозрением на острый аппендицит позволят снизить частоту акушерских и хирургических осложнений, а также перинатальные потери.

Цель и задачи исследования.

Цель настоящей работы - разработать алгоритм комплексного обследования и рациональную акушерскую тактику лечения беременных с острым аппендицитом и эффективную профилактику осложнений в послеоперационном периоде.

Задачи исследования:

1. Изучить особенности клинической картины острого аппендицита в различные сроки беременности.
2. Выявить особенностей клинической картины у беременных в различные сроки гестации.
3. Дать алгоритм обследования и оптимальную акушерскую тактику ведения беременных с острым аппендицитом.
4. Установить косвенные и прямые критерии ультразвуковой диагностики при подозрении на острый аппендицит у беременных.
5. Разработать оптимальную профилактику и лечение акушерских и хирургических осложнений в послеоперационном периоде у беременных, перенесших аппендэктомию.

Научная новизна.

Акушерской практике использован комплексный подход к изучению клинической картины острого аппендицита у беременных, рассмотрены вопросы хирургической тактики в различные сроки беременности, профилактика ассоциированных хирургических и акушерских осложнений. Изучены вопросы терапии, направленные на пролонгирование беременности у женщин, перенесших аппендэктомию.

Проведена комплексная оценка клинико-лабораторных и инструментальных данных острого аппендицита в различные сроки гестации. На основании сравнительного анализа установлена корреляция между изменениями в данных лабораторных исследований и соответствием их клинической картине заболевания во время беременности, имеющая важное значение для выявления нетипичных форм острого аппендицита.

Разработаны современные методы диагностики острого аппендицита, а именно прямые и косвенные критерии ультразвукового обследования, которые позволят исключить другие хирургические и акушерско-гинекологические заболевания различных сроков гестации.

Разработана целенаправленная, активная профилактика осложнений, возникающих в послеоперационном периоде. Представлена система обследования женщины и плода после оперативного вмешательства, тактика ведения беременности, рациональный подход к медикаментозной коррекции выявленных нарушений.

На основании комплексной оценки состояния плода, течения беременности, родов и послеродового периода у беременных, перенесших аппендэктомию, выработана оптимальная акушерская тактика, которые позволяют снизить перинатальную заболеваемость и смертность.

Практическая значимость.

Разработан алгоритм обследования беременных при поступлении в многопрофильную больницу с направительным диагнозом - острый живот и/или острый аппендицит. Использование дополнительных методов исследования (ультразвуковое исследование), проведение профилактической антибактериальной терапии способствуют снижению акушерских и хирургических осложнений, перинатальной заболеваемости.

Усовершенствована ранняя диагностика острого аппендицита во время беременности с помощью дополнительных лабораторно-инструментальных методов исследования, что способствует снижению хирургических осложнений, уменьшению неоправданных аппендэктомий.

Разработаны схемы клинического, ультразвукового, доплеромерического, лабораторного обследования женщин после перенесенной аппендэктомии на основании выявленных особенностей течения беременности, развития фетоплацентарной недостаточности, что позволяет прогнозировать осложненное течение беременности и заболеваемость новорожденного.

Выработан патогенетический подход к проведению профилактической терапии фетоплацентарной недостаточности, выявлены прогностически неблагоприятные эхографические признаки внутриутробного инфицирования плода с последующим обоснованным проведением комплексной коррекции нарушений в сроки 21 и 35-40 дней после хирургического вмешательства.

Применение разработанной тактики ведения беременности и лечения осложнений, возникших после аппендэктомии, позволило снизить процент акушерских и хирургических осложнений, перинатальную заболеваемость.

Основные положения, выносимые на защиту.

> Ранняя диагностика острого аппендицита во время беременности с использованием современных инновационных лабораторно-инструментальных методов исследования позволяет снизить акушерские и хирургические осложнения;

> целенаправленная активная антибактериальная профилактика гнойно-септических осложнений в послеоперационном периоде снижает их частоту и риск инфицирования плода;

> беременные, перенесшие аппендэктомию, составляют группу высокого перинатального риска, что требует проведения ранней диагностики нарушений состояния плода, своевременной их коррекции с целью снижения перинатальных потерь;

> проведение комплексной корригирующей терапии, направленной на пролонгирование беременности, рациональный выбор хирургического вмешательства у беременных с острым аппендицитом позволяют снизить частоту самопроизвольных выкидышей и преждевременных родов;

тактика ведения беременности после аппендэктомии определяется клинико-морфологической формой острого аппендицита и осложнений, возникающих в раннем послеоперационном периоде.

Глава I. Клиника, диагностика, акушерская и хирургическая тактика у беременных с острым аппендицитом (обзор литературы).

1.1. Этапы развития учения об аппендиците у беременных.

Острые хирургические заболевания, возникая на фоне беременности, создают порочный круг: заболевание ставит под угрозу жизнь матери и плода; беременность в силу тех изменений, которые характерны для этого состояния, предрасполагает к быстрому развитию воспалительного процесса.

Б.Хордер в 1877 г. описал два наблюдения перитонита аппендикулярного происхождения у беременных, закончившихся летально. В 1902 году в своей диссертации М.И.Ростовцев утверждает, что у беременных инфекция первично возникает в червеобразном отростке, а затем вторично распространяется на матку, ее оболочки. Касаясь неблагоприятного сочетания аппендицита и беременности, так пугавшего многих авторов, М.И.Ростовцев пишет, что страх этот преувеличен. Он приводит мнение семнадцати авторов, которые на собственном материале доказывали, что сочетание аппендицита и беременности не безнадежно.

В 1897 году Г.Ф. Цейдлером была впервые выполнена аппендэктомия у беременной.

На этом фоне выделяется работа Г.Г.Шмидта (Schmidt Н.Н., 1935), проиллюстрировавшего свои выводы об аппендиците при беременности 486 случаями, как из собственной практики, так и почерпнутыми из литературы. Автор сравнил результаты консервативного и оперативного лечения и на основании статистических данных убедительно доказал преимущества хирургического метода лечения, причем именно ранней операции.

Следует особо остановиться на работах И.И.Грекова (1908), уделявшего много внимания данной проблеме. В 1908 году на заседании акушерско- гинекологического общества в Петербурге И.И.Греков сделал

доклад, сообщив о тринадцати проперированных им больных, при этом смерть матери наступила в 33%, а смерть плодов в 70%. И.И.Греков (1952) неустанно пропагандировал идею ранней операции, его работы явились важной вехой в учении об аппендиците при беременности.

Однако первым из отечественных авторов против прерывания беременности выступил Н.М.Волкович (1926), в своей монографии «Аппендицит, желчекаменная болезнь, туберкулезный перитонит», вышедшей в 1926 году, он писал: «...операция при беременности, даже в животе, и не только в первых ее периодах, обычно не связана с риском прерывания беременности».

С.В.Поликарпов (1933) произвел 10 операций при аппендиците во второй половине беременности, начиная с 5 месяца, смерть наступила в одном случае, у шести пациенток беременность прервалась, у трех родился мертвый плод.

А.И.Малинин (1940) на 1 съезде хирургов Казахстана в 1940 г. сообщил о собственных результатах - четырех оперированных беременных женщинах. По мнению автора, в случае подозрения на аппендицит операция должна производиться немедленно.

В многочисленных работах того периода подчеркивалось как неблагоприятное влияние острого аппендицита и перенесенной аппендэктомии на беременность, так и возможность возникновения грозных по своим последствиям осложнений, и для матери, и для плода.

Лишь в 1941 г. Н.А.Виноградов в своей монографии впервые привел данные о сравнительно большом количестве наблюдений аппендицита у беременных.

Н.А.Виноградов (1941) в результате обследования 128 беременных, перенесших аппендэктомию в различные сроки беременности, установил, что материнская смертность составила 3,9%, а перинатальная смертность 26,5%. Он присоединился к мнению, высказанному ранее Д.А.Лембергом

и А.М.Заблудовским (1931), о необходимости профилактической аппендэктомии у всех женщин, которые планируют беременность.

Е.Л.Розенберг (1947) впервые описал наблюдение перфоративного аппендицита с диффузным перитонитом во время родов с благоприятным исходом.

К.К.Введенский в 1944-1952 гг. провел 50 наблюдений острого аппендицита у беременных, автор отмечает хорошие отдаленные результаты, использует медикаментозное лечение угрозы прерывания беременности гормональными препаратами.

Проанализировав результаты 159 аппендэктомий, Б.И.Ефимов (1959) отметил в 1,09% материнскую смертность и в 5,4% смерть плода. Автор выступает против профилактической аппендэктомии, а также любого оперативного вмешательства на матке. При наличии признаков угрозы прерывания беременности предпочтение отдается препаратам прогестеронового ряда.

Проанализировав результаты 119 аппендэктомий у беременных Г.И.Иванов (1965), отметил отрицательное влияние острого аппендицита и аппендэктомии на органы и системы беременной женщины, в первую очередь, в связи с возникновением угрозы прерывания беременности. Он подчеркивал, что проведение аппендэктомии или другого объема операции необходимо осуществлять с наименьшей травматизацией, с использованием «ступенчатого доступа», указывал на теоретически необоснованное и устаревшее мнение о расширении объема до экстирпации матки при наличии разлитого перитонита, утверждая о том, что наступающее после операции преждевременное прерывание беременности, наименьшим образом влияет на общее состояние женщины, чем искусственное прерывание беременности.

До сих пор окончательно не разрешены вопросы ведения беременности при осложненных формах аппендицита, разлитых перитонитах аппендикулярного происхождения, особенности клинической

картины острого аппендицита в зависимости от срока гестации, не разработан дифференцированный хирургический доступ при проведении аппендэктомии, профилактика и методы реабилитации акушерских и хирургических осложнений у беременных, перенесших аппендэктомию.

Таким образом, вопрос лечения острого аппендицита во время беременности приобретает большое научное и практическое значение, для окончательного решения этой проблемы первостепенное значение приобретает задача предупреждения преждевременного прерывания беременности.

1.2. Частота острого аппендицита у беременных.

Сведения о частоте встречаемости острого аппендицита у беременных в доступной литературе носят описательный характер и сводятся к приведению случаев из практики.

Однако острый аппендицит по частоте возникновения занимает в современной патологии органов брюшной полости первое место, в том числе и у беременных. Согласно данным многочисленных исследований, острый аппендицит чаще наблюдается у женщин. Превалирование заболеваемости лиц женского пола над мужским авторы объясняют близостью илеоцекального угла к органам малого таза, часто подвергающимся у женщин воспалительным заболеваниям органов малого таза, и нейрогуморальными особенностями женского организма.

Распространенность острого аппендицита колеблется в широких пределах: по Н.А.Виноградову (1941) - 2,5%, И.И.Грекову (1952) - 10%, В.И.Ефимову (1959) - 1,92%, А.А.Русанову (1979) - 0,7%, В.С.Савельеву и соавт. (1986) - 1,4%, И.Л.Роткову (1988) - 3,3%.

Г.И.Иванов (1968) указывает, что острый аппендицит во время беременности составляет 1,2% от общего числа беременных.

Согласно результатам исследования И.П.Коркана (1991), острый аппендицит встречается в 59,2% из всех острых хирургических заболеваний у беременных.

По Н.В.Виноградову (1941), В.Р.Брайцеву (1946), Ц.А.Нассу (Nass С.А., 1956), Б.И.Ефимову (1959), Г.И.Иванову (1968), И.П.Коркану (1991), наиболее часто острый аппендицит встречается в возрасте от 20 до 30 лет.

Согласно данным зарубежных исследователей (Balthazar E.J., Birnbaum В.А., Yee J., 1992; Bard J.L., O'Leary J.A., 1995) частота данной патологии составляет от 1:700 до 1:3000 и не имеет тенденции к снижению. В целом на первую половину беременности приходится % всех наблюдений. Наибольшее количество наблюдений острого аппендицита приходится на I (19-32%) и II (44-66%) триместры беременности, реже - на III (15-16%) триместр и послеродовый период (6-8%).

Таким образом, согласно данным литературы, аппендицит у беременных - заболевание относительно частое, имеющее тенденцию к увеличению. Наиболее часто оно наблюдается у первородящих в возрасте от 20 до 30 лет в I, II триместрах беременности. В приводимых выше работах достоверных причин, обуславливающих эти особенности распределения частоты заболеваемости аппендицитом у беременных, не указывается.

1.4. Этиология, патогенез и клинико-анатомические формы аппендицита у беременных.

Вопросы влияния беременности на возникновение, развитие, симптоматику и клиническое течение острого аппендицита до настоящего времени не решены окончательно.

М.А.Теребинская-Попова (1924), Х.Мюлер (1932), Ц.Оптиц (1913) причину в обострении хронического аппендицита у беременных видят в

гиперемии тазовых органов. В противовес им С.С.Певзнер (1926), К.К.Скробанский (1946), В.Р.Брайцев (1952) считают, что застойные явления, вызванные беременностью, напротив, препятствуют развитию аппендицита.

Н.Л.Кладо (1892), А.В.Александров (1938), И.П.Якунцев (1940), Н.А.Виноградов (1941) указывают на возможность перехода воспалительного процесса у беременных на отросток по лимфатическим путям правых придатков матки и обратно.

Однако эта точка зрения разделяется не всеми. С.М.Рубашев (1928) отрицает наличие в норме у женщин связки Кладо. По данным Б.В.Огнева (1926), она обнаруживается на секции у 33% всех обследованных. А.П.Цветкова (1944) на основании проведенных исследований пришла к выводу о невозможности лимфатической связи в норме между червеобразном отростком и правыми придатками, так как эти органы развиваются из разных эмбриональных зачатков.

В настоящее время, по данным А.Н.Стрижакова и соавт.(2004), в этиологии острого аппендицита ведущая роль принадлежит условно-патогенной аэробной и анаэробной флоре, вегетирующей в кишечнике. Особое место отводят бактериоидам, анаэробным коккам и кишечной палочке. Внезапное проявление патогенных свойств микроорганизмов можно объяснить избыточной пролиферацией бактерий при нарушении эвакуации и застое содержимого в отростке вследствие снижения моторной функции кишечника.

В патогенезе острого аппендицита основное значение имеет окклюзия просвета отростка, причиной которой являются гиперплазия лимфоидных фолликулов, патологические перегибы, стриктуры, фиброзные тяжи, феколиты, инородные тела, паразиты, опухоли. Окклюзия просвета аппендикса приводит к увеличению внутрисполостного

давления в полости отростка при растяжении его секретом, экссудатом и газом и нарушению сначала венозного, а затем и артериального кровотока.

Во время беременности отмечается ослабление регуляции моторной функции кишечника вследствие повышения порога чувствительности специфических хеморецепторов к биологически активным веществам. С первых недель беременности кишечник становится толерантным к химическим раздражителям - простагландинам, ацетилхолину, серотонину и другим. Кроме того, при беременности гипотоническое состояние гладкой мускулатуры желудочно-кишечного тракта поддерживается повышенной секрецией прогестерона. Снижение тонуса гладкой мускулатуры кишечника, патологические перегибы аппендикса, возникающие вследствие изменения при беременности его обычного расположения, сдавление кишечника увеличенной маткой приводят к задержке опорожнения червеобразного отростка, застою содержимого, нарушению кровообращения во внутрстеночных сосудах, размножению бактерий, проникновению их в стенку аппендикса и развитию воспаления (Стрижаков А.Н. и соавт., 1998).

Не останавливаясь на всех известных недостатках и достоинствах, многочисленных классификаций острого аппендицита, для практической деятельности наиболее приемлемой следует признать классификацию В.М.Седова (2002), основанную на принципах классификации В.И.Колесова (1972):

I. Острый аппендицит.

1. Поверхностный (простой) аппендицит.
2. Деструктивный аппендицит:
 - а) флегмонозный (с перфорацией, без перфорации);
 - б) гангренозный (с перфорацией, без перфорации).
3. Осложненный аппендицит:
 - а) перитонитом (местным, разлитым, диффузным);

- б) аппендикулярным инфильтратом;
 - в) периаппендицитом (тифлитом, мезентериолитом);
 - г) периаппендикулярным абсцессом;
 - д) абсцессами брюшной полости (поддиафрагмальными, подпеченочными, межпетельными, прямокишечно-маточного пространства);
 - е) абсцессами и флегмонами забрюшинного пространства;
 - ж) пилефлебитом;
 - з) абдоминальным сепсисом.
- II. Хронический аппендицит.
1. Первично хронический.
Хронически рецидивирующий.

1.5. Клиническая картина острого аппендицита у беременных.

Не существует единого мнения о влиянии беременности на возникновение, клиническое течение аппендицита у беременных. В целом клиническая картина острого аппендицита у беременных складывается из многоликой симптоматики, которая изменяется еще и под влиянием особенностей беременности, сроков и течения ее.

По мнению Г.Гермес (1895), Е.Джерлоу (1902), беременность не влияет на клиническую картину и симптоматику острого аппендицита. Другие исследователи: М.И.Ростовцев (1937), И.М.Крылова (1937), А.И.Малинин (1940), Н.А.Виноградов (1941), Б.И.Ефимов (1959), З.Ф.Дробеня (1960), Л.А.Збыковская (1961), В.А.Жмур (1962), Г.И.Иванов (1965) - считают, что беременность не только способствует обострению хронического аппендицита, но и оказывает на него отягощающее влияние.

Причинами этого, по мнению ряда авторов (Алипова Г.В.,1940; Малинин А.И.,1941; Богатырева М.Ф.,1941), является, прежде всего

механическое сдавление, смещение вверх слепой кишки и червеобразного отростка увеличенной маткой. Далее при больших размерах матки может изменяться смещаемость сальника, играющего большую роль в создании отграничительного барьера при воспалительных процессах. Кроме механического фактора (сдавление органов, возможные перегибы червеобразного отростка), на течение острого аппендицита и послеоперационного периода могут оказать влияние вялая перистальтика и запоры, нередко развивающиеся у беременных (Колесов В.И., 1972).

В настоящее время считается общепризнанным, что ранняя диагностика аппендицита у беременных имеет решающее значение в успешной его терапии и сохранении беременности. Наиболее показательные в этом отношении данные опубликованы Г.Г.Шмидт (1935), Н.А.Виноградовым (1941), Б.И.Ефимовым (1959), Л.А.Збыковской (1961). По мнению С.В.Поликарпова (1933), Г.М.Александрова (1939), Б.И.Ефимова (1959), 8.Ma1Bис1a (1980), М.Э.Ного' - з (1985), .М - ГКaИ и соавт. (1986), в I триместре симптомология аппендицита не представляет каких-либо сложностей по сравнению с таковой у небеременных. Тем не менее Е.Г.Дехтярь (1975), Г.И.Иванов (1968) указывают, что наибольший процент катаральных аппендицитов встречается в первой половине беременности, в эти же сроки наблюдается наиболее высокий процент самопроизвольно прерванных беременностей после аппендэктомии. Становится ясно, что причину ошибочной диагностики нельзя объяснить только увеличенной маткой, кроме того, в I триместре беременности острый аппендицит могут симулировать множество заболеваний. В связи с этим вопросы диагностики острого аппендицита в первой половине беременности требуют дальнейшего изучения.

Трудности диагностики острого аппендицита во второй половине беременности связывают чаще всего с изменением положения слепой кишки и червеобразного отростка.

Определенное значение в диагностике острого аппендицита имеют данные лабораторных исследований. Однако в этом вопросе мнения авторов зачастую расходятся. По данным Е.Керера (1932) и А.И.Малинина (1940), повышение лейкоцитов у беременных - явление физиологическое и более или менее частое. Н.А.Виноградов (1941), Б.И.Ефимов (1959) этому симптому уделяют внимание только при цифрах, превышающих 10000 лейкоцитов.

Большое внимание данному вопросу уделил И.П.Коркан (1990). Им показано, что при остром аппендиците у беременных наблюдаются характерные изменения в лейкоформуле периферической крови: лейкоцитоз, уменьшение количества базофилов, гипо- и анэозинофилия, нейтрофилез за счет сегментоядерных нейтрофилов, лимфопения. Эти изменения тем отчетливее и чаще встречаются, чем больше выражена деструкция в червеобразном отростке.

И.Л.Ротков (1988) указывает, что наиболее часто ошибки допускаются при дифференциальной диагностике между острым аппендицитом и угрозой прерывания беременности. Автор подчеркивает многообразие симптомов угрозы прерывания беременности или преждевременных родов, которые могут создать картину острого аппендицита. По этому вопросу в литературе сведения практически отсутствуют. Опыт и хирургов, и акушеров-гинекологов очень мал, вследствие чего так нередки диагностические ошибки, обусловленные невыявлением и недооценкой значения симптомов, которые должны рассматриваться в определенной совокупности и последовательности.

Н.А.Виноградов (1941) приводит 18 заболеваний, которые могут быть ошибочно приняты за аппендицит у беременных.

Г.И.Иванов (1968) приводит данные исследования 1005 больных, поступавших в стационар с диагнозом острый аппендицит и беременность.

В виде таблицы он приводит 31 различное заболевание, которое ошибочно было принято за острый аппендицит у беременных.

По данным того же автора, наиболее частой причиной ошибочного диагноза острого аппендицита у беременных являются заболевания половой и мочевыделительной систем. При этом устанавливается определенная взаимосвязь между сроком беременности и частотой некоторых заболеваний. Г.И.Иванов (1968), Е.Г.Дехтярь (1971), В.А.Девятов (1989), Ш.Кшзкегп и соавт. (1989) указывают, что в первой половине беременности дифференциальная диагностика проводилась между острым аппендицитом и внематочной беременностью, острым или обострением хронического сальпингоофорита справа, кистозными поражениями правого яичника. Для второй половины беременности более характерны заболевания почек и холецистит.

М.М. Шехтман (1987) указывает, что когда клиническая картина недостаточно ясна возможно динамическое наблюдение (не более 3 часов). За это время необходимо произвести дифференциально-диагностические мероприятия. При подтверждении диагноза или невозможности исключить его показана операция.

Стертость клинической картины, снижение диагностической ценности симптомов, характерных для острого аппендицита во время беременности, определяют большое значение применения дополнительных диагностических методов исследования для выявления данного заболевания. Ввиду опасности лучевой нагрузки на плод частота использования полипозиционной рентгенографии в диагностике острого аппендицита у беременных постоянно снижается (Lim H.K., Bae S.H., Seo G.S., 1992). В настоящее время имеется большое число публикаций, свидетельствующих о более высокой информативности и эффективном использовании с этой целью ультразвукового исследования. Важным преимуществом ультразвукового обследования беременных с подозрением

на острый аппендицит является возможность исключения другой хирургической и акушерско-гинекологической патологии.

Впервые ультразвуковую диагностику как дополнительный метод обследования беременных с подозрением на острый аппендицит был использован И.П.Корканом (1990). Однако автором ультразвуковая сонография использовалась с целью проведения дифференциальной диагностики угрозы прерывания беременности в I триместре и выявления других острых хирургических заболеваний в брюшной полости.

Новый подход к использованию ультразвуковых методов в диагностике острого аппендицита предложен Н.В.Patriquin и соавт. (1996), которые использовали доплеровское исследование кровотока в червеобразном отростке и обнаружили, что при нормальном состоянии отростка доплеровские кривые характеризуются отсутствием или низкими значениями диастолического кровотока (индекс резистентности 0,85-1,0). При остром неосложненном аппендиците наблюдается значительное увеличение количества доплеровских сигналов с высоким диастолическом кровотоком (ИР 0,4-0,77). При наличии некротических изменений в червеобразном отростке доплеровские сигналы в области некроза отсутствуют и отмечается резкое снижение их количества в остальной части отростка (ИР 0,33-0,9).

Таким образом, стертость и атипичность клинической картины острого аппендицита во время беременности, ограничение использования дополнительных методов исследования требуют комплексного подхода к диагностике и выработке рационального алгоритма обследования.

1.6. Осложнения острого аппендицита у беременных.

Вне зависимости от срока беременности острое воспаление червеобразного отростка может привести к серьезным осложнениям не только у матери, но и у плода.

Послеоперационные инфекционные осложнения встречаются в 10-14% наблюдений. Наиболее часто (80-90%) инфекционные осложнения развиваются у беременных с перфорацией отростка. Материнская летальность колеблется от 0% при неосложненном аппендиците до 16,7% при перфорации и перитоните (Стрижаков А.Н. и соавт., 2003). В развитии осложнений, связанных с острым аппендицитом, немаловажное значение имеет локализация червеобразного отростка, особенно в III триместре беременности.

Особое внимание, как хирурги, так и акушеры-гинекологи уделяют распространенному перитониту. Это осложнение ставит под угрозу жизнь женщины, плода и является основной причиной их смерти при острых хирургических заболеваниях брюшной полости.

Опасность перитонита для беременных объясняется анатомо-физиологическими особенностями.

В органах брюшной полости наступают явления венозного застоя, атонии кишечника с задержкой его содержимого в правой половине, происходит нарушение секреторной функции желудочно-кишечного тракта, что способствует развитию бактериальной флоры в кишечнике.

Механическое смещение кишечника маткой приводит к его сдавлению и застою кишечных масс. При возникновении перитонита вышеперечисленные факторы приводят к его быстрому распространению.

Следовательно, основным фактором в патогенезе перитонита у беременных является то, что он развивается на фоне физиологического венозного застоя в органах брюшной полости, атонии кишечника и задержки его содержимого.

Ряд авторов, принимая во внимание высокий риск развития эндометрита с последующим сепсисом, во всех случаях распространенного перитонита у беременных рекомендовали оперативное родоразрешение и удаление матки.

Так, R.Wilson (1927) (цит. по Л.С.Персианинову, 1973) при прободении червеобразного отростка и наличии местного перитонита рекомендует родоразрешение путем операции кесарева сечения, а при разлитом перитоните - экстирпацию матки.

Вопросы, связанные с акушерской тактикой при остром аппендиците и в настоящее время продолжают обсуждаться.

В.Н.Серов и соавт. (1997) считают, что при наличии острого аппендицита абдоминальное родоразрешение может быть проведено только по жизненным показаниям со стороны матери. При этом после выполнения кесарева сечения объем оперативного вмешательства расширяется до экстирпации матки с маточными трубами. А.Сугколуог (1996) указывает, что гистерэктомия после кесарева сечения необходима в случаях осложненного аппендицита. В.БгЪшак, ЕЛошес (1996) допускают возможность выполнения аппендэктомии и кесарева сечения (без последующего удаления матки) в отсутствии разлитого перитонита.

Г.М.Савельева и соавт. (2006) указывают, что любая форма аппендицита, в том числе осложненная перитонитом не является показанием к прерыванию беременности.

По данным А.Н.Стрижакова и соавт. (2004), принципами хирургической тактики должны быть максимальная активность в отношении перитонита и максимальный консерватизм в отношении беременности. В малые сроки беременности лечение перитонита необходимо проводить на фоне продолжающейся беременности с целью не столько ее пролонгирования, сколько для сохранения репродуктивной функции. После аппендэктомии в больших сроках необходима терапия, направленная на сохранение беременности седативными, спазмолитическими, токолитическими и другими препаратами, в случаях развития родовой деятельности роды вести через естественные родовые пути. Вопрос об объеме и характере вмешательства при деструктивном аппендиците на фоне больших сроков беременности следует решать

совместно с акушером-гинекологом, желательно при его непосредственном участии в оперативном вмешательстве. Кесарево сечение выполнять только по абсолютным показаниям.

Наблюдения А.Н.Стрижакова (2004) показывают, что родоразрешение через естественные родовые пути при наличии «острого живота» является оптимальным. Даже при перфоративном аппендиците и разлитом перитоните необходимо произвести санацию брюшной полости, удаление отростка, затем проводить динамическую пролонгированную санацию с помощью лапароскопической канюли и отказаться от операции кесарева сечения с последующей экстирпацией матки с маточными трубами.

Для профилактики инфекционных осложнений после аппендэктомии у беременных А.С.НалуогБеп и соавт. (1992) рекомендуют назначение антибиотиков всем оперированным женщинам. По данным А.Н.Стрижакова (2003), с целью профилактики послеоперационных гнойно-септических осложнений и инфицирования плода у беременных, оперированных по поводу деструктивных форм аппендицита, показана антибактериальная терапия.

При изучении течения исхода беременности и родов после аппендэктомии С.Ф.Кириакиди (1996) установил увеличение частоты гестозов в 52,4%, гипоксии плода в 16,7%, анемии в 23,8%. В то же время отмечается выраженная тенденция к учащению следующих осложнений: несвоевременное излитие вод (26,6%), патологический прелиминарный период (7,14%), первичная слабость родовой деятельности (7,1%), частичное плотное прикрепление плаценты (12%), полное плотное прикрепление плаценты (2,4%), замедленная инволюция матки (2,4%).

Многие авторы отмечают, что показатель послеоперационных осложнений у беременных, перенесших аппендэктомию, более высокий, чем у небеременных. По мнению И.П.Коркана (1991), это еще раз указывает на неустойчивость компенсаторных возможностей организма

беременной и необходимость более тщательного проведения лечебно-профилактических мероприятий.

1.7. Профилактика и лечение преждевременного прерывания беременности при остром аппендиците.

Очень мало уделено внимания исследователями влиянию аппендэктомии на организм беременной, ведению до- и послеоперационного периода. Несмотря на высокую частоту осложнений аппендицита во время беременности в доступной литературе имеется незначительное количество работ, посвященных вопросам их профилактики.

Одной из главных задач, которую приходится решать хирургу и акушеру при аппендиците у беременных, является предупреждение и лечение прерывания беременности в различные сроки гестации.

По данным Б.И.Ефимова (1959), прерывание беременности наблюдается у 5,75% больных, причем знаменательно, что в 4,5% оно осложнило хронический аппендицит. На основании этих данных автор полагает, что выкидыш не связан с аппендицитом и носит либо привычный характер, либо имеет связь с операционной травмой.

Г.И.Иванов (1968) указывает на комплексную терапию лечения угрозы прерывания беременности, которая должна быть направлена одновременно и на снижение патологических влияний на организм со стороны воспалительного процесса в червеобразном отростке и со стороны самой аппендэктомии, и на стимуляцию механизмов, обеспечивающих нормальное развитие беременности. В связи с этим она должна включать в себя следующие мероприятия:

1. психопрофилактическую подготовку;
2. снятие возбуждения периферической и центральной нервной системы;
3. понижение возбудимости сократительной функции матки;

4. предупреждение вредного действия на организм больной воспалительных и интоксикационных процессов в связи с нарушением гемоплацентарного барьера;

5. при необходимости - повышение функции коры надпочечников.

Повышенный риск преждевременного прерывания беременности существует в течение первой недели после аппендэктомии. М.О. Хипп (1989) считал, что эффективность сернокислой магнезии в данной группе низка. В.Кшп и соавт. (1993) указали на отсутствие эффекта от применения токолитиков во время операции. Однако авторы рекомендовали использовать мониторинговое наблюдение за сократительной деятельностью матки в послеоперационном периоде с назначением при необходимости токолитиков.

По данным А.Н.Стрижакова и соавт. (2003), независимо от срока беременности всем женщинам начиная с первых суток послеоперационного периода показано проведение комплексной корригирующей терапии, направленной на пролонгирование беременности, а также ультразвуковой контроль за состоянием плода.

В I триместре беременности при появлении клинических симптомов угрозы прерывания беременности, появлении признаков повышенного тонуса миометрия, по данным эхографического исследования, необходимо назначение прогестагенов. Во II и III триместрах при наличии клинически выраженных и быстро нарастающих признаков угрозы преждевременного прерывания беременности терапия начинается с внутривенного капельного введения токолитиков (гинипрала) с последующим переходом на применение таблетированных форм препаратов. При сохранении клинических признаков угрожающих преждевременных родов и отсутствии хирургических осложнений дальнейшее лечение и наблюдение необходимо продолжать в условиях гинекологического отделения или родильного дома.

Таким образом, острый аппендицит во время беременности часто характеризуется атипической, стертой, вариабельной картиной. В связи с высокой частотой осложнений аппендицита у матери и плода необходимо дальнейшее совершенствование подходов к выбору метода оперативного вмешательства и тактики ведения в послеоперационном периоде. Своевременная диагностика аппендицита у беременных представляет сложную задачу, решение которой требует знания патофизиологических особенностей данного заболевания во время беременности и умелого использования дополнительных методов исследования. Следование определенным хирургическим и акушерским принципам при остром аппендиците во время беременности позволит снизить процент хирургических, акушерских осложнений и сохранить женщине репродуктивную функцию.

ГЛАВА II. Клиническая характеристика обследованных беременных и методы исследования.

II.1. Клиническая характеристика обследованных беременных.

Настоящая работа посвящена анализу лечение 50 беременных с острым аппендицитом, поступивших Республиканский Научный центр экстренный медицинский помощи Самаркандский Филиалу с 2009 по 2014 год.

Для изучения особенностей клинической картины острого аппендицита у беременных, выработки оптимальной хирургической и акушерской тактики, разработки современных методов диагностики острого аппендицита, профилактики возможных осложнений, рассмотрения вопросов терапии, направленной на пролонгирование беременности у женщин, перенесших аппендэктомия проведено продольное ретроспективное обследование 20 женщин и динамическое проспективное обследование - 30 пациенток.

Ретроспективное исследование проведено по архивным материалам, которые включали данные истории родов и историй болезни женщин, перенесших аппендэктомию, развития новорожденных, статистических журналов и отчетов РНЦЭМПСФ

Ретроспективная группа обследуемых пациентов была разделена на две группы.

Первую группу составили 5 беременные, перенесшие аппендэктомию, в период с 2009 по 2011 год, у которых для диагностики острого аппендицита не применялись дополнительные методы обследования.

Вторая группа обследованных женщин, состояла из 15 беременной, перенесших аппендэктомию, у которых для диагностики острого аппендицита использовались современные высокотехнологичные методы обследования, за период с 2011 по 2014 год.

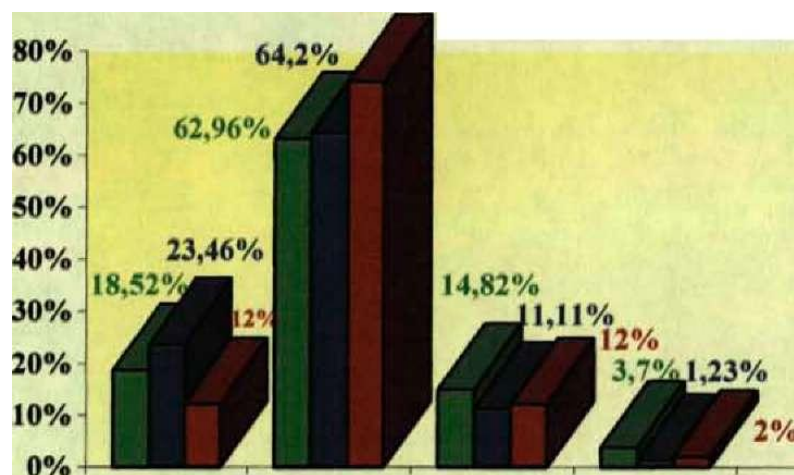
Группу проспективного исследования составили 30 женщин, беременность которых осложнилась острым аппендицитом. Для проспективной группы была выработана оптимальная акушерская тактика, проведена целенаправленная, активная профилактика акушерских и хирургических осложнений в послеоперационный период.

За исследуемый временной промежуток поступило 172 беременных с подозрением на острый аппендицит. У 17,45% беременных диагноз острого аппендицита был подтвержден.

Средний возраст женщин составил $24,88 \pm 1,56$ ($p < 0,05$) года с индивидуальными колебаниями от 16 лет до 41 года.

Ретроспективные и проспективные группы обследования были однородны по возрастному составу, при этом большинство женщин (62,96%, 64,2% и 74%) находились в возрастной группе 20-29 лет (рис.2).

Рис.2. Распределение обследованных женщин по возрасту.



до 20 лет 20-29 лет 30-39 лет 40 лет и старше

I ретроспективное исследование II ретроспективное исследование I проспективное исследование

Наименьшее число больных приходится на возраст до 20 и свыше 40 лет. Это и понятно, так как беременность в этот промежуток времени наступает наиболее редко.

По результатам ретроспективного и проспективного анализа наиболее часто острый аппендицит во время беременности встречается во II триместре. Это подтверждается данными литературы (Колесов В.И., 1972; Стрижаков А.Н. и соавт., 1999; 2003; Кригер А.Г., 2002; Седов В.М., 2002). При беременности, начиная с 18-20 недель червеобразный отросток вместе со слепой кишкой оттесняется увеличенной маткой вверх и назад, вследствие чего происходят перегибы, растяжения червеобразного отростка, нарушение его перистальтики, разрывы старых сращений, ухудшение кровоснабжения. Данные факторы способствуют возникновению воспалительного процесса в червеобразном отростке.

Таким образом, диагноз острого аппендицита в ретроспективной и проспективной группе был поставлен в 28,14% и 6% соответственно в I триместре, 57,04% и 76 % - во II триместре, 12,6% и 18% — в III триместре беременности, в 1,48% — в послеродовом периоде (в

проспективном исследовании острый аппендицит в послеродовом периоде не встречался.

Изучение акушерско-гинекологического анамнеза выявило высокий процент хронических заболеваний полового тракта. Общая гинекологическая заболеваемость в группе проспективного обследования составила 86%, ретроспективного - 53,33%. Отмечается увеличение частоты воспалительных заболеваний органов репродуктивной системы в проспективной группе (более высокий процент обусловлен появлением новых методов диагностики ИППП), оперативных вмешательств на правых придатках матки (таблица 1).

Таблица 1.

**Перенесенные акушерско-гинекологические заболевания
обследованных беременных.**

| Группа беременных/заболевания | Проспективное исследование | Ретроспективное исследование |
|--|-----------------------------------|-------------------------------------|
| Воспалительные заболевания органов репродуктивной системы | 70% | 25,18% |
| Фоновые заболевания шейки матки | 10% | 22,22% |
| Первичное/вторичное бесплодие | 2% | 2,22% |
| Дисфункция яичников | 6% | 3,7% |
| Оперативные вмешательства на правых придатках матки | 10% | 2,96% |

При этом в ретроспективной группе первородящих было 74,07%), повторнородящих - 25,93%. Из них 45,93% первобеременных и 54,07%) повторнобеременных. В проспективной группе первородящих и повторнородящих было 80% и 20%, из них 40% первобеременных и 60% повторнобеременных.

Данные, полученные при оценке акушерско-гинекологического анамнеза у беременных обеих групп, отражены в таблице 2. Обращает на себя внимание высокий процент предшествующих беременностей, которые закончились искусственными абортами. Первобеременные,

которые не имели отягощенного акушерско-гинекологического анамнеза, составили 36,29% и 12% в ретроспективной и проспективной группах соответственно.

Выявлена связь между отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом и клинико-морфологической формой острого аппендицита. Наличие в анамнезе у беременных одной и более инфекции, передающейся половым путем, пролеченной во время беременности, оперативных вмешательствах на правых придатках матки сочеталось с флегмонозной формой острого аппендицита.

Таблица 2.

Особенности акушерско-гинекологического анамнеза у обследованных беременных.

| Группы беременных/заболевания | Проспективное исследование | Ретроспективное исследование |
|--|-----------------------------------|-------------------------------------|
| Искусственные аборты: 1 и более | 40% | 25,93% |
| Самопроизвольные выкидыши | 8% | 7,4% |
| Преждевременные роды | 6% | 10,37% |
| Кесарево сечение | 4% | 4,44% |
| Неразвивающаяся беременность | 6% | 2,2% |

Принимая во внимание полученные результаты в ретроспективных группах, учитывая предстоящий объем оперативного вмешательства (аппендэктомия), всем беременным проспективного наблюдения с профилактической целью назначалась токолитическая терапия до и/или интраоперационно. Токолиз проводился в период стационарного нахождения с последующей коррекцией.

При анализе ретроспективных групп нами выявлен синдром инфекции околоплодных вод, проявляющийся признаками внутриутробной инфекции у новорожденного. У 48,39% новорожденных во второй ретроспективной группе имелись признаки внутриутробной инфекции (пневмония, везикулез, омфалит, отит, конъюнктивит, в одном

клиническом наблюдении был зарегистрирован сепсис новорожденного). В 24,06%) и 12% в ретроспективной и проспективной группах соответственно выявлено преждевременное созревание плаценты, которое проявилось в проспективной группе в течение 21 дня после перенесенной аппендэктомии, что, возможно, объясняется проникновением и распространением микроорганизмов по оболочкам или между ними, которые, достигая базальной пластины плаценты, вызывают децидуит. Хориальная пластина и элементы пупочного канатика инфицируются при контакте с зараженными околоплодными водами. Дальнейшее распространение воспалительной реакции приводит к развитию хорионита (плацентита), который проявляется лейкоцитарной инфильтрацией интервиллизевого пространства и эндovasкулита в хориальной пластине. Васкулиты в децидуальной оболочке, стволовых и терминальных ворсинах приводят к облитерации сосудов, появлению инфарктов, кальцинатов, массивных отложений фибриноида.

К проявлениям синдрома «инфекции околоплодных вод», помимо хориоамнионита относится много- и/или маловодие, которое наблюдалось в исследуемых группах 32,33% и 28% соответственно.

В группе ретроспективного анализа фетоплацентарная недостаточность диагностирована в 50,38%, в группе проспективного - 40%. Частота клинических проявлений фетоплацентарной недостаточности снизилась в 1,26 раза.

С учетом полученных данных (по результатам анализа ретроспективных групп) за время наблюдения всем пациенткам проспективной подгруппы проводилась комплексная патогенетическая терапия, основанная на современных принципах лечения выявленной патологии.

При анализе особенностей настоящей беременности нами были выявлены следующие особенности (таблица 3).

Таблица 3.

Особенности течения настоящей беременности у обследованных женщин после перенесенной аппендэктомии.

| Группа беременных/заболевание | Проспективное исследование | Ретроспективное исследование |
|---|----------------------------|------------------------------|
| Угроза прерываши беременности: - в течение 14-21 дни после аппендэктомии - сохраняющаяся на всем протяжении беременности | 80% | 93,23% |
| | 50% | 75,18% |
| ФПН. СЗРП. | 40% | 50,38% |
| Появление, в течение 21 дня после аппендэктомии: - преждевременного созревания плаценты - мало/многоводие | 12% | 24,06% |
| | 28% | 32,33% |
| Гипоксия плода | 34% | 39,85% |
| Анемия беременных | 50% | 42,1%, |
| Гестоз | 12% | 14,28% |

При анализе исходов настоящей беременности у женщин, ретро- и проспективной групп нами были получены следующие данные (таблица 4):

Таблица 4.

Исход беременности у женщин, перенесших аппендэктомию.

| Группа беременных/ исход беременности | Проспективное исследование | Ретроспективное исследование |
|--|----------------------------|------------------------------|
| Своевременные роды | 78% | 57,04% |
| Преждевременные роды | 10% | 13,53% |
| Запоздалые роды | 12% | 6,67% |
| Кесарево сеченне | 18% | 15,56% |
| Аntenатальная гибель плода | 2% | 3,7% |
| Самопроизвольные выкидыши | 0% | 8,89% |
| Медицинский аборт | 0% | 12,78% |

При динамическом наблюдении у 78% женщин произошли своевременные роды.

При этом оперативное родоразрешение проводилось в отсроченном периоде (в доношенном сроке) согласно принципу хирургической тактики, после перенесенной аппендэктомии: должна быть максимальная активность в отношении перитонита и максимальный консерватизм в отношении беременности. Объем оперативного вмешательства при остром

аппендиците - типичная аппендэктомия. В ретроспективной и проспективной группах абдоминального родоразрешения после аппендэктомии не производилось ни в одном наблюдении.

Необходимо указать, что в проспективном исследовании в 10% наблюдений произошли преждевременные роды, в одном наблюдении - мертвым плодом при сроке гестации 27-28 недель.

В доношенном сроке 18% женщин родоразрешены путем операции кесарева сечения. Из них в 7 наблюдениях операция проводилась в плановом порядке в связи с наличием миопии высокой степени (2), наличием рубца на матке после операции кесарева сечения и консервативной миомэктомии с вскрытием полости матки (2), отягощенного соматического анамнеза (1), отягощенного акушерско-гинекологического анамнеза (2). Две беременные были родоразрешены в экстренном порядке в связи с аномалиями родовой деятельности, не поддающимися медикаментозной коррекции (1), клинически узким тазом (1).

При этом своевременные роды в 40% наблюдений осложнились преждевременным излитием околоплодных вод, у 26% пациенток - аномалиями родовой деятельности, у 4% - патологическим прелиминарным периодом, у 4% - частичным плотным прикреплением плаценты, у 30%) - замедленной инволюцией матки в послеродовом периоде.

При анализе перинатальных исходов нами было установлено, что в ретроспективной группе чаще рождались дети с низкой и средней массой тела, тогда как в проспективной группе - детитолько со средней массой тела.

II.2. Методы исследования.

Проспективное исследование проведено у 30 женщин. Критериями включения в группу проспективного исследования явились: перенесенная аппендэктомия во время беременности, и ее исход, использование

разработанной оптимальной акушерской тактики с последующим проведением целенаправленной профилактики ассоциированных акушерских и хирургических осложнений.

Ретроспективный анализ проведен сплошным методом по материалам 20 историй родов, развития новорожденных и статистических журналов РНЦЭМПСФ. На первом этапе исследования была составлена единая карта обследования беременных, на втором этапе данные вносились в электронные компьютерные таблицы Microsoft Excel, на третьем производилась статистическая обработка материала.

Исследование проводилось в течение ряда лет: с 2009 по 2011 год и с 2011-2014 год, когда вследствие изучения архивных историй болезни беременных, перенесших аппендэктомию, поступивших РНЦЭМПСФ, был выявлен высокий процент акушерских и хирургических осложнений.

Такое разделение ретроспективной группы обусловлено внедрением высокотехнологичных методов диагностики острого аппендицита во время беременности.

Нами разработан алгоритм обследования беременных при поступлении в стационар с направительным диагнозом острый живот и/или острый аппендицит.

1. Общеклиническое обследование.

- Осмотр акушера-гинеколога (целью осмотра в первую очередь было исключение острой акушерской патологии, а также выявление сопутствующей патологии беременных для проведения ранних лечебно-профилактических мероприятий).
- Осмотр хирурга (для подтверждения или исключения острого аппендицита, выработки дальнейшего плана дообследования, осмотр производится только ответственным хирургом).
- Осмотр уролога и других смежных специалистов (для проведения дифференциальной диагностики).

2. Ультразвуковая диагностика (УЗИ плода, доплерометрические данные, УЗИ брюшной полости и забрюшинного пространства).

3. Диагностическая лапароскопия.

4. Оперативное вмешательство (аппендэктомия, ревизия органов брюшной полости).

II.2.1. Общеклиническое обследование.

Клиническая часть осмотра включала детальное изучение анамнеза, объективное исследование, оценку клинико-лабораторных данных. Клинико-лабораторное обследование на первом этапе в обязательном порядке включало развернутый клинический анализ крови, общий анализ мочи.

Целью осмотра в первую очередь было исключение острой акушерской патологии, а также выявление сопутствующей патологии беременных для проведения ранних лечебно-профилактических мероприятий.

На каждую пациентку заполняли разработанную карту обследования, которая позволила осуществлять учет клинических данных и результатов дополнительных методов исследования, внесение их в электронные таблицы и проведение статистической обработки.

Для исключения возможных гинекологических заболеваний (в первую очередь установление факта маточной беременности, перекрута ножки опухоли яичника, нарушения питания в узле миомы матки, разрыва стенки кисты яичника) и акушерских осложнений (угрозы прерывания беременности, преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты, угрозы разрыва матки по рубцу), имеющих сходные клинические проявления с острым аппендицитом, производилось бимануальное и во второй половине беременности - наружное акушерское обследование, в процессе которых определяли:

- соответствие размеров матки сроку беременности;

- внутриутробное состояние плода;
- тонус матки, наличие или отсутствие участков ее локальной болезненности;
- состояние шейки матки;
- характер выделений из половых путей;
- состояние сводов влагалища и придатков матки с обеих сторон;
- наличие или отсутствие болезненности крестцово-маточных связок справа и симптомов раздражения тазовой брюшины.

II.2.2. Ультразвуковая диагностика.

Всем беременным проводилось **ультразвуковое исследование** и по показаниям - **доплерометрия**.

С целью оценки состояния эмбриона/плода в различных триместрах беременности ультразвуковое исследование проводилось при помощи ультразвуковых приборов – АЛЛОКА-500-550, работающих в режиме 3,5 мГц.

Исследование начиналось с обзорного осмотра органов брюшной полости с последующим изучением состояния матки и ее придатков для исключения возможной акушерско-гинекологической патологии, которая нередко симулирует клиническую картину острого аппендицита.

При исключении акушерско-гинекологической патологии беременные переводились в стационар больницы для проведения дальнейшего диагностического поиска.

При наличии хирургической патологии (при подозрении на острый аппендицит, холецистит, панкреатит, острый живот) беременная в обязательном порядке осматривалась ответственным хирургом с последующим решением вопроса о переводе в стационар.

Однако во время беременности во второй половине могут возникать трудности визуализации червеобразного отростка, связанные с

изменениями его топографо-анатомического расположения и местонахождения.

П.2.3. Диагностическая лапароскопия.

В случаях, когда на основании детального анализа данных и результатов неинвазивных методов исследования невозможно однозначно сформулировать диагноз, приоритет в диагностике острого аппендицита принадлежал **лапароскопии**. Вместе с тем в акушерской практике использование лапароскопии ограничено не только стандартными, общепринятыми противопоказаниями (спаечный процесс Ш-1У степени в брюшной полости, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, парез кишечника, нарушения системы гемостаза и другие), но и сроком беременности. Увеличение размеров матки до 20-22 недель и более существенно препятствует адекватному осмотру купола слепой кишки, аппендикса, анатомических углублений малого таза и брюшной полости, что не может не сказаться на информативности лапароскопии. Поэтому производство лапароскопии как оптимального метода диагностики атипичных и малосимптомных форм острого аппендицита возможно только в первой половине беременности и послеродовом периоде. Предоперационная подготовка, анестезиологическое пособие и техника лапароскопии у беременных стандартны и не отличаются от таковых у небеременных женщин.

При отсутствии достоверных эндоскопических симптомов острого воспаления червеобразного отростка тщательно осматривают органы брюшной полости и малого таза, исключая наиболее распространенные гинекологические и хирургические заболевания, которые могут протекать под «маской» острого аппендицита.

При отсутствии ясности клинической картины заболевания созывали консилиум для определения дальнейшей тактики ведения и дообследования беременной.

II.2.4. Особенности ведения послеоперационного периода.

В послеоперационном периоде основное внимание было направлено на диагностику и профилактику наиболее распространенных осложнений, связанных с острым аппендицитом и хирургическим вмешательством.

Беременные в отсутствии акушерской патологии первые 5-7 суток наблюдались в хирургических отделениях. При возникновении показаний беременную переводили в отделение гинекологии, где проводилась комплексная реабилитационная, антибактериальная, токолитическая, симптоматическая терапии при ежедневном осмотре хирурга.

В хирургическом отделении ежедневно беременную осматривал акушер-гинеколог. Через 5-7 дней после операции, перед выпиской из стационара, производилось ультразвуковое исследование (в зависимости от срока беременности - эхография, доплерометрическое изучение кровотока в фетоплацентарной системе, кардиотография).

Во II и III триместрах беременности ультразвуковое обследование включало фетометрию, плацентографию, оценку качества и количества околоплодных вод.

С помощью импульсного режима и цветного доплеровского картирования изучен внутриплацентарный, маточно-плацентарно-плодовый кровоток. Исследование гемодинамики проводили в период апноэ и двигательного покоя плода. Следует обратить особое внимание на то, что интенсивность доплеровского изучения в каждом исследовании не превышала 100 мВт/см^2 .

Функционирование сосудов маточно-плацентарного русла оценивали по характеру кровотока в маточных артериях беременной. Оценка гемодинамики плодового кровотока в артериальных сосудах заключалась в исследовании кровотока в артерии пуповины, средней мозговой артерии и аорте плода.

Независимо от гестационного срока с целью профилактики преждевременного прерывания беременности всем женщинам начиная с первых суток послеоперационного периода проводилась токолитическая, гормональная, спазмолитическая, седативная терапии.

С целью профилактики послеоперационных гнойно-септических осложнений и внутриутробного инфицирования плода у беременных, оперированных по поводу деструктивных форм аппендицита, применялась антибактериальная терапия. Вопрос о выборе антибактериального химиотерапевтического препарата решался индивидуально.

Родоразрешение беременных, оперированных по поводу острого аппендицита, следует проводить через естественные родовые пути. При развитии родовой деятельности в первые-вторые сутки послеоперационного периода у беременных с доношенным сроком беременности необходимо укорочение второго периода родов. Кесарево сечение производят только по абсолютным показаниям. Ведение беременности в отдаленном послеоперационном периоде проводилось согласно общепринятым стандартам.

Глава III. Результаты собственных исследований.

Осложнение беременности острым аппендицитом является одной из сложных акушерских и хирургических проблем. Острый аппендицит -

самая частая патология среди хирургических заболеваний органов брюшной полости. За последние 20 лет наблюдается некоторое уменьшение частоты заболевших острым аппендицитом, однако у молодых женщин детородного возраста данная тенденция не имеет подтверждения (Evgenicos N. et al., 2000). Наиболее часто острый аппендицит диагностируется в I и II триместрах беременности (до 80%), крайне редко - в родах и раннем послеродовом периоде.

III.1. Частота острого аппендицита у беременных и анатомо-топографические изменения слепой кишки и червеобразного отростка во время беременности.

Наиболее часто острый аппендицит наблюдается у первородящих в I, II триместрах беременности в возрасте от 20 до 30 лет.

Однозначно объяснить увеличение частоты встречаемости острого аппендицита во II триместре беременности не представляется возможным.

Однако с ростом матки при беременности изменяется топографо-анатомическое соотношение внутренних органов в брюшной полости. Вопрос об изменении расположения слепой кишки под влиянием беременности и начала, степени и характере смещения для клиницистов имеет одно из первостепенных значений.

В работах современных авторов (Колесов В.И., 1972; Стрижаков А.Н. и соавт., 1999; 2003; Кригер А.Г., 2002; Седов В.М., 2002) подчеркивается, что при беременности начиная с 18-20 недель червеобразный отросток вместе со слепой кишкой оттесняется увеличенной маткой вверх и назад.

Для подтверждения изменения расположения червеобразного отростка нами проанализировано 10 наблюдений во время беременности в различные сроки гестации и послеродовом периоде.

Наблюдения в послеродовом периоде проводились у женщин, которым в плановом порядке выполнялось кесарево сечение. Нами

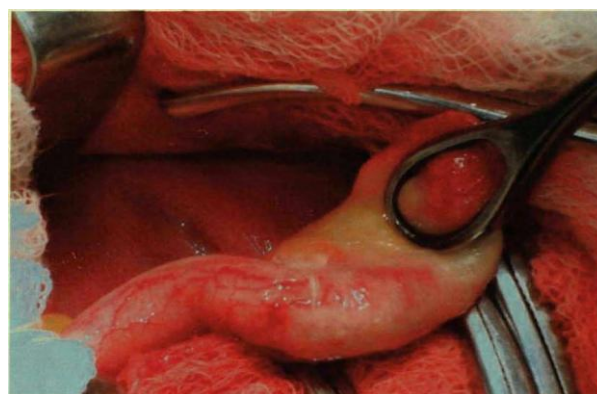
анализировалось расположение аппендикса после ушивания и погружения послеродовой матки в брюшную полость, а также при нижнесрединной лапаротомии.

В 100% наблюдений, при выполнении чревосечения по Джоэл-Кохену червеобразный отросток располагался на уровне ребра матки, что подтверждает утверждение об изменении его расположения (рис.3).

Рис. 3. Расположение червеобразного отростка после операции кесарева сечения.



Рис.4. Клиническое наблюдение. Расположение червеобразного отростка при сроке беременности 20 недель.



Таким образом, в результате роста беременной матки происходит смещение илеоцекального угла вверх. Однако вопрос о начале, степени и характере смещения остается до конца не решенным. Решение этого вопроса имеет значение для выяснения закономерностей изменения болевых точек при аппендиците у беременных, выбора наиболее рационального доступа при аппендэктомиях.

Необходимо указать, что в 6% наблюдений в ретроспективной и проспективной подгруппах червеобразный отросток имел атипичное расположение.

III.2. Клиническая картина острого аппендицита у беременных.

Клинические проявления заболевания при остром аппендиците обусловлены достаточно быстрым развитием воспаления в ответ на инфекцию, развивающуюся в червеобразном отростке.

Специфика течения заболевания и его клинических проявлений определяется общими и местными симптомами.

Пациенты ретроспективного (20) и проспективного (30) исследования были разделены на три группы в зависимости от клинικο-морфологического варианта острого аппендицита для проведения сравнительного анализа. Первую группу составили пациенты с катаральным и хроническим аппендицитом и его обострением, вторую - с флегмонозным, третью - с перфоративной формой острого аппендицита.

Физиологические изменения во время беременности сопровождаются гиперпродукцией половых гормонов, изменением метаболизма и анатомических взаимоотношений органов брюшной полости, что способствует изменению клинической картины заболевания и затрудняет его диагностику.

К факторам, затрудняющим диагностику острых хирургических заболеваний у беременных, можно отнести:

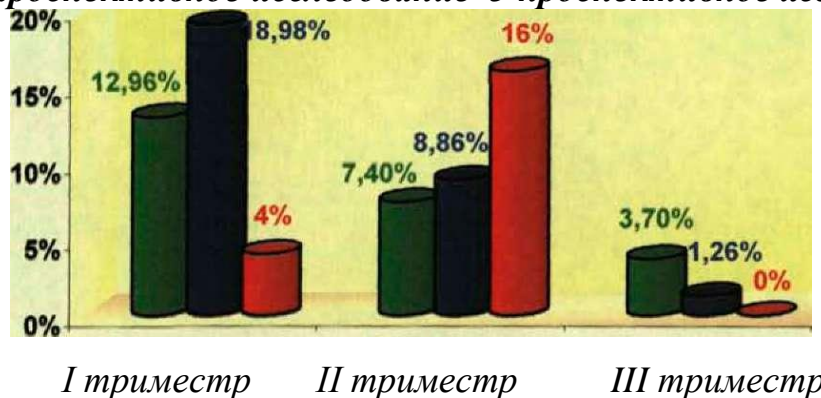
1. изменение анатомических взаимоотношений органов брюшной полости, с увеличением срока гестации;
2. расслабление мышц передней брюшной стенки;
3. снижение тонуса гладкой мускулатуры желудочно-кишечного тракта;
4. частое развитие гастропепсических симптомов во время беременности;
5. физиологический лейкоцитоз;
6. повышение концентрации фибриногена в плазме, снижение концентрации активаторов пламиногена, повышение факторов свертывающей системы крови;
7. снижение системного ответа иммунной системы на воспаление.

«Классическая» форма острого аппендицита во время беременности наблюдалась в 24,07% и 29,1% в ретроспективных группах и 20% — проспективной (в основном в I триместре). В 75,93%, 70,9% и 80% соответственно — клиническая картина острого аппендицита имела

атипичное, стертое течение, особенно в II, III триместрах беременности и послеродовом периоде.

Рис. 5. Соотношение ретроспективных и проспективных исследований.

1,2 гр. ретроспективное исследование 3 проспективное исследование



При анализе частоты встречаемости «классической» картины острого аппендицита в зависимости от клинико-морфологической формы, было выявлено, что наиболее типично острый аппендицит протекает при флегмонозном варианте.

Немаловажное значение для диагностики острого аппендицита у беременных имеют *перкуссия и пальпация живота*. Вне зависимости от срока беременности исследование начинают с левой подвздошной области, затем плавно переходят на левое подреберье, верхнюю часть живота и наконец определяется точка или зона наибольшей болезненности. В первом триместре беременности при типичном расположении червеобразного отростка его локализация соответствует таковой у небеременных женщин. Начиная с 20-21 недели беременности в связи с изменением топографии слепой кишки болевая чувствительность смещается вверх и становится тупой или тянущей.

Необходимо отметить, что пальпацию живота следует производить не кончиками пальцев, а «плоской рукой», так как при остром аппендиците не ищут конкретную болезненную точку, а достаточно обширную область без четко выраженных границ.

Трудности в обследовании илеоцекального угла возникают со второй половины беременности, когда беременная матка не только смещает илеоцекальный угол вверх, но и прикрывает его. Изменчивое положение слепой кишки и червеобразного отростка располагает их в проекции других органов, что само по себе может стать источником патологического процесса, а, следовательно, и зоной болевых ощущений.

Наиболее важным, характерным, ранним и постоянным местным симптомом острого аппендицита является **боль**.

Для адекватной оценки специфики болевого синдрома у беременных необходимо учитывать:

- вариабельность положения червеобразного отростка в I, II, III триместрах беременности;
- наличие опосредованного (вторичного) болевого синдрома, связанного с гипермоторикой кишечника в условиях воспаления;
- высокую частоту симптомов угрозы прерывания беременности, нередко сочетающуюся с острым аппендицитом или маскирующую его клиническую картину.

Во второй половине беременности клинические проявления и течение заболевания имеют существенные отличия и обусловлены рядом причин:

- с увеличением срока гестации слепая кишка с червеобразным отростком смещаются вверх, располагаются позади беременной матки и к концу беременности достигают правого подреберья;
- в связи со смещением большого сальника беременной маткой вверх исключается возможность отграничения воспаленного червеобразного отростка от свободной брюшной полости сальником, при этом при деструктивных формах острого аппендицита перитонеальные осложнения у беременных развиваются гораздо чаще и быстрее, чем вне беременности;

- нарушение венозного кровообращения, обусловленного повышенным внутрибрюшным давлением и сдавлением сосудов увеличенной беременной маткой, способствует более быстрому развитию деструктивных изменений в отростке, возрастает частота гангренозно-перфоративных форм острого аппендицита;

- растяжение мышц передней брюшной стенки приводит к исчезновению клинического симптома острого аппендицита - защитного напряжения брюшных мышц;

- склонность у беременных к коагулопатиям, наличие хронического ДВС- синдрома способствуют тромбообразованию, что необходимо учитывать при дренировании брюшной полости.

Для определения зоны наиболее выраженной болевой чувствительности в брюшной полости нами использовался метод «указательного пальца».

Нами не выявлено какой-либо закономерности локализации болей в зависимости от срока беременности, так как смещение слепой кишки и червеобразного отростка у каждой беременной индивидуально и зависит от множества причин, учесть которые в каждом отдельном случае не представляется возможным: конституция, размеры таза, число беременностей, тонус передней брюшной стенки, ранее перенесенные воспалительные заболевания брюшной полости, хирургические вмешательства.

В таблице № 5 представлена локализация болей в различные сроки беременности.

При появлении болевого синдрома первоначально в эпигастральной или околопупочной областях, через 3-6 часов боль смещается вниз и вправо, локализуясь в правой подвздошной области, и по-прежнему носит ноющий характер. Необходимо отметить, что

миграция болей происходит через больший промежуток времени, через $4-5 \pm 0,31$ часов, чем вне беременности.

Таблица 5.

Локализация боли при остром аппендиците в различные сроки беременности.

| Локализация болей | Срок беременности | | | |
|--|-------------------|-------------|--------------|---------------------|
| | I триместр | II триместр | III триместр | Послеродовый период |
| Эпигастральная область | 16/9 | 25/10 | — | — |
| Правое подреберье | — | 15/12 | 2/4 | — |
| Левое подреберье | — | — | — | — |
| Правая подвздошная область | 20/22 | 24/40 | ½ | 1/1 |
| Пупочная область | 2/4 | 12/5 | 1/1 | — |
| В нижних отделах живота | 2/4 | 21/19 | 2/5 | 1/1 |
| По всему животу | ½ | 8/18 | 5/10 | — |
| Без четкой локализации | — | 9/12 | 15/4 | — |
| В поясничной области | — | 2/0 | — | — |
| Всего пациентов | 41 | 116 | 26 | 2 |
| * В числителе - первичная локализация боли, в знаменателе - локализация боли на момент осмотра, $p < 0,05$. | | | | |

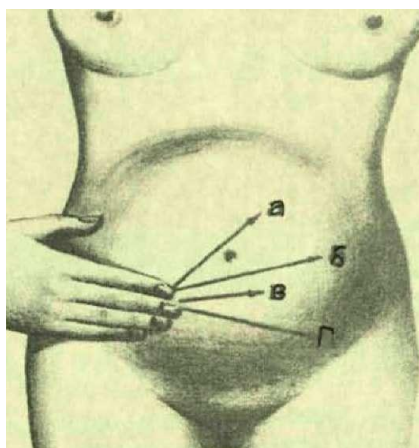
Симптом **Кохера-Волковича** выявлялся в 32,97% наблюдений. Наиболее часто обнаруживается в I триместре беременности - 46,34% наблюдений, и имеет тенденцию к снижению с увеличением срока гестации, во II триместре - 21,08% наблюдений, в III триместре - 7,69%.

При этом необходимо отметить, что частота встречаемости симптома Кохера-Волковича, как и других симптомов, зависит не только от срока гестации, но и клинико-морфологической формы острого аппендицита (таблица 6).

Помимо топографии болевой зоны при остром аппендиците у беременных существенное значение приобретает выяснение характера иррадиации основных болевых симптомов.

При исследовании симптома Кохера-Волковича, Г.И.Иванов (1965) выявил наиболее часто встречающийся симптом у беременных - симптом отраженных болей. Данный симптом характеризуется тем, что при пальпации илеоцекальной области в первую половину беременности в положении больной на спине, а во вторую половину - на левом боку беременная отмечает боль в области матки и пупка, кверху и книзу от него (рис. 6).

Рис.6. Направление отраженных болей при аппендиците у беременных



а,б,в,г- направление отраженных болей.

Данные о частоте и локализации отраженных болей при аппендиците в различные сроки беременности приведены в таблице 6.

По данным таблицы, наиболее часто в I триместре беременности боли иррадиируют в нижние отделы живота, что затрудняет проведение дифференциальной диагностики острого аппендицита и угрозы прерывания беременности.

Следовательно, почти у половины беременных (52,97%) при аппендиците встречаются отраженные боли. Таким образом, отраженные

боли у беременных при остром аппендиците встречаются гораздо чаще, чем у небеременных (15-25%), и носят разнообразный характер.

Таблица 6.

Локализация отраженных болей при остром аппендиците
в различные сроки беременности.

| Место локализации боли | Срок беременности | | | | Всего пациентов |
|--------------------------|-------------------|-------------|--------------|---------------------|-----------------|
| | I триместр | II триместр | III триместр | Послеродовый период | |
| Эпигастральная область | 10 | 21 | - | - | 16,76% |
| Правое подреберье | - | 18 | 3 | - | 11,35% |
| Пупочная область | 1 | 4 | - | 1 | 3,24% |
| Нижние отделы живота | 21 | 2 | 1 | 1 | 13,51% |
| Поясничная область | 4 | 2 | - | - | 3,24% |
| Правая нижняя конечность | 2 | 7 | - | - | 4,86% |
| Всего пациентов | 38 | 54 | 4 | 2 | 52,91% |

Из других симптомов, обусловленных усилением боли при дополнительном раздражении механорецепторов илеоцекального угла в червеобразном отростке во второй половине беременности, заслуживает внимания также ощущение боли в правой половине живота в положении больной на правом боку (*симптом Михельсона*). Этот симптом встречается в 54,05% наблюдений и наиболее характерен для деструктивных форм острого аппендицита (при флегманозной форме острого аппендицита встречается в 76,29% во II триместре, в 40% по отношению к общему числу беременных), когда матка своей тяжестью давит на деструктивно-измененный отросток и тем самым усиливает рефлекс.

Симптом Бартоломье-Михельсона встречается в 47,03% во время беременности, но наиболее часто - во втором триместре беременности (38,92%). Усиление болезненности при пальпации в положении на левом боку происходит за счет смещения слепой кишки медиально, также

отклоняется беременная матка, а червеобразный отросток, располагающийся в латеральном канале и ранее прикрытый слепой кишкой и беременной маткой, оказывается более доступен пальпации.

В положении, лежа на левом боку, под силой тяжести происходит смещение слепой кишки с червеобразным отростком в медиальном направлении, беременная матка также отклоняется влево. Боли в правой подвздошной области усиливаются за счет передвижения воспаленных органов. *Симптом Ситковского* был выявлен в 60,54% наблюдений.

Большинство пациенток обращали внимание на усиление болевой симптоматики при покашливании, что является проявлением симптома *Черемских-Кушниренко* (усиление болей в правой подвздошной области при кашле), частота встречаемости составила 51,35%. Данный симптом можно назвать **характерным** для острого аппендицита во время беременности, особенно при флегмонозной форме острого аппендицита - в 41,62% от общего числа пациенток.

Также достаточно часто выявлялся *симптом Ривзана*, характеризующийся усилением болей в правой подвздошной области при глубоком вдохе. Симптом Ривзана был исследован у 34 пациентов и составил 67,85%, с преобладанием во II триместре.

Симптом Раздольского (при перкуссии брюшной стенки наибольшая болезненность в правой подвздошной области) выявлялся в 29,19%. Данный симптом имеет меньшую диагностическую значимость с 20 недель беременности.

Симптом Ровзинга (появление или усиление болей в правой подвздошной области при сдавлении сигмовидной кишки и толчкообразном давлении на нисходящий отдел ободочной кишки) выявлялся достаточно часто - в 57,3%, что обусловлено смещением кишечных петель и большого сальника по отношению к червеобразному отростку и приводит к усилению болей там, где осуществляется

пальпация. Таким образом, данный симптом не теряет своего значения во время беременности.

Другие симптомы, часто выявляемые у небеременных, встречались крайне редко.

Необходимо отметить высокий процент выявления *симптома Брендо* у беременных женщин, характеризующийся болезненностью справа при надавливании на левое ребро беременной матки - 37,3%. Симптом Брендо не всегда определялся хирургами. Данный симптом не определяется в I триместре беременности, а при исследовании данного симптома у 50 беременных выявлялся в 69% во II и III триместре беременности.

«Ключом» к диагнозу острого аппендицита, «симптомом, спасшим жизни миллионам больных», является защитное напряжение мышц брюшной стенки. В случае типичного расположения аппендикса симптом локальной мышечной защиты выявляют только в правой подвздошной области. Данный симптом встречался в 62,16%, при этом наиболее часто при флегмонозной форме острого аппендицита - 48,11% от общего числа и в 91,75% при данной гистологической форме. Более обширная зона мышечного напряжения свидетельствует о распространении воспаления по брюшине. В 18,92% симптом Щеткина-Блюмберга у беременных был отрицательный, особенно, с увеличением срока гестации.

Необходимо обратить внимание на *симптом Образцова* — усиление болезненности при давлении на слепую кишку и одновременном поднимании и выпрямлении в коленном суставе правой ноги, который встречается часто у небеременных при ретроцекальном расположении червеобразного отростка. В нашем исследовании симптом Образцова был выявлен в 33,51%.

Так называемый френикус-симптом, который при аппендиците у небеременных встречается в 74-85,6%, по нашим данным, выявлялся в

1,62% в I триместре, в 6,48% во второй половине беременности (преимущественно при флегмонозных формах острого аппендицита).

Таблица 7.

Частота симптомов острого аппендицита у беременных
в различные сроки гестации.

| Симптом | I триместр | | II триместр | | III триместр | | Послеродовый период |
|--|------------------------------|------------------------------------|------------------------------|--------------------------------------|------------------------------|--------------------------------------|---------------------|
| | % от общего числа беременных | % от числа пациенток в I триместре | % от общего числа беременных | % от числа пациенток во II триместре | % от общего числа беременных | % от числа пациенток в III триместре | |
| Болезненность в правой подвздошной области | 20% | 90,2% | 52,97% | 84,48% | 4,86% | 34,61% | 1,08% |
| 2. Симптом Щеткина-Блишберга | 11,35% | 51,22% | 48,11% | 76,72% | 2,16% | 15,38% | 0,54% |
| 3. Симптом Брендо | — | — | 33,5% | 53,45% | 3,8% | 26,9% | — |
| 4. Симптом Черемских-Куширенко | 6,49% | 29,27% | 40% | 63,79% | 4,86% | 34,61% | — |
| 5. Симптом Ривзана | 1,62% | 7,32% | 28,1% | 44,83% | 1,08% | 7,69% | — |
| 6. Симптом Кохера-Волковича | 10,27% | 46,34% | 21,08% | 33,62% | 1,08% | 7,69% | 0,54% |
| 7. Симптом Мильхенсона | 8,65% | 39,02% | 43,78% | 69,83% | 1,62% | 11,54% | — |
| 8. Симптом Бартоломье-Михельсона | 7,57% | 34,14% | 38,92% | 62,07% | 0,54% | 3,84% | — |
| 9. Симптом Ровзинга | 15,68% | 70,73% | 41,62% | 66,38% | — | — | — |
| 10. Симптом Ситковского | 16,76% | 75,61% | 42,7% | 68,1% | 1,08% | 7,69% | — |
| 11. Симптом Образцова | 14,59% | 65,85% | 18,38% | 29,31% | 0,54% | 3,85% | — |
| 12. Симптом отраженных болев | 20,54% | 92,68% | 29,19% | 46,55% | 2,16% | 15,38% | 1,08% |
| 13. Симптом Раздольского | 7,03% | 31,7% | 22,16% | 35,34% | — | — | — |

Необходимо обратить внимание на общие симптомы, которые встречаются при остром аппендиците.

В начале заболевания на фоне болей в животе чрезвычайно характерно появление таких субъективных симптомов, как сухость во рту, слабости, тошноты. Тошнота встречалась в 52,97% ($p < 0,05$) наблюдений. Данный симптом наиболее часто выявлялся в первом триместре

беременности и составил 24,32%, что еще более затрудняет проведение дифференциальной диагностики с токсикозом первой половины беременности. Во II и III триместрах данный симптом встречается реже.

Частота тошноты при остром аппендиците в зависимости от срока беременности

| I триместр; | II триместр; | III триместр; |
|-------------|--------------|---------------|
| 24,32% | 16,75% | 11,89% |

У беременных чаще наблюдается тошнота, которая носит постоянный, а иногда нарастающий характер. Рвота встречается в 22,7%, это является важным дифференциальным признаком, в I триместре с ранним токсикозом, где тошнота и рвота являются основной и главной жалобой беременных. В тех клинических наблюдениях во II и III триместрах беременности, когда отмечалось сочетание тошноты, рвоты с болевым синдромом в эпигастральной области при отсутствии данных за гестоз, была выявлена флегмонозная форма острого аппендицита. Таким образом, при отсутствии акушерской патологии наличие этих трех симптомов: тошноты, рвоты, и симптома Кохера-Волковича — является диагностическим критерием для острого аппендицита в поздних сроках беременности. Преимущественно рвота наблюдалась в I триместре с постепенным снижением частоты встречаемости и увеличением срока гестации.

Частота рвоты при остром аппендиците в зависимости от срока беременности.

| I триместр; | II триместр; | III триместр; |
|-------------|--------------|---------------|
| 11.3% | 7,56% | 3,78% |

Важным и постоянным признаком острого аппендицита является задержка стула, обусловленная парезом кишечника, вследствие распространения воспалительного процесса по брюшине. В редких случаях больные отмечают жидкий одно- и двукратный стул или тенезмы.

Задержка стула во время беременности встречается достаточно часто вследствие ослабления автоматической регуляции моторной функции кишечника по причине повышения порога чувствительности специфических хеморецепторов к биологически активным веществам.

Задержка стула встречалась в 52,97% наблюдений. При этом необходимо отметить, что наибольший процент приходился на II триместр беременности.

Частота задержки стула при остром аппендиците
в зависимости от срока гестации.

| I триместр | II триместр | III триместр |
|-------------------|--------------------|---------------------|
| 4,86% | 36,76% | 11,35% |

Клинической картине острого аппендицита, как и любого заболевания воспалительного характера, уже в начальных стадиях присущи проявления гнойно-резорбтивной лихорадки и эндотоксикоза.

У 17,84% больных в течение первых суток заболевания отмечалось повышение температуры тела до субфебрильных значений. При этом высокая температура (более 38°C), указывает или на развитие осложнений аппендицита, или на другое, чаще инфекционное заболевание. В наших наблюдениях в 1,62% отмечено повышение температуры выше 38 °С, где имелись осложнения в виде развития местного или разлитого перитонита и в одном наблюдении - формирование периаппендикулярного абсцесса.

Пульс обычно учащен и вначале соответствует температуре. По мере развития перитонита тахикардия нарастает и опережает повышение температуры. В 74,59% наблюдений отмечалась тахикардия до 100 ударов в минуту. На данный симптом необходимо обратить внимание, так как тахикардия при остром аппендиците вне беременности встречается только в 50% и в основном при развитии осложнений.

Таким образом, у беременных диагноз острого аппендицита необходимо ставить не на основании отдельных симптомов, а после оценки всей клинической картины, тщательного лабораторного и всестороннего объективного обследования больной, с учетом сроков беременности.

III.3. Особенности лабораторных методов исследования у беременных с острым аппендицитом.

Определенное значение в диагностике острого аппендицита имеют данные лабораторных исследований. Сведения об изменениях общего количества лейкоцитов и лейкоцитарной формулы в периферической крови у беременных с острым аппендицитом отличаются крайней противоречивостью.

В основу нашей работы положен анализ 30 беременных женщин, поступивших в РНЦЭМПСФ с направительным диагнозом острый аппендицит (проспективное исследование). Из них у 40% изучали в целом лейкоцитарную реакцию, у остальных 60% - только общее количество лейкоцитов, значение гемоглобина и СОЭ. При необходимости исследования проводили в динамике. Количество анализов колебалось от 1 до 4-5 в зависимости от клинической картины. Временной промежуток составил от 1 до 6-12 часов при динамическом наблюдении.

В группе ретроспективного исследования оценивалась лейкоцитарная реакция целиком, в динамике. Далее проводился сравнительный анализ между ретроспективной и проспективной группами.

В ретроспективной группе общий анализ крови с формулой был взят один раз - у всех пациентов, у 60% - дважды, у 20% - трижды, у 20% - более трех. При этом у пациентов проспективной группы, оперированных по поводу острого аппендицита, дважды анализ был взят у всех пациентов, три раза - у 54%, и три и более раз - у 20%.

В ретроспективной и проспективной группах отмечалось повышение общего числа лейкоцитов от $10,2$ до $24,5 \cdot 10^9/\text{л}$, среднее значение которых составило $15,8 \cdot 10^9/\text{л} \pm 1,92$ ($p < 0,05$). Повышенное количество лейкоцитов было при флегмопозном и гангренозном аппендиците. Повторные анализы

требовались при катаральной форме острого аппендицита, так как изменения лейкоцитарной формы были минимальны. В связи с чем отсутствие лейкоцитоза, минимальные изменения лейкоцитарной формулы при катаральном аппендиците и высокий лейкоцитоз со сдвигом формулы влево при флегмонозном и гангренозном аппендиците у большинства больных, позволяют считать *наличие повышенного количества общих лейкоцитов диагностическим критерием при остром аппендиците у беременных.*

Таким образом, изменение общего количества лейкоцитов, степень лейкоцитарного сдвига в периферической крови, увеличение СОЭ, соответствуют выраженности деструктивных процессов в червеобразном отростке.

Необходимо отметить, что, какие бы ни были у беременной с подозрением на острый аппендицит изменения в лейкоформуле, оценивать ее нужно с известной осторожностью, постоянно сопоставляя клинические проявления заболевания с изменениями в лейкограмме.

III.4. Высокотехнологичные методы диагностики острого аппендицита у беременных.

III.4.1. Ультразвуковые методы исследования.

Одной из задач настоящей работы явилась разработка эхографических критериев, на основании которых возможно проведение дифференциальной диагностики острого аппендицита и его осложнений у беременных. Клинически, без объективной визуализации трудно определить патологию, локализованную в правой половине живота у беременных, особенно с увеличением срока гестации.

По данным F. Allemann и соавт. (1999) использование УЗИ повышает процент правильных диагнозов до 83%. Чувствительность, специфичность, положительный и отрицательный результаты УЗИ в

диагностике острого аппендицита, по мнению D. Roskuth и соавт. (2000) составляют соответственно 87%, 74%, 92% и 63%. Частота ошибок УЗИ при установлении топической принадлежности образований брюшной полости и малого таза может достигать 35% (Ермолов А.С., Трофимова Е.Ю., 2003).

При остром аппендиците червеобразный отросток можно увидеть при УЗИ у 67%-90%, чаще при переднем и боковом расположении (Del Cura J.L., 2000). По мнению J.L. Del Cura (2000) диагноз острого аппендицита надо ставить при диаметре червеобразного отростка более 6 мм, а по мнению F. Allemann и соавт. (1999) - при увеличении диаметра более 7-10 мм.

Основным диагностическим признаком острого аппендицита является визуализация неперистальтирующей, исходящей из слепой кишки слепо- заканчивающейся утолщенной трубчатой структуры повышенной эхогенности (рис. 7,8).

Рис 7. Ультразвуковое исследование. Флегмонозный аппендицит: червеобразный отросток с утолщенной стенкой (1), просвет не расширен (2).

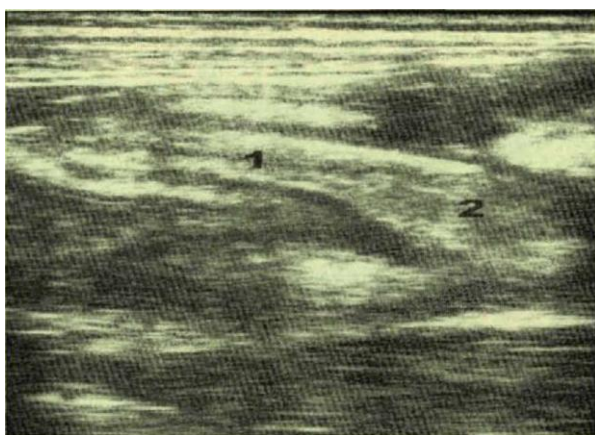
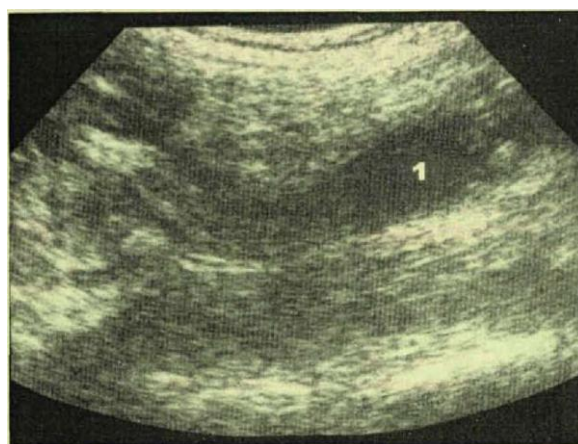


Рис.8. Ультразвуковое исследование. Гангренозный аппендицит: деструкция дистального участка червеобразного отростка (1)



При катаральном аппендиците слоистость стенки сохранена, при флегмонозном и гангренозном - слои не дифференцируются. Может выявляться изменение эхогенности стенки (появление гипоэхогенных структур в ней или снижение эхогенности всей стенки). При компрессии

датчиком червеобразного отростка и окружающих тканей отросток ригиден.

Таким образом, к **прямым признакам** острого аппендицита относятся:

- повышение контрастности структур, увеличение диаметра и утолщение стенок червеобразного отростка;
- отсутствие перистальтической активности аппендикса;
- ригидность червеобразного отростка при дозированной компрессии.

К косвенным признакам острого аппендицита относятся:

- утолщение купола слепой кишки;
- увеличение регионарных лимфатических узлов;
- повышение эхогенности тканей вокруг слепой кишки и вокруг червеобразного отростка (инфильтрация его брыжеечки);
- повышение контрастности структур в проекции червеобразного отростка (слепой кишки, дистального отдела тонкой кишки, окружающих тканей);
- газ вне просвета (признак перфорации);
- отсутствие, ослабление или усиление перистальтики в терминальном отделе тонкой кишки;
- увеличение диаметра дистального отдела подвздошной кишки;
- утолщение стенки в области илеоцекального перехода;
- наличие рыхлого инфильтрата в области купола слепой кишки;
- наличие свободной жидкости в правой подвздошной области в малом тазу;
- болезненность в проекции предполагаемого расположения отростка при УЗИ;

Для выяснения клинической значимости ультразвукового исследования в дифференциальной диагностике острого аппендицита и его осложнений у беременных нами было обследовано 172 женщин,

поступивших в РНЦЭМПСФ подозрением на острый аппендицит. Исследование проводилось без предварительной подготовки.

Распределение женщин по срокам беременности представлено ниже:

Таблица 8.

Распределение женщин по срокам беременности и в послеродовом периоде, поступивших с подозрением на острый аппендицит.

| Срок беременности | Количество пациентов | Количество пациентов с заключительным диагнозом острый аппендицит |
|---------------------|----------------------|---|
| I триместр | 65 | 1,11% |
| II триместр | 69 | 14,07% |
| III триместр | 34 | 3,33% |
| Послеродовый период | 4 | — |

Исследование начиналось с обзорного осмотра органов брюшной полости с последующим изучением состояния матки и ее придатков для исключения акушерской и гинекологической патологии. В процессе ультразвукового исследования внутренних половых органов определяли:

- локализацию плодного яйца (в полости матки, маточной трубе, брюшной полости);
- размеры матки и их соответствие гестационному сроку;
- эхографические признаки угрозы прерывания беременности (локальное утолщение миометрия вследствие повышения тонуса матки);
- размеры яичников (исключается наличие в них патологических объемных образований);
- локализацию плаценты и внутриутробное состояние плода;
- наличие или отсутствие патологического выпота (экссудата) в прямокишечно-маточном углублении.

При УЗИ брюшной полости и забрюшинного пространства обязательным компонентом было:

- выявление свободной жидкости в брюшной полости;
- степень распространенности свободной жидкости;

- состояние желчного пузыря и печени;
- состояние поджелудочной железы;
- состояние почек и чашечно-лоханочной системы.

При исключении акушерско-гинекологической патологии, брюшной полости и забрюшинного пространства приступали к проведению исследования с последующим прицельным осмотром правой подвздошной ямки и соседних с ней анатомических областей при продольном, поперечном и косом сканировании с дозированной компрессией датчиком, что позволяло улучшить визуализацию аппендикулярного отростка.

Во время беременности во второй половине возникали трудности визуализации червеобразного отростка, связанные с изменениями его топографо-анатомического расположения и местонахождения. С учетом больших размеров матки сонографическое исследование во второй половине беременности проводилось в положении женщины, лежа на левом боку.

При обнаружении заболеваний других органов мы не отказывались от осмотра червеобразного отростка, так как имелся опыт сочетания острого аппендицита с другой патологией.

Принимая во внимание отсутствие патогномичных эхографических признаков неосложненного аппендицита, ультразвуковая диагностика последнего основывалась на исключении остальных заболеваний.

При незначительных сроках заболевания и минимальных изменениях со стороны отростка при первичном УЗИ применяли методику динамического наблюдения. Количество ультразвуковых исследований у обследованных нами женщин колебалось от одного до трех. Промежуток между исследованиями составлял от 4-6 часов. В таблице 13 приводятся сравнительные результаты однократного ультразвукового исследования и окончательного диагноза при выписке беременных из стационара.

Из таблицы 9 видно, что наименьшая информативность первичного ультразвукового исследования была при остром аппендиците.

Дифференциальная диагностика в основном проводилась с акушерской патологией и заболеваниями мочеполовой системы.

При первичном эхографическом исследовании угроза прерывания беременности была выявлена в 48,15%. Окончательный диагноз угрозы прерывания беременности был подтвержден в 41,48% наблюдений.

При первичном ультразвуковом исследовании удалось провести правильную дифференциальную диагностику у 49,63% пациенток, а следовательно, и определить необходимую тактику ведения и последующего лечения. У 50,37% пациенток проводилось динамическое ультразвуковое исследование.

Таблица 9.

Точность диагностики острого аппендицита после однократного ультразвукового исследования

| Предварительный диагноз | Заключение эхографии | | Заключительный диагноз | |
|---|----------------------|-------|------------------------|-------|
| | Абс.число | % | Абс.число | % |
| Острый аппендицит | 6 | 3,49 | 50 | 18,52 |
| Угроза прерывания беременности | 83 | 48,25 | 112 | 41,48 |
| Заболевания мочевыделительной системы | 46 | 26,74 | 74 | 27,41 |
| Заболевания брюшной полости и забрюшинного пространства | 7 | 4 | 34 | 12,59 |
| Диагноз остается неясным | 30 | 17,44 | - | - |
| Итого | 172 | 100 | 172 | 100 |

Ультразвуковое исследование при первичном обследовании в 26,67% исключает диагноз острого аппендицита у беременных при наличии заболеваний мочеполовой системы. При вторичном ультразвуковом исследовании в 32,59% наблюдениях удалось разрешить дифференциальные диагностические сомнения.

Из 19,63% больных, у которых данных за острый аппендицит при эхографии не получено, у 14,81% произведена диагностическая лапароскопия в связи с сохраняющимися клиническими сомнениями.

Основной в диагностике острого аппендицита у беременных, с нашей точки зрения, остается клиническая картина заболевания. Исключить диагноз можно только при уверенной визуализации червеобразного отростка или обнаружении патологии других органов брюшной полости и забрюшинного пространства. В противном случае при сохраняющихся клинических сомнениях показано дальнейшее динамическое наблюдение в условиях стационара или проведение диагностической лапароскопии.

Суммируя вышеизложенное, следует заключить, что ультразвуковая диагностика является важным методом исследования беременных с подозрением на острый аппендицит. Широкое использование данного метода позволяет своевременно диагностировать ряд патологических состояний и тем самым способствует сокращению сроков обследования, уменьшению количества инвазивных методов диагностики и проведению адекватного лечения, что имеет важное практическое и научное значение.

III.5. Общие принципы хирургического лечения острого аппендицита и его осложнений у беременных.

Клиническое подтверждение диагноза острого аппендицита требует немедленного хирургического вмешательства независимо от срока беременности и длительности болевого приступа.

Общепризнанно, что наилучшее время начала операции при остром аппендиците для достижения благополучного исхода - это первые 6-12 часов от момента появления первых симптомов заболевания.

В наших исследованиях операция была произведена в сроки до 4 часов - в 49,19%, до 6 часов - в 27,57%, до 12 часов - в 12,97%, до 24 часов - в 7,57%, свыше 24 часов (до 28 ч) - в 2,7% (таблица 10).

Таблица 10.

Распределение больных в зависимости от сроков беременности и времени аппендэктомии

| Время от момента поступления до проведения аппендэктомии | I триместр (%) | | | II триместр (%) | | | III триместр (%) | | | Послеродовый период (%) | | |
|--|----------------|-------|-------|-----------------|-------|-------|------------------|------|-------|-------------------------|----|---|
| | P1 | P2 | П | P1 | P2 | П | P1 | P2 | П | P1 | B2 | П |
| До 4 часов | 40 | 69,56 | 66,67 | 46,67 | 50 | 50 | 33,33 | 37,5 | 4,44 | - | - | - |
| До 6 часов | 26,67 | 4,35 | 33,33 | 23,33 | 33,33 | 39,47 | 22,22 | 25 | 33,33 | - | - | - |
| До 12 часов | 26,67 | 3,04 | - | 16,67 | 8,33 | 5,26 | 3,33 | 25 | 11,11 | - | - | - |
| Свыше 12 часов (до 24 часов) | 6,66 | 8,7 | - | 10 | 6,25 | 2,63 | 11,11 | 12,5 | 11,11 | - | 50 | - |
| Свыше 24 часов | - | 4,35 | - | 3,33 | 2,08 | 2,63 | - | - | - | - | - | - |

Где P1- первая ретроспективная подгруппа, P2- вторая ретроспективная подгруппа, П- проспективная группа исследования, % рассчитан от числа беременных в данном триместре беременности, p<0,05.

Необходимо указать на высокий процент хирургических осложнений у беременных, перенесших аппендэктомию.

Причин для возникновения осложнений после перенесенной аппендэктомии может быть несколько: 1). неполное обследование больной; 2). позднее оперативное вмешательство; 3). особенности хирургической техники; 4). особенности течения послеоперационного периода у беременных, а именно, сочетание признаков угрозы прерывания беременности с хирургическими осложнениями; 5). снижение иммунного статуса беременной после перенесенной аппендэктомии.

Общий процент хирургических осложнений составил 17,84%. В 16,22% наблюдений острый аппендицит осложнился перитонитом (в

ретроспективных и проспективных подгруппах наблюдения). Высокий процент развития перитонита на фоне острого аппендицита у беременных обусловлен рядом причин, среди которых основное место занимают: снижение пластических свойств брюшины при беременности, оттеснение кверху сальника и других брюшинных образований, наличие огромной полнокровной всасывающей поверхности матки, а также трудности диагностики с увеличением срока гестации.

В ретроспективных подгруппах острый аппендицит осложнился перитонитом в 17,78% наблюдений, в 9,63% имелась раневая инфекция, в 2,96% - гематомы послеоперационного шва.

В проспективной подгруппе аппендицит осложнился перитонитом - в 12%, раневой инфекцией - в 8%, гематомой послеоперационного шва - в 2%, илеофemorальным тромбозом - в 2%.

Основной причиной возникновения раневой инфекции является интароперационное инфицирование тканевой раны. Подтверждением этого является идентичность микрофлоры перитонеального экссудата и раневого отделяемого в случае нагноения раны.

Предрасполагающими факторами раневой инфекции являются: бактериальное обсеменение тканей раны во время операции, механическая травма тканей раны раневого канала крючками и другими инструментами (за счет технических сложностей во время операции, неоправданно малого размера хирургического доступа при «открытом» выполнении операции), скопление в ране крови, наличие инородных тел (дренажные трубки, тампоны), снижение клеточного и гуморального иммунитета, что приобретает большое значение во время беременности.

Во второй половине беременности перитонит встречается ~ в 6,5 раз чаще, чем в I триместре и послеродовом периоде, это связано с изменением топографии червеобразного отростка и атипичной, стертой картины течения острого аппендицита. Одним из основных факторов в патогенезе перитонита у беременных является то, что заболевание

развивается на фоне физиологического застоя органов брюшной полости, атонии кишечника и задержки его содержимого.

Одним из осложнений после аппендэктомии является острая кишечная непроходимость, которая наблюдалась в 3,78%. Данное осложнение встречается у больных с деструктивными формами аппендицита, при перитоните, а также после операций, сопровождающихся определенными техническими трудностями.

Высокий процент послеоперационных осложнений свидетельствует не только о неустойчивости компенсаторных возможностей организма беременной, но и о необходимости тщательной диагностики и проведения профилактических и лечебных мероприятий.

Диагностика, профилактика и лечение большинства послеоперационных осложнений у беременных проводится в соответствии с общепринятыми в хирургии положениями.

Необходимо остановиться на дренировании брюшной полости. При местном перитоните в наших наблюдениях устанавливалась одна дренажная трубка в правую подвздошную ямку. При разлитом перитоните устанавливали 4 дренажа: 2 — в боковые латеральные каналы через проколы в подвздошных областях и 2 - в поддиафрагмальные пространства.

Дифференцированный выбор наиболее рационального доступа и метода оперативного вмешательства, с учетом срока гестации и формы острого аппендицита, наряду с комплексной антибактериальной терапией в проспективной группе позволил снизить частоту хирургических осложнений ~ в 2 раза, угрозу прерывания беременности ~ в 1,8 раза.

III.6. Особенности акушерской тактики у беременных, перенесших аппендэктомию.

Вне зависимости от срока беременности острое воспаление червеобразного отростка может привести к серьезным осложнениям не только у матери, но и плода. Наиболее частыми являются преждевременное прерывание беременности и инфицирование плода. Согласно статистическим исследованиям, у беременных, перенесших аппендэктомию, частота самопроизвольных выкидышей в раннем послеоперационном периоде достигает 65% и увеличивается частота преждевременных родов.

Степень выраженности и время появления акушерских осложнений зависело от срока гестации, при котором проводилась аппендэктомия, клинико- морфологической формы острого аппендицита и времени проведения комплексной корригирующей терапии. Минимальное количество осложнений отмечалось в проспективной группе исследования у женщин, перенесших аппендэктомию в ранние сроки гестации, а также при раннем начале антибактериальной, токолитической, гормональной, иммунокорригирующей, симптоматической терапии. Большинство осложнений было выявлено у женщин, оперированных по поводу острого аппендицита во II и III триместрах беременности.

Ш.6.1. Угроза преждевременного прерывания беременности после перенесенной аппендэктомии.

При нахождении беременной в хирургическом отделении после перенесенной аппендэктомии беременную ежедневно осматривал акушер-гинеколог. Через 7-10 дней после хирургического вмешательства, а при наличии показаний и раньше, проводилось ультразвуковое исследование.

Принимая во внимание, что в ретроспективном исследовании в I триместре беременности в 21,05%) была выявлена угроза прерывания беременности в раннем послеоперационном периоде, в последующем сохраняющиеся у 15,79% на всем протяжении гестации, независимо от

клинико-морфологической формы острого аппендицита, в проспективном наблюдении была разработана определенная схема лечения.

В проспективном исследовании в 100% после аппендэктомии в первые сутки проводилось ультразвуковое исследование в связи с наличием клинической картины угрозы прерывания беременности.

После установления прогрессирующей маточной беременности, проводили следующее лечение:

- физический покой, соблюдение режима "bed rest";
- психотерапия, седативные средства: отвар пустырника, валерианы; для седативной терапии также использовали реланиум (2,0 мл внутримышечно) или феназепам (по 1 табл. 2 раз в день);
- спазмолитическая терапия: но-шпа по 0,04 г 3 раза в сутки, свечи с папаверином гидрохлоридом 0,02 г 3-4 раза в сутки; при выраженных болях применяли но-шпу по 2,0 мл внутримышечно 2-3 раза сутки;
- при появлении клинических симптомов угрозы прерывания беременности и эхографических признаков повышенного тонуса миометрия после 7-8 недели беременности назначались прогестагены (утрожестан, дюфастон); при наличии мажущих кровянистых выделений и ультразвуковых признаков частичной отслойки хориона после 5 недели беременности лечение дополнялось эстрогенами
- При необходимости использовали индометацин - ингибитор синтеза простагландинов. Индометацин назначали в дозе 200 мг в сутки в таблетках или свечах: в 1-е сутки в таблетках по 50 мг 4 раза в день (в свечах по 100 мг 2 раза), на 2-3 сутки по 50 мг через 8 часов, 4-6 сутки по 50 мг через 12 часов, 7-8 сутки по 50 мг на ночь. Общая доза составила 1000 мг. Длительность курса - 9 дней.

Во II и III триместрах беременности терапия, направленная на угрозу преждевременного прерывания беременности, характеризуется рядом особенностей.

В 59,39% и 12,78% во II и III триместрах беременности соответственно выявлена угроза прерывания беременности в ретроспективном исследовании. При этом в 50,37% и 9,02% угроза преждевременного прерывания беременности сохранялась на всем протяжении гестации.

При анализе возможных причин угрозы прерывания беременности при отсутствии предшествующей патологии беременности было выявлено, что одной из причин является тип хирургического доступа при выполнении аппендэктомии: косой переменный доступ использовался в 50,37% во II триместре, при этом в 46,61% была выявлена угроза преждевременного прерывания беременности, требующая длительной медикаментозной коррекции. Сравнение особенностей течения беременности при выполнении аппендэктомии из параректального доступа, позволили сделать вывод о том, что инфузионная токолитическая терапия требовалась только первые 3-4 суток, с последующим применением таблетированных форм препаратов. Это обусловлено не только увеличением интраоперационного времени, но и большими техническими трудностями при выполнении аппендэктомии из косого переменного доступа в правой подвздошной области. Наибольшие трудности в медикаментозной коррекции прерывания беременности возникали в III триместре беременности.

Для терапии угрозы преждевременного прерывания беременности в ретроспективном исследовании использовали сульфат магния и α -адреномиметики.

Терапию угрожающих выкидышей и преждевременных родов при применении раствора сульфата магния проводили по следующей схеме:

внутривенное капельное введение 25% сульфата магния, разведенного в 400 мл изотонического раствора хлорида натрия, со скоростью 6-8 капель в минуту с последующим увеличением скорости введения. Длительность терапии определялась индивидуально. Токолитическая терапия сульфатом магния не оказывала отрицательного влияния на плод, отмечалось снижение артериального давления у женщины, усиливался диурез, отмечался благоприятный седативный эффект.

Для токолитической терапии использовался также раствор гексопреналина или партусистена. Раствор гексопреналина (2,0 мл) или партусистена (10,0 мл), разведенных в 400 мл изотонического раствора хлорида натрия, вводили со скоростью 6-8 капель в минуту с последующим увеличением скорости введения. Скорость введения раствора подбиралась индивидуально, исходя из выраженности клинических проявлений угрозы прерывания беременности (тонус матки, схватки) и переносимости препарата. За 1 час до окончания внутривенного введения гексопреналина беременная принимает первую таблетку токолитика. Минимальная эффективная суточная доза токолитического препарата составляет 2 таблетки (1 мг гексопреналина или 10 мг партусистена), максимальная - 6 таблеток (соответственно 3 мг и 30 мг).

Воздействуя на β_2 -адренорецепторы, токолитики увеличивают частоту сердечных сокращений у беременной, вызывая тахикардию. В связи с чем β_2 -адреномиметики применяли в сочетании с блокаторами кальциевых каналов, оказывающими отрицательное ино- и хронотропное действие. С этой целью использовали верапамил, финоптин или изоптин по 40 мг за 30 минут до каждого приема токолитика. На фоне проведения токолитической терапии гексопреналином отмечено увеличение частоты возникновения послеоперационного пареза кишечника ~ в 2 раза ($p < 0,05$), по сравнению с магниальной терапией, что связано с перекрестным воздействием на β_2 -адренорецепторы кишечника и возникновением атонии.

У 6% беременных для пролонгирования беременности (проспективная группа) применяли утрожестан. Токолитическая инфузионная терапия β 2-адреномиметиками проводилась через 6-8 часов после аппендэктомии (гексопреналин U_2 дозы) в сочетании с утрожестаном 400 мг однократно, а затем в 1-е сутки каждые 6 часов, на 2-ые сутки - каждые 8 часов, 3-ьи сутки - по 300 мг каждые 8 часов, далее по 100-200 мг каждые 8 часов до нормализации тонуса матки с последующим постепенным снижением дозировки. На фоне данной терапии отмечено отсутствие развития признаков послеоперационного пареза кишечника.

При угрозе преждевременных родов неотъемлемой частью терапии являлась профилактика респираторного дистресс-синдрома у новорожденных, путем назначения беременной глюкокортикоидных препаратов. Под влиянием глюкокортикоидов, введенных беременной или непосредственно плоду, наблюдается более быстрое созревание легких, так как происходит ускоренный синтез сурфактанта.

Беременным на курс лечения глюкокортикоиды назначались по следующей схеме: 8-12 мг дексаметазона (по 4 мг 2 раза в день внутримышечно 2-3 дня или в таблетках по 2 мг 4 раза в первый день, по 2 мг 3 раза на второй день, по 2 мг 2 раза на третий день). Назначения дексаметазона с целью ускорения созревания легких плода проводили, когда токолитическая терапия, направленная на сохранение беременности, не давала положительного эффекта. Профилактику РДС применяли при сроках гестации 28-33 недели.

Таким образом, во II и III триместрах беременности токолитическую терапию проводили по следующей схеме:

- проведение инфузионной магниевой терапии на операционном столе во время хирургического вмешательства с последующим продолжением в послеоперационной палате;

- по окончании инфузии 25% раствора сульфата магния применяли таблетированные формы β_2 -адреномиметиков в максимальной суточной дозе 3 мг в сочетании с блокаторами кальциевых каналов;
- при необходимости продолжения токолитической терапии на 2-3 сутки после аппендэктомии предпочтение отдавали 25% раствору сульфата магния с целью профилактики раннего послеоперационного пареза кишечника в сочетании с таблетированными формами (β_2 -адреномиметиков);
- на 3-4 сутки возможно применения β_2 -адреномиметиков в инфузионной форме с последующим переходом на их пероральное введение;
- на фоне купирования признаков угрозы прерывания беременности применение таблетированных форм (β_2 -адреномиметиков в течение 21-30 дней с последующим решением вопроса об их отмене; длительность применения обусловлена профилактикой развития ФПН с последующим формированием СЗРП);
- при высоком риске развития преждевременных родов в раннем послеоперационном периоде показана профилактика
- респираторного дистресс-синдрома у новорожденных путем назначения беременной глюкокортикоидных препаратов;
- физический покой, соблюдение режима "bed rest";
- использовали сочетание гексопреналина и утрожестана по следующей схеме:
 - ❖ Утрожестан 400 мг однократно сразу после оперативного вмешательства + инфузионная токолитическая терапия β_2 -адреномиметиками через 6-8 часов (дозировка подбирается индивидуально);
 - ❖ на 1-е сутки прием утрожестана каждые 6 часов + таблетированные формы β_2 -адреномиметиков в последующем их сочетании;
 - ❖ на 2-е сутки - каждые 8 часов;

- ❖ на 3-е сутки - по 300 мг каждые 8 часов;
- ❖ далее по 100-200 мг каждые 8 часов до нормализации тонуса матки с последующим постепенным снижением дозировки;
- дополнительными корректирующими средствами угрозы прерывания беременности являются спазмолитические и седативные препараты (по схеме, как в I триместре беременности).

Терапия, направленная на сохранение беременности, продолжалась не менее 5-7 суток в условиях хирургического стационара, в каждом наблюдении индивидуально, учитывая объем и длительность хирургического вмешательства, клинико-морфологическую форму острого аппендицита, наличие предшествующей акушерской патологии. При сохранении клинических признаков угрожающих преждевременных родов и отсутствии хирургических осложнений дальнейшее лечение и наблюдение продолжалось в условиях родильного дома.

Наши исследования показали, что развитие длительно протекающей угрозы прерывания беременности обусловлено как увеличением интраоперационного времени, так и более травматичной операцией при использовании косого переменного доступа во 2-й половине беременности.

Степень выраженности угрозы прерывания беременности зависит и от того, проводилась ли диагностическая лапароскопия с наложением пневмоперитонеума. В 40% наблюдений, где при лапароскопическом исследовании был подтвержден диагноз острого аппендицита и в последующем проведена открытым способом аппендэктомия, у беременных наблюдали выраженную угрозу прерывания беременности при увеличении срока гестации.

В нашем исследовании была выявлена зависимость выраженности проявлений угрозы прерывания беременности от клинико-морфологической формы острого аппендицита. Наиболее тяжело и длительно протекает угроза прерывания беременности у женщин,

перенесших аппендэктомию по поводу катарального и/или обострения хронического аппендицита (таблица 11).

При отягощенном акушерско-гинекологическом анамнезе у обследованных беременных, где общая гинекологическая заболеваемость в группе проспективного обследования составила 86%, ретроспективного - 53,33%, нами была выявлена зависимость наличия в анамнезе ИППП и частоты катарального аппендицита, а также обострений хронического аппендицита. Так, было установлено, что у беременных, имеющих в анамнезе ИППП данная форма острого аппендицита встречается в 2 раза чаще. Возможно, это объясняется наличием связки Кладо, что создает анатомические условия для распространения инфекции и возникновения вторичных изменений в червеобразном отростке.

Таблица 11.

Длительность течения угрозы прерывания беременности в зависимости от клинико-морфологической формы острого аппендицита (первая ретроспективная группа).

| Длительность угрозы прерывания беременности | Клинико-морфологическая форма острого аппендицита | | |
|---|--|-------------------------|--------------------------|
| | Катаральный аппендицит, хронический и его обострение | Флегмонозный аппендицит | Перфоративный аппендицит |
| Угроза прерывания беременности в течение 14-21 дня после аппендэктомии | 89,3% | 79,17% | 50% |
| Угроза прерывания беременности, сохраняющаяся в течение всей беременности | 75% | 70,8% | - |
| <i>расчет произведен от общего числа гистологической формы острого аппендицита,</i> | | | |

У беременных при впервые выявленных инфекциях, передающихся половым путем, с последующим их лечением во время беременности, преобладала флегмонозная форма аппендицита, что показывало гистологическое исследование.

Таблица 12.

Длительность течения угрозы прерывания беременности в зависимости от клинико-морфологической формы острого аппендицита

(вторая ретроспективная группа).

| Длительность угрозы прерывания беременности | Клинико-морфологическая форма острого аппендицита | | |
|---|--|-------------------------|--------------------------|
| | Катаральный аппендицит, хронический и его обострение | Флегмонозный аппендицит | Перфоративный аппендицит |
| Угроза прерывания беременности в течение 14-21 дня после аппендэктомии | 100% | 100% | 100% |
| Угроза прерывания беременности, сохраняющаяся в течение всей беременности | 87,09% | 83,33% | - |

Таблица 13

Длительность течения угрозы прерывания беременности в зависимости от клинико-морфологической формы острого аппендицита (проспективная группа)

| Длительность угрозы прерывания беременности | Клинико-морфологическая форма острого аппендицита | | |
|---|--|-------------------------|--------------------------|
| | Катаральный аппендицит, хронический и его обострение | Флегмонозный аппендицит | Перфоративный аппендицит |
| Угроза прерывания беременности в течение 14-21 дня после аппендэктомии | 78,95% | 80% | 100% |
| Угроза прерывания беременности, сохраняющаяся в течение всей беременности | 3,68% | 36,67% | - |

Анализируя полученные данные, выявлено, что при катаральном и/или обострении хронического аппендицита более длительно протекает угроза прерывания беременности на всем протяжении, в последующем с развитием фетоплацентарной недостаточности и синдрома задержки роста плода.

Наличие предшествующей угрозы прерывания беременности перед проведением аппендэктомии требовало длительной медикаментозной корригирующей терапии во всех 100% наблюдений на протяжении всей беременности.

III.6.2. Выбор метода родоразрешения в послеоперационном периоде.

В настоящее время продолжают обсуждаться вопросы, связанные с акушерской тактикой при остром аппендиците. В ретроспективном и проспективном исследовании принципами акушерской тактики явились максимальный консерватизм в отношении беременности и максимальная активность в отношении перитонита. В малые сроки беременности лечение перитонита необходимо проводить на фоне прогрессирующей беременности. После аппендэктомии во II и III триместрах применялась комплексная терапия седативными, спазмолитическими, токолитическими и другими препаратами, направленная на сохранение беременности, а в случаях развития родовой деятельности роды вели только через естественные родовые пути. Если родовая деятельность развивается при доношенном сроке беременности в ближайшие сутки после аппендэктомии целесообразно уменьшение длительности второго периода путем наложения акушерских щипцов или рассечения промежности. При возникновении преждевременных родов показано рассечение промежности. Кесарево сечение в первые дни после аппендэктомии следует выполнять только по абсолютным жизненным показаниям со стороны матери: отслойка нормально расположенной плаценты, предлежание плаценты, преэклампсия или эклампсия, угроза разрыва матки и другие.

При перфоративном аппендиците и разлитом перитоните производят санацию брюшной полости, удаление аппендикулярного отростка, а затем ежедневную динамическую пролонгированную санацию с помощью лапароскопической канюли. Роды ведут только через естественные родовые пути.

В проспективном и ретроспективных исследованиях в раннем послеоперационном периоде ни в одном клиническом наблюдении не было выполнено операции кесарева сечения.

Данная тактика требует дальнейшего изучения с учетом разработки и внедрения новых высокотехнологичных методов лечения в условиях перитонита.

В одном ретроспективном наблюдении (первая подгруппа) была выполнена экстирпация матки с маточными трубами у женщины после аппендэктомии по поводу гангренозно-перфоративного аппендицита с антенатальной гибелью плода при сроке гестации 24-25 недель. На третьи сутки произошел самопроизвольный выкидыш мертвым плодом. Послеоперационный период осложнился развитием сепсиса, в связи с чем был решен вопрос о расширении хирургического вмешательства до экстирпации матки с маточными трубами.

III.6.3. Особенности формирования фетоплацентарной недостаточности, исход родов у женщин после аппендэктомии по данным ретроспективного анализа.

Анатомо-топографические особенности внутренних половых органов и червеобразного отростка способствуют гематогенному и нисходящему (через маточные трубы) проникновению микроорганизмов и продуктов их метаболизма в матку и структуры фетоплацентарной системы, что клинически проявляется в виде разнообразных симптомов внутриутробного инфицирования плода - от хронической гипоксии до антенатальной гибели плода.

С целью выявления особенностей поражения фетоплацентарной системы и плода у женщин, перенесших аппендэктомию, разработки схемы их обследования, ранней диагностики нарушений и их медикаментозной комплексной коррекции нами было проведено ретроспективное исследование историй беременности и родов за 2009-2011 годы. Первая ретроспективная подгруппа не была взята для обследования в связи с отсутствием достоверных данных.

Учитывая, что причиной развития фетоплацентарной недостаточности в первую очередь являются перенесенная аппендэктомия, вторично возникающая длительная угроза прерывания беременности, то лечение фетоплацентарной недостаточности начинали с ликвидации неблагоприятного влияния данных факторов.

Большое значение в лечении фетоплацентарной недостаточности предавалось нормализации тонуса матки, так как его повышение способствует нарушению кровообращения в межворсинчатом пространстве вследствие снижения венозного оттока. С этой целью нами применялись препараты спазмолитического действия и токолитики. Особенности терапии рассмотрены в предыдущих главах.

Среди женщин группы ретроспективного анализа нами были выделены две подгруппы пациенток. Первую подгруппу составили 11 женщины, которым во время оперативного лечения была проведена антибактериальная профилактика. Во вторую подгруппу вошли 9 женщин, которым во время и после перенесенной аппендэктомии антибактериальная терапия не проводилась.

Вторую проспективную группу составили 30 пациентка, но из них у 1 аппендэктомия произведена в послеродовом периоде, у 2 произошли самопроизвольные выкидыши в раннем послеоперационном периоде, у 1 — в течение 21 дня после хирургического вмешательства, у 1 диагностирована антенатальная гибель плода в последующем произошли преждевременные роды мертвым плодом, у 1 преждевременные роды на 7 сутки, у 1 был выполнен медицинский аборт по их собственному желанию (которые не были включены в обследование).

Проведенный анализ акушерского анамнеза показал, что первородящих было 82,35% и 53,57% в первой и второй подгруппе соответственно Повторнородящих - 23,53% и 35,71%).

При сборе гинекологического анамнеза женщин исследуемой группы были получены следующие данные:

- воспалительные заболевания органов малого таза: 32,35% и 46,43%;
- фоновые заболевания шейки матки: 23,53% и 42,86%;
- оперативные вмешательства на правых придатках матки: 5,88% и 7,14%;
- дисфункция яичников: 5,88% и 10,11% соответственно 1 и 2-й гр.

При анализе данных ретроспективной группы было выявлено: 1) в первой подгруппе наблюдения в 100% наблюдалась флегмонозная форма острого аппендицита, и всем пациенткам проводилась антибактериальная терапия вне зависимости от срока гестации; распределение пациенток по триместрам беременности было следующее: I триместр - 7, II триместр - 23, III триместр — 4; 2) во второй подгруппе исследования антибактериальная терапия не проводилась в связи с катаральным и/или обострением хронического аппендицита в 8 наблюдениях и в 1 - при флегмонозной форме острого аппендицита в I триместре беременности. Распределение по триместрам беременности было следующим: I триместр - 3, II триместр - 5, III триместр - 1.

При осложненных формах аппендицита, а именно при гангренозно-перфоративном аппендиците с перитонитом, беременность пролонгировать не удалось независимо от гестационного срока, 5 беременностей прервались, что не позволило нам оценить особенности течения беременности после аппендэктомии.

После перенесенной аппендэктомии, перед выпиской из стационара, проводилось ультразвуковое и доплерометрическое исследования по показаниям. При этом признаков внутриутробного инфицирования, ФПН, СЗРП на 7-10 сутки после перенесенного хирургического вмешательства не было выявлено.

Наиболее ранние изменения в фетоплацентарном комплексе проявлялись через $21 \pm 1,04 (p < 0,05)$ день, достигая максимальных проявлений на $35 \pm 1,9$ день. Данные временные промежутки были использованы для проведения диагностики ФПН, СЗРП.

При эхографическом исследовании беременных ретроспективной группы во II и III триместрах беременности, через 21 день после хирургического вмешательства, до проведения терапии нами были выявлены следующие эхографические признаки внутриутробного инфицирования:

- изменение плаценты (кисты, инфаркты, преждевременное созревание) - 43,54%* (процент от общего числа беременных с данным осложнением в ретроспективной подгруппе);

- патология амниона (многоводие, маловодие, гиперэхогенная взвесь в околоплодных водах) - 59,68%. Изменения со стороны внутренних органов плода и нарушения ритма сердца не было установлено.

Особое внимание при ультразвуковом исследовании нами уделялось фетометрическим показателям.. Нами были получены данные, представленные в таблицах 14,15; сроки возникновения и особенности течения внутриутробного инфицирования и степени тяжести фетоплацентарной недостаточности отличались в обеих подгруппах.

Таблица 14.

Частота возникновения эхографических признаков внутриутробного инфицирования плода, ФПН, СЗРП через 21 день после перенесенной аппендэктомии.

| Эхографические признаки внутриутробного инфицирования | Подгруппа 1 | Подгруппа 2 |
|---|-------------|-------------|
| Изменения плаценты | 16,13% | 27,42% |
| Патология амниона | 22,58% | 37,09% |
| ФПН, СЗРП. | 12,9% | 0% |

Таблица 15.

Частота возникновения эхографических признаков внутриутробного инфицирования плода и ФПН,СЗРП через 35-40 дней после перенесенной аппендэктомии

| Эхографические признаки внутриутробного инфицирования | Подгруппа 1 | Подгруппа 2 |
|---|-------------|-------------|
| Изменения плаценты | 25,81% | 41,93% |

| | | |
|-------------------|--------|--------|
| Патология амниона | 29,03% | 40,32% |
| ФПН, СЗРП. | 45,16% | 45,16% |

При рассмотрении полученных данных необходимо отметить, что у 51,61% имелись генитальные инфекции.

Беременные данных ретроспективных подгрупп были обследованы на ИППП, у 9,88% были выявлены генитальные инфекции, лечение которых еще не было проведено. У этих 8 пациенток через 21 день после аппендэктомии был выявлен СЗРП.

Во второй подгруппе исследования у 20,98% пациенток в анамнезе были генитальные инфекции, из них 8,64% имели микст-инфекцию, у одной пациентки во время беременности была выявлена уреоплазменная инфекция, лечение которой до аппендэктомии не было проведено.

Частота и сроки выявления фетометрических признаков СЗРП после перенесенной аппендэктомии у беременных обследованных подгрупп представлены в таблице 16.

Таблица 16.

Частота и сроки выявления фетометрических признаков СЗРП после перенесенной аппендэктомии у беременных обследованных подгрупп.

| Группа исследования | через 21 день | через 6 недель | через 9 недель |
|---------------------|---------------|----------------|----------------|
| 1 подгруппа | 23,53% | 67,65% | 82,35% |
| 2 подгруппа | 0% | 67,86% | 100% |

Таким образом, к предрасполагающим факторам для инфицирования плода наряду с перенесенной аппендэктомией, следует отнести наличие в анамнезе генитальных инфекций.

При анализе формы СЗРП, диагностируемой при перенесенной аппендэктомии, нами была отмечена следующая закономерность, характерная для фетоплацентарной недостаточности: чем раньше диагностирован СЗРП, тем чаще это симметричная форма синдрома.

Анализируя выше указанные, следует указать, что более выражено и длительно СЗРП протекает во второй подгруппе обследования, имеется зависимость от клинико-морфологической формы острого аппендицита.

Ш.6.3.1. Допплерометрическое исследование гемодинамики в системе «мать-плацента-плод» у беременных ретроспективной группы.

При исследовании доплерометрических показателей в ретроспективных подгруппах гемодинамические нарушения во II и III триместрах беременности были выявлены у 45,16% (таблица 17.). Во второй подгруппе ~ в 2,7 раза чаще выявлялись гемодинамические нарушения.

Таблица 17.

Частота нарушений кровотока в системе «мать-пацента-плод» у беременных после аппендэктомии.

| Степень тяжести гемодинамических нарушений | Первая подгруппа | | Вторая подгруппа | |
|--|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| | Лечение во II триместре | Лечение в III триместре | Лечение во II триместре | Лечение в III триместре |
| IA степень (нарушение маточно-плацентарного кровотока при сохраненном плодово-плацентарном) | 13,04% | 50% | 38,89% | - |
| 1Б степень (нарушение плодово-плацентарного кровотока при сохраненным маточно-плацентарном) | 8,69% | 50% | 27,78% | - |
| II степень (одновременное нарушение маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровотока, не достигающее критической стадии) | - | - | 27,78% | - |
| III степень (критическое состояние или ретроградное направление конечно-диастолического кровотока) при сохраненном или нарушенном маточно-плацентарном кровотоке | - | - | - | - |
| Итого | 33,33%* | | 89,47%* | |
| * процент рассчитан для беременных указанной подгруппы. | | | | |

С целью коррекции выявленных патологических состояний была назначена комплексная терапия синдрома задержки роста плода и фетоплацентарной недостаточности: актовегин по 200 мг 3 раза в день в сочетании с курантилом или тренталом по 100 мг 3 раза в день в течение 3 недель.

У 77,42% беременных была выявлена гипоксия плода различной степени тяжести. Частота выявленной гипоксии плода и степень ее выраженности совпадают с формой плацентарной недостаточности.

Таким образом, перенесенная аппендэктомия оказывает отрицательное влияние на течение беременности и плод. Отсутствие проведенной антибактериальной терапии не только с целью профилактики гнойно-септических осложнений, но и инфицирования плода, вне зависимости от клинико-морфологической формы острого аппендицита является провоцирующим фактором для возникновения акушерских осложнений.

III. 6.3.2. Особенности течения беременности и исход у женщин, перенесших аппендэктомию (вторая ретроспективная группа).

При анализе течения беременности у женщин после перенесенной аппендэктомию выявлены следующие особенности, представлены в таблицах 18,19.

Таблица 18.

Частота осложнений беременности у женщин после аппендэктомию в зависимости от клинико-морфологической формы острого аппендицита.

| Осложнения беременности | Катаральный аппендицит, хронический и его обострение | Флегмонозный аппендицит | Перфоративный аппендицит |
|---------------------------------------|---|--------------------------------|---------------------------------|
| Угроза прерывания беременности | 87,09% | 83,33% | - |
| Анемия беременных | 33,87% | 37,09% | - |
| ФПН, СЗРП | 41,94% | 48,39% | - |
| Гестоз | 11,29% | 14,52% | - |

| | | | |
|-----------------------------------|---------------|---------------|---|
| Хроническая гипоксия плода | 37,09% | 40,32% | - |
|-----------------------------------|---------------|---------------|---|

Таблица 19.

Частота осложнений у женщин после аппендэктомии в зависимости от гестационного срока.

| Осложнения беременности | Гестацонный срок, при котором была выполнена аппендэктомия | | |
|---------------------------------------|---|--------------------|---------------------|
| | I триместр | II триместр | III триместр |
| Угроза прерывания беременности | 30,64%) | 61,29%) | 8,06% |
| Анемия беременных | 19,35% | 45,16% | 6,45% |
| ФПН, СЗРП | - | 72,58% | 17,74% |
| Гестоз | - | 12,9%o | 12,9%o |
| Хроническая гипоксия плода | - | 64,52% | 12,9% |

Как видно из представленного материала, наиболее частыми осложнениями являются угроза прерывания беременности, сохраняющаяся на всем её протяжении, фетоплацентарная недостаточность (СЗРП, гипоксия плода) и анемия беременных.

Анемия беременных, гестоз были одинаковыми в обследованных подгруппах и не зависели от гестационного срока перенесенной аппендэктомии и клинико-морфологической формы острого аппендицита.

При анализе течения родов и послеродового периода были выявлены следующие особенности, представленные в таблицах 20,21.

Таблица 20.

Исход беременности у женщин после аппендэктомии в зависимости от клинико-морфологической формы острого аппендицита.

| Исход беременности | Катаральный аппендицит, хронический и его обострение | Флегмонозный аппендицит | Перфоративный Аппендицит |
|-----------------------------|---|--------------------------------|---------------------------------|
| Своевременные роды | 22,78% | 39,24% | - |
| Преждевременные роды | 6,33% | 2,53% | 5,06% |
| Запоздалые роды | 5,06% | 3,8% | - |

| | | | |
|-----------------------------------|-------|-------|-------|
| Аntenатальная гибель плода | - | - | 5,06% |
| Самопроизвольные выкидыши | 5,06% | 5,06% | 1,27% |

Необходимо отметить, что антенатальная гибель плодов при осложненной форме острого аппендицита с перитонитом произошла на ранних сроках после аппендэктомии (2-3 сутки), во всех 4 наблюдениях произошли преждевременные роды мертвым плодом.

Самопроизвольные выкидыши в раннем послеоперационном периоде (до 14 суток) произошли в одном наблюдении при гангренозно-перфоративном аппендиците, в одном наблюдении при хронической форме острого аппендицита - во II триместре, и в 4 наблюдениях при флегмонозной форме острого аппендицита - в I триместре беременности. В более позднем периоде, на 14-21 сутки, в 3 наблюдениях при катаральном и обострении хронического аппендицита произошли самопроизвольные выкидыши во II триместре беременности.

Таблица 21.

Особенности течения родов у женщин (вторая ретроспективная подгруппа).

| Осложнения в родах | Катаральный аппендицит, хронический аппендицит и его обострение | Флегмонозный аппендицит | Перфоративный Аппендицит |
|--|--|--------------------------------|---------------------------------|
| Преждевременное излитие околоплодных вод | 32,26% | 29,03% | - |
| Патологический прелиминарный период | 19,35% | 16,13% | - |
| Слабость родовой деятельности | 25,81% | 19,35% | - |
| Травмы мягких тканей родовых путей | 30,64% | 64,52% | - |
| Кесарево сечение | 16,13% | 9,67% | - |
| Нарушение отделения плаценты | 16,13% | 11,29% | - |
| Сомнения в целостности последа | 14,51% | 8,06% | - |

Таким образом, оценить особенности течения родов у женщин с перфоративным аппендицитом не представлялось возможным. Данные таблицы 34, позволяют говорить о том, что большее количество осложнений наблюдается при катаральной форме острого аппендицита. При этом обращает на себя внимание, что в 9,68% наблюдений при флегмонозной форме острого аппендицита операция кесарева сечения была выполнена в плановом порядке (по различным показаниям), в одном наблюдении - в связи с отсутствием эффекта от родовозбуждения. При катаральной форме острого аппендицита и обострении хронического, показанием в 6,45% наблюдений к операции кесарева сечения явилась фетоплацентарная недостаточность декомпенсированная форма.

По данным ретроспективного анализа, перенесенная аппендэктомия во время беременности оказывает отрицательное влияние на течение беременности, является фактором инфицирования плода с последующим формированием гипотрофии, способствует возникновению осложнений в послеродовом периоде, в связи с чем требует коррекции возникающих осложнений, более ранней диагностики и проведения адекватного лечения.

III. 6.4. Особенности течения беременности после перенесенной аппендэктомии в проспективной группе исследования.

В проспективной группе исследования мы изучали с учетом полученных данных ретроспективного анализа особенности клинического течения беременности, исходы, перинатальную заболеваемость, осложнения послеродового периода, а также проводили динамическое наблюдение за гемодинамическими показателями в системе «мать-плацента-плод» на фоне проводимой дифференцированной комплексной корригирующей терапии.

Особенности клинической картины, использование дополнительных методов исследования (лапароскопия, ультразвуковая диагностика), выбор типа хирургического доступа, последующие клинические проявления угрозы прерывания беременности и ее коррекция рассмотрены в соответствующих главах. На данном этапе хотелось бы обратить внимание на ультразвуковые и доплерометрические показатели состояния фетоплацентарной системы, особенности течения беременности и исходов родов у женщин с перенесенной аппендэктомией в различные гестационные сроки.

В зависимости от клинико-морфологической формы острого аппендицита все женщины были разделены на три подгруппы. Первую группу составили 38% беременных, которые перенесли аппендэктомию по поводу катарального и/или обострения хронического аппендицита, вторую - 60% беременных с флегмонозной формой острого аппендицита, третью - 2% с гангренозно-перфоративным аппендицитом. В свою очередь, первая группа была разделена на две подгруппы: в первой подгруппе во время хирургического лечения проводилась антибактериальная терапия (12), во второй - нет (7).

Оценить особенности течения беременности при гангренозно-перфоративной форме острого аппендицита не представлялось возможным, в связи с тем, что в единственном проспективном клиническом наблюдении при гангренозно-перфоративном аппендиците с разлитым перитонитом, после аппендэктомии произошли преждевременные роды на 27-28 неделе беременности. Ребенок скончался через сутки на фоне нарастающей сердечнососудистой недостаточности. Наиболее часто острый аппендицит встречается во II триместре беременности, однако высокий процент катаральной формы острого аппендицита требует дальнейшего поиска дополнительных методов диагностики.

Клинических наблюдений острого аппендицита в послеродовом периоде и родах в проспективном исследовании не было.

Изучение акушерско-гинекологического анамнеза выявило следующие особенности:

- ИППП: общее число 76%; в первой группе: с антибактериальной терапией - 24%, без нее - 14%, во второй группе - 36%, в третьей - 2%; - воспалительные заболевания органов малого таза - 70%, в первой группе: с антибактериальной терапией - 24%, без нее - 14%; во второй - 30%, в третьей - 2%;
- фоновые заболевания шейки матки - 10%: в первой группе: с антибактериальной терапией - 4%, без нее - 2%; во второй группе — 4%, в третьей - не было;
- хирургические вмешательства на правых придатках матки - 10%: в первой группе: с антибактериальной терапией - 2%, без нее - 4%; во второй группе - 4%, в третьей - не было;
- дисфункция яичников - 6%: в первой группе: с антибактериальной терапией - 2%, без нее - 2%; во второй группе - 2%, в третьей - не было.

Беременные были обследованы во время беременности на ИППП, и только в 16% наблюдений во второй подгруппе были выявлены инфекции во время беременности, по поводу чего терапия еще не была проведена.

При оценке акушерского анамнеза обращал на себя внимание высокий процент предшествующих беременностей, которые закончились искусственными абортами - 40%, самопроизвольными выкидышами - 8%. При анализе анамнеза обследованных женщин выявлено, что первобеременные, не имеющие отягощенного акушерско-гинекологического анамнеза, составили 12%.

С целью профилактики послеоперационных гнойно-септических осложнений и внутриутробного инфицирования плода проводилась антибактериальная терапия: в I триместре полусинтетическими пенициллинами, а со II триместра - полусинтетическими пенициллинами

или цефалоспоридами; данная терапия начиналась интраоперационно и продолжалась в течение 5 дней. В 14% клинических наблюдений антибактериальной терапии не было, данная группа пациентов заслуживала особого внимания. Распределение по триместрам беременности и клинико-морфологической формы острого аппендицита следующее: в I триместре - 2 катаральных аппендицита и одно наблюдение с обострением хронического; во II триместре — 2 катаральных и 2 обострения хронического аппендицита. Отсутствие показаний к проведению антибактериальной терапии было принято интраоперационно в связи с катаральной формой аппендицита, отсутствием выпота в брюшной полости.

Пациенткам проводилось ультразвуковое и доплерометрическое исследование перед выпиской, из стационара согласно ранее выработанной тактике ведения и при необходимости - досрочно (по показаниям). При этом признаков инфицирования, ФПН, СЗРП на 7-10 сутки после перенесенного хирургического вмешательства не было выявлено.

В одном клиническом наблюдении при флегмонозной форме острого аппендицита до хирургического вмешательства были выявлены признаки фетоплацентарной недостаточности с синдромом задержки роста плода 1-II степени, с гемодинамическими нарушениями в системе «мать-плацента-плод» 1Б степени, в связи с чем терапия была начата в условиях хирургического, отделения.

Пациенткам проспективного исследования при выписке из стационара была назначена терапия актовегином (по 0,2 г 3 раза сутки) в течение 3 недель с последующим контролем фето- и доплерометрических показателей через 21 день, а также медикаментозная корригирующая терапия угрозы прерывания беременности.

При контрольном эхографическом исследовании беременных проспективной группы во II и III триместрах беременности через 21 день после оперативного вмешательства оценивались следующие эхографические критерии:

- соответствие фетометрических и доплерометрических показателей данному гестационному сроку;
- изменение плаценты (кисты, инфаркты, преждевременное созревание);
- патология амниона (многоводие, маловодие, гиперэхогенная взвесь в околоплодных водах);
- изменения со стороны внутренних органов плода и нарушения ритма сердца.

Нами были получены следующие данные (таблица 22).

Таблица 22.

Выявления эхографических признаков СЗРП и внутриутробного инфицирования плода после перенесенной аппендэктомии, в различных подгруппах проспективного исследования (через 21 день).

| Эхографические признаки инфицирования плода | Катаральный аппендицит, хронический аппендицит и его обострение | | Флегмонозный аппендицит (без перфорации) |
|---|---|--|--|
| | С антибактериальной терапией (интраоперационно) | Без антибактериальной терапии (интраоперационно) | |
| Изменения плаценты | 2% | 4% | 6% (при отсутствии признаков СЗРП): |
| Патология амниона | 6% | 6% | 16% |
| ФПН, СЗРП. | 2% | 4% | 4% |

Отмечено, что СЗРП, выявленный в первой группе исследования, был у пациенток с микст-инфекцией в анамнезе как при проведении антибактериальной терапии во время операции, так и без нее. При этом в подгруппе без антибактериальной терапии было выявлено более одного критерия внутриутробного инфицирования плода. Во второй подгруппе исследования во всех 14% наблюдений (1 - СЗРП до оперативного

вмешательства, пациентка не имела генитальных инфекций) СЗРП был выявлен при нелеченной генитальной инфекции во время беременности.

Нарушений гемодинамических показателей в системе «мать-плацента-плод» через 21 день после аппендэктомии не было выявлено.

Контрольное динамическое ультразвуковое и доплерометрическое исследование проводилось через 10-14 дней после начала корригирующей, терапии при выявлении патологии у пациенток, у которых при первом исследовании патологических изменений обнаружено не было.

Анализируя таблицу 23, мы можем сделать вывод о том, что увеличение количества беременных с признаками инфицирования плода, СЗРП в отдаленном периоде после аппендэктомии объясняется реализацией нисходящего пути распространения инфекции через маточные трубы.

При отсутствии антибактериальной терапии в раннем послеоперационном периоде при катаральной форме острого аппендицита и/или обострении хронического, а также при выявлении признаков внутриутробного инфицирование плода нами в 14% наблюдений проводилась терапия амоксиклавом (по 325 мг 3 раза в течение 5 дней), что давало положительный эффект. При контрольном ультразвуковом исследовании отмечен прирост фетометрических показателей и нормализация доплерометрических значений.

Таблица 23.

| Эхографический показатель | Катаральный аппендицит, хронический и его обострение | | Флегмонозный аппендицит (без перфорации) |
|---------------------------|--|--|--|
| | С антибактериальной терапией (интраоперационно) | Без антибактериальной терапии (интраоперационно) | |
| Изменения плаценты | 12% | 12% | 22% (5 - без признаков СЗРП) |
| Патология амниона | 6% | 14% | 20% |

| | | | |
|-------------------|----|-----|-----|
| ФПН, СЗРП. | 8% | 14% | 18% |
|-------------------|----|-----|-----|

Частота выявления эхографических признаков СЗРП и внутриутробного инфицирования плода через 35-40 дней после перенесенной аппендэктомии в различных подгруппах проспективного исследования.

Всем беременным при выявлении признаков внутриутробного инфицирования назначались препараты, обладающие иммунокорректирующим эффектом. С этой целью мы назначали виферон-2.

Ш.6.4.1. Допплерометрическое исследование гемодинамики в системе «мать-плацента-плод» у беременных после аппендэктомии проспективной группы.

С целью комплексной оценки функционального состояния фетоплацентарной системы и плода у беременных после перенесенной аппендэктомии проведено комплексное динамическое доплерометрическое исследование маточно-плодово-плацентарного кровообращения.

При этом гемодинамические нарушения при проведении доплерометрического исследования во II и III триместрах беременности были выявлены у 36% (таблица 24).

Таблица 24.

Частота нарушений кровотока в системе «мать-пацента-плод» у беременных после аппендэктомии.

| Степень тяжести гемодинамических нарушений | Первая подгруппа | | Вторая подгруппа | |
|--|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| | Лечение во II триместре | Лечение в III триместре | Лечение во II триместре | Лечение в III триместре |
| IA степень | 10% | 4% | 8% | 4% |
| 1B степень | 2% | 4% | 2% | 2% |
| II степень | - | - | - | - |
| III степень | - | - | - | - |

| | | |
|--|---------------|----------------|
| Итого | 52,63% | 26,67%* |
| <i>* процент рассчитан для беременных указанной подгруппы.</i> | | |

Анализ данных таблицы показывает, что отсутствие проведенной антибактериальной терапии, проведение лечения в отсроченном периоде способствовали прогрессированию воспалительного процесса в плацентарной ткани и оболочках, присоединению нарушений микроциркуляции со склонностью к спазму сосудов, отеку стенок сосудов на фоне эндотелиальной дисфункции, с последующим нарушением гемостаза и увеличению частоты гемодинамических нарушений. Это подтверждает необходимость проведения антиагрегантной терапии всем беременным, перенесшим аппендэктомию, независимо от гестационных сроков и доплерометрических показателей в раннем послеоперационном периоде.

При анализе доплерометрических показателей обращают на себя внимание гемодинамические нарушения 1А степени, преимущественно в правой маточной артерии, при этом отмечается увеличение этого показателя при любой клинко-морфологической форме острого аппендицита независимо - от гестационных сроков проведения аппендэктомии. В этих наблюдениях у беременных не выявлено клинических признаков проявления гестоза. Данная, закономерность требует дальнейшего изучения.

Таким образом:

- степень выраженности инфицирования беременной после перенесенной аппендэктомии, частота и характер признаков внутриутробного инфицирования, выявляемых эхографических изменений околоплодных вод, плаценты определяется не только гестационным сроком проведенной аппендэктомии, клинко-морфологической формой острого аппендицита, но отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом (наличие ИППП, хирургических вмешательств на правых придатках матки);

- при отсутствии проведения неспецифической антибактериальной терапии во время перенесенной аппендэктомии частота выявленных эхографических маркеров инфицирования плода возрастает; это указывает на необходимость проведения неспецифической антибактериальной терапии при хирургическом вмешательстве, которая должна осуществляться не только с целью профилактики гнойно-септических послеоперационных осложнений, но и с целью профилактики внутриутробного инфицирования;
- для профилактики развития фетоплацентарной недостаточности всем беременным, перенесшим аппендэктомию, показано проведение антиагрегантной терапии;
- проведение профилактического лечения фетоплацентарной недостаточности в раннем послеоперационном периоде снижает частоту ее декомпенсированных форм; перенесенная во время беременности аппендэктомия при отягощенном акушерско-гинекологическом анамнезе, а именно при наличии генитальных инфекций, способствует активации хронического очага инфекции в правых придатках матки и требует этиотропного лечения с учетом чувствительности выявляемого возбудителя.

Ш.6.4.2. Особенности течения беременности и исход у женщин, перенесших аппендэктомию (проспективная группа).

После перенесенной аппендэктомии беременность и роды протекали с осложнениями у 30 обследованных женщин проспективного наблюдения, степень выраженности и время проявления которых зависели от гестационного срока, во время которого был острый аппендицит, а также от его осложнений и времени проведения комплексной корригирующей терапии.

Анализ особенностей течения данной беременности и родов в проспективной группе, а также их исход проводился в зависимости от гестационного срока, во время которого была произведена аппендэктомия.

Особенности течения беременности у женщин после аппендэктомии в зависимости от клинико-морфологической формы острого аппендицита и гестационного срока представлены в таблице 25.

Таблица 25.

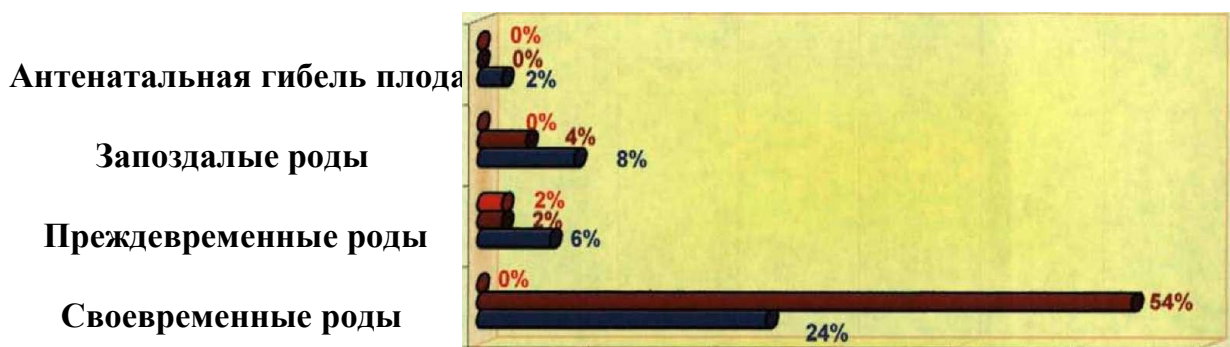
Частота осложнений у женщин после аппендэктомии в зависимости от гестационного срока.

| Осложнения беременности | Гестационный срок, при котором была выполнена аппендэктомия | | |
|--------------------------------|---|-------------|--------------|
| | I триместр | II триместр | III триместр |
| Угроза прерывания беременности | 2% | 32% | 16% |
| Анемия беременных | 2% | 32% | 16% |
| ФПН, СЗРП | - | 34% | 6% |
| Гестоз | - | 8%> | 4% |
| Хроническая гипоксия плода | - | 20%) | 14% |

Наиболее частыми осложнениями являются: угроза прерывания беременности, сохраняющаяся на всем протяжении, фетоплацентарная недостаточность (СЗРП, гипоксия плода) и анемия беременных.

Особое внимание уделено исходу беременности, течению родов и перинатальным исходам у женщин после перенесенной аппендэктомии.

Рис. 10. Исход беременности у женщин, перенесших аппендэктомию (проспективное исследование)



0% 10% 20% 30% 40% 50% 60%

- Гангренозно-перфоративный аппендицит
- Флегманозный аппендицит
- Катаральный аппендицит, хронический и его обострение

В 78% произошли своевременные роды.

Преждевременные роды были в 10% наблюдений. Необходимо отметить, что при гангренозно-перфоративном аппендиците преждевременные роды произошли в первые сутки после хирургического вмешательства. Самопроизвольных выкидышей в проспективном наблюдении не было.

В 18 % наблюдений была выполнена операция кесарева сечения. В доношенном сроке 14% женщин родоразрешены путем плановой операции кесарева сечения в связи с отягощенным акушерско-гинекологическим и соматическим анамнезом.

В 4% наблюдений операция кесарева сечения была произведена в экстренном порядке в связи с развитием слабости родовой деятельности, не поддающейся медикаментозной коррекции, и в одном - в связи с развитием, клинически узкого таза.

Наиболее неблагоприятное влияние на течение беременности и перинатальные исходы оказывает аппендэктомия, произведенная в ранние сроки беременности. Проведение профилактической терапии, возможных ассоциированных осложнений позволяет добиться наиболее благоприятных перинатальных исходов, снизить частоту осложнений беременности в родах и послеродовом периоде.

ГЛАВА IV. Обсуждение полученных результатов исследования.

Осложнение беременности острым аппендицитом является одним из самых сложных пограничных акушерско-хирургических вопросов. Острый аппендицит занимает первое место в структуре urgentных хирургических заболеваний органов брюшной полости во время беременности.

Приоритет клинической диагностики острого аппендицита у беременных резко снижен в связи с большим числом заболеваний, протекающих с псевдоаппендикулярным синдромом и трудностью обнаружения местных признаков, являющихся основными в клинической картине.

Поэтому разработка новых инновационных подходов, использование комплекса высокотехнологичных методов исследования позволят повысить качество диагностики острого аппендицита во время беременности, что в свою очередь приведет к своевременному выбору метода лечения, снизит частоту деструктивных форм острого аппендицита и ассоциированных с ним осложнений.

На основании результатов, полученных в ходе исследования, нам представляется необходимым обсудить следующие положения:

- особенности клинической картины острого аппендицита у беременных с учетом изменяющегося расположения червеобразного отростка при увеличении срока гестации;
- возможности ранней диагностики острого аппендицита с использованием высокотехнологичных методов исследования в различные сроки беременности;
- особенности хирургической тактики при различных формах острого аппендицита, используемой с целью снижения акушерских и перинатальных осложнений у беременных, перенесших аппендэктомию;
- оптимальная тактика ведения беременности, особенности обследования беременных после перенесенной аппендэктомии, профилактика и комплексная медикаментозная коррекция, возникающих осложнений, пути снижения перинатальной заболеваемости.

Клиническая картина острого аппендицита переменная и зависит от степени воспалительных изменений в стенке отростка, особенностей локализации аппендикса в брюшной полости.

Учитывая особенности положения червеобразного отростка в I, II, III триместрах беременности, наличие опосредованного (вторичного) болевого синдрома связанного с гипермоторикой кишечника в условиях воспаления, а также сочетание болевого синдрома вследствие угрозы прерывания беременности с увеличением гестационного срока, отмечают снижение частоты классических симптомов острого аппендицита.

При анализе были полученные следующие данные: в I, II, III триместрах «классическая картина» наблюдалась в 13,11%, 9,29%, 1,64% соответственно; при катаральном аппендиците, хроническом и его обострении в 8,64% наблюдений имелась атипичная, стертая картина. При этом в 24,86% «классическая» картина наблюдалась при флегмонозной форме острого аппендицита.

Полученные нами данные согласуются с результатами Г.И.Иванова (1968), М.М.Шехтмана (1987), И.П.Коркана (1991), частота изучаемых симптомов острого аппендицита в разные сроки беременности неодинакова. Наиболее постоянными и преобладающими из них являются симптомы локальной боли, Ровзинга, Щеткина-Блюмберга, Ситковского, отраженных болей. По данным ряда авторов (Иванова Г.И., 1968; Коркана И.П., 1990), с увеличением сроков беременности диагностическая ценность большинства симптомов снижается.

В нашем исследовании болезненность в правой подвздошной области наблюдалась в 78,91%, при увеличении срока беременности частота встречаемости снижалась.

Симптомы, которые связаны со сдавлением или смещением измененного отростка беременной маткой, распределяются следующим образом: симптом Ситковского - 60,54%, симптом Щеткина-Блюмберга - 62,16%, симптом Ровзинга - 57,3%, симптом Михельсона - 54,05%, симптом отраженных болей - 52,97% наблюдений. Выявлена общая тенденция к увеличению частоты данных симптомов в I триместре беременности и при флегмонозной форме острого аппендицита.

Среди обследованных нами беременных с различными формами острого аппендицита частота встречаемости подобных симптомов достоверно выше по сравнению с «классическими». Так, при остром аппендиците симптом Брендо был в 69% , Черемских-Кушниренко - в 79,2%, Ризвана - в 67,8%).

Таким образом, на основании полученных данных, можно утверждать, что наряду с классическим симптомом Кохера-Волковича, симптомы *Брендо*, *Черемских-Кушниренко*, *Ризвана*, следует считать характерными для острого аппендицита у беременных.

Однако нет прямой зависимости между патогистологическими изменениями в червеобразном отростке и выраженностью различных симптомов острого аппендицита, особенно у беременных.

Общие симптомы, которые встречаются при остром аппендиците, теряют свое диагностическое значение во время беременности.

В нашем исследовании тошнота встречалась в 52,97%, преимущественно в I триместре беременности (24,32%), рвота - в 22,7%), также с преобладанием в I триместре беременности (11,35%), и анорексия в I триместре была выявлена в: 76,21% наблюдений, во II триместре беременности - в 57,83%).

Наиболее сложна интерпретация указанных симптомов во второй половине беременности, так как такие симптомы, как боль в эпигастрии, тошнота, рвота, чаще свидетельствуют в пользу тяжелой формы гестоза.

Основное значение для дифференциальной диагностики этих патологических состояний имеет тщательное клинико-лабораторное обследование беременной, направленное на выявление патогномоничных симптомов гестоза.

По результатам исследования двух ретроспективных и проспективной групп отмечено снижение частоты аппендэктомий при катаральной форме острого аппендицита, хирургических и акушерских

осложнений при внедрении в практику высокотехнологичных методов диагностики.

Таким образом, с помощью инновационных методов исследования удалось снизить частоту хирургических осложнений ~ в 2 раза, преждевременных родов - в 1,35 раза, антенатальной гибели плода - в 1,85 раза.

В первой ретроспективной группе, где не применялись дополнительные методы для диагностики острого аппендицита, за период с 2009 по 2001 год, наши данные по частоте встречаемости катаральных форм (до 48%), частоте хирургических осложнений (до 22,22%), частоте прерываний беременности (5,56%).

Определенное значение в диагностике острого аппендицита имеют данные *лабораторных исследований*.

Среди лабораторных тестов наибольшее диагностическое значение имеет динамическое изучение лейкограммы.

У беременных при остром аппендиците наблюдаются следующие изменения в клиническом анализе крови: лейкоцитоз, лейкоцитарный сдвиг влево, уменьшение количества базофилов и эозинофилов, лимфопения. Изменения общего количества лейкоцитов, степень лейкоцитарного сдвига в периферической крови, увеличение СОЭ соответствуют выраженности деструктивных процессов в червеобразном отростке. Аналогичные закономерности были отмечены в работе И.П.Коркана (1991).

В качестве скиринингового метода исследования, из дополнительных, всем беременным второй ретроспективной и проспективной группы, поступившим в стационар с подозрением на острый аппендици, проводилось *ультразвуковое исследование*.

В случае отсутствия патогномоничных эхографических признаков неосложненного аппендицита ультразвуковая диагностика последнего основывалась на исключении других заболеваний.

Осложнение острого аппендицита местным перитонитом характеризовалось обнаружением дополнительного эхопростраства между маткой и боковой поверхностью париетальной брюшины. Ширина интервала дает представления о количестве жидкости. В 100% наблюдений при обнаружении данного симптома был подтвержден диагноз местного перитонита.

При первичном эхографическом исследовании угроза прерывания беременности была выявлена у 48,15% беременных. Окончательный диагноз был подтвержден у 41,48% пациенток. У 6,67% беременных локальное утолщение миометрия было обусловлено другими заболеваниями брюшной полости. В данных наблюдениях угроза прерывания беременности была вызвана раздражением матки, воспалением червеобразного отростка, фибрином, выпотом в брюшной полости. Локальное утолщение миометрия на правой стенке матки, со стороны червеобразного отростка, не позволяет исключать у данного контингента беременных острого хирургического заболевания и требует последующего динамического наблюдения и использования других дополнительных методов.

Ультразвуковое исследование позволяет исключить другие заболевания органов брюшной полости и забрюшинного пространства и осложнения беременности у 2/3 женщин с подозрением на острый аппендицит.

Когда общеклиническое обследование и другие дополнительные методы диагностики не позволяют исключить диагноз острого аппендицита у беременных, при этом ожидаемый диагностический и лечебный результат не превышают риска ее выполнения, приоритет принадлежит *лапароскопии*.

Противопоказаниями для проведения лапароскопии являются не только общепринятые данные, но и срок гестации более 20-24 недель.

В 8,55% наблюдений у беременных, поступивших с подозрением на острый аппендицит, было проведено лапароскопическое исследование. Из 80 беременных с подозрением на острый аппендицит, которым была проведена лапароскопия, диагноз подтвержден в 40%. Соответственно у 60% беременных имелось другое заболевание, не диагностируемое другими методами исследования.

Таким образом, результаты лапароскопического вмешательства и данные клинического обследования неоперированных женщин показали, что лапароскопия позволяет разрешить диагностические, а следовательно, и тактические трудности при неясной клинической картине острого хирургического заболевания брюшной полости, но при сроке гестации не более 20-24 недель. Ограничение для проведения лапароскопического исследования связано с высоким риском осложнений во время манипуляции.

Таким образом, комплексное изучение патогномичных симптомов, динамики лейкограммы в сочетании с высокотехнологичными методами исследования, позволяет повысить эффективность диагностики осложненных форм острого аппендицита и снизить частоту необоснованных хирургических вмешательств:

Установление диагноза острого аппендицита требует немедленного хирургического вмешательства. Объем хирургического вмешательства — *типичная аппендэктомия*.

Наилучшее время для операции - первые 6-12 часов от момента, появления первых симптомов заболевания.

В наших исследованиях операция была произведена до 4 часов в 49,19%, до 6 часов - 27,57%, до 12 часов - в 12,97%, до 24 часов - в 7,57%, . свыше 24 часов - в 2,7%).

В наших наблюдениях в 17,84% имелись различные хирургические осложнения. В 16,22% наблюдений острый аппендицит осложнился перитонитом. Необходимо отметить, что во II и III триместрах

беременности перитонит встречается ~ в 6,35 раза чаще, чем в I триместре, это связано с изменением топографии червеобразного отростка и атипичной, стертой картиной течения острого аппендицита. Частота раневых инфекций зависела от типа доступа. В 2 раза чаще осложнения со стороны послеоперационной раны встречаются при косом доступе в правой подвздошной области и увеличиваются с ростом срока гестации.

Своевременно произведенная аппендэктомия не всегда позволяет избежать осложнений. Несмотря на высокую частоту осложнений аппендицита во время беременности, в доступной нам литературе имеется незначительное количество работ, посвященных вопросам их профилактики.

Наиболее частым сопутствующим осложнением после перенесенной аппендэктомии является *угроза прерывания беременности*.

В наших наблюдениях в 68,5% угроза прерывания беременности после перенесенной аппендэктомии сохранялась на всем её протяжении. По нашим данным, угроза прерывания беременности в течение 14-21 дня после перенесенной аппендэктомии наблюдается в 89,62%.

Разработанная нами схема терапии с использованием спазмолитической, седативной и этиопатогенетической терапии позволила сохранить беременность у всех пациенток, перенесших аппендэктомию в I триместре беременности в проспективном исследовании. Необходимо отметить, что при выявлении клинических и эхографических признаков угрозы прерывания беременности в I триместре беременности, нами использовался дюфастон (утрожестан) до 20 недели беременности.

Во II и III триместрах беременности терапия, направленная на снижение угрозы преждевременного прерывания беременности, имеет ряд особенностей.

Терапия угрожающих выкидышей и преждевременных родов проводилась с использованием раствора сульфата магния и дала ~ в 89% положительный результат.

С целью проведения токолитической терапии нами использовался гексоприналин. Выявлено, что при длительном применении β_2 -адреномиметиков в 22,57% наблюдений был выявлен послеоперационный парез кишечника, чего не наблюдалось при использовании магниальной терапии, это объясняется тем, что β_2 -адреномиметики способствуют снижению тонуса и моторики кишечника. В связи с этим в проспективном наблюдении с учетом объема перенесенного хирургического вмешательства, операционного стресса, токолитическая терапия во всех наблюдениях начиналась на операционном столе и включала использование инфузионной магниальной терапии.

В проведенном нами исследовании в раннем послеоперационном периоде предпочтение отдавали магниальной терапии до 3-х суток, применяемой в сочетании с таблетированными формами (β_2 -адреномиметиков и блокаторами кальциевых каналов).

У 6% беременных для пролонгирования беременности применяли утрожестан, для терапии угрозы прерывания беременности. Токолитическая инфузионная терапия (β_2 -адреномиметиками (гексопреналин 1\2 дозы) проводилась в отсроченном периоде в сочетании с приемом утрожестана. На фоне данной терапии отмечено отсутствие развития признаков послеоперационного пареза кишечника. Данная закономерность, обусловлена тем, что у утрожестана имеется группа (3-метаболитов - это 5-(3-прегнандион и 5-(3-прегнанонон, оказывающие токолитический эффект, который достигается при любом пути введения в суточной дозе 200-400 мг; возможное сочетание с β_2 -адреномиметиками не вызывает послеоперационного пареза кишечника и оказывает более сильный токолитический эффект. В литературных источниках описаний данной корректирующей токолитической терапии после хирургических вмешательств нам не встречалось.

В наших наблюдениях при гангренозно-перфоративных формах острого аппендицита пролонгировать беременность не удалось как в проспективном, так и ретроспективном исследованиях.

Таким образом, на степень выраженности и длительность угрозы прерывания беременности оказывают влияние тип хирургического доступа, клинико-морфологическая форма острого аппендицита.

Одним из наиболее сложных и актуальных вопросов является выбор метода родоразрешения у беременных, оперированных по поводу острого аппендицита.

В наших наблюдениях, методом выбора являлось родоразрешение только через естественные родовые пути. Кесарево сечение в первые дни после аппендэктомии выполняется по абсолютным жизненным показаниям со стороны матери.

По нашим данным, второе место среди акушерских осложнений по частоте встречаемости, после перенесенной аппендэктомии занимает *внутриутробное инфицирование плода, развитие фетоплацентарной недостаточности с последующим формированием синдрома задержки роста плода*. Аспекты данных осложнений не были рассмотрены ни в одной из фундаментальных работ. Вопросы возможного внутриутробного инфицирования затрагивались в публикациях эпизодично, только в виде отдельных клинических наблюдений.

Принимая во внимание анатомо-топографические особенности внутренних половых органов и червеобразного отростка, следует говорить о возможной реализации гематогенного и нисходящего (через маточные трубы) путей инфицирования.

Внутриутробное инфицирование является причиной всего спектра антенатальной патологии: невынашивания и недонашивания беременности, пороков развития и инфекционных заболеваний плода, плацентарной недостаточности, хронической гипоксии и синдрома

задержки роста плода. Часто инфекционная патология является основой для развития гипоксии, неврологических нарушений, гипотрофии плода.

К факторам риска внутриутробного инфицирования плода относятся наличие хронических очагов инфекции у беременных, отягощенный акушерско-гинекологический анамнез, осложнения беременности, перенесенные хирургические вмешательства во время беременности.

Нами установлено, что у беременных, которым антибактериальная (интраоперационно) терапия не проводилась, достоверно чаще отмечено преждевременное излитие вод, нарушения отделения последа. Это позволяет нам высказать предположение, что после перенесенной аппендэктомии происходит реализация не только гематогенного и нисходящего путей развития внутриутробного инфицирования, но и восходящего пути, при отягощенном акушерско-гинекологическом анамнезе. Вследствие частого формирования фетоплацентарной недостаточности на фоне перенесенной аппендэктомии у беременных, в 47,54% отмечается гипотрофия новорожденного. Вышесказанное позволяет сделать вывод о необходимости проведения антибактериальной терапии во время хирургического вмешательства независимо от клинико-морфологической формы острого аппендицита. С помощью ультразвуковых методов исследования нами были выявлены косвенные признаки ВУИ плода (многоводие, маловодие, изменения со стороны плаценты).

Согласно проведенному нами обследованию беременных после аппендэктомии, установлено следующее: наиболее часто обнаруживаются такие эхографические признаки внутриутробного инфицирования, как много- и маловодие (31 - 15%), гиперэхогенная взвесь в околоплодных водах (65,03%), изменения плаценты (20,76%). Развивающиеся при внутриутробном инфицировании такие изменения в плаценты, как тромбозы межворсинчатого пространства, нарушение созревания ворсин и

их сосудистого русла, возникновение очагов хориоамнионита и базального децидуита, способствуют хронической гипоксии плода и приводят к комплексу системных изменений в фетоплацентарной системе (Красновский Е.Б. и соавт., 1976; Зайдиева З.С. и соавт., 1999; Кош А.Р. & al., 1995; Oalle A. el al., 1998).

При анализе сроков выявления отставания плода в росте нами отмечена тенденция к более раннему формированию СЗРП при катаральной форме острого аппендицита, при отсутствии антибактериальной терапии во время хирургического вмешательства и наличии генитальных инфекций в анамнезе.

При анализе формы СЗРП, диагностируемой при внутриутробном инфицировании плода, нами была выявлена следующая закономерность, характерная для фетоплацентарной недостаточности: чем раньше диагностирован СЗРП, тем чаще наблюдается симметричная форма синдрома. При этом в ретроспективном исследовании в 66,13% наблюдалась преимущественно асимметричная форма, в 19,35%) - II-III степень СЗРП. Таким образом, для беременных, перенесших аппендэктомию, характерны выраженные морфологические и структурные изменения плаценты, развитие «синдрома инфекции околоплодных вод», проявляющиеся признаками внутриутробной инфекции у новорожденного. В 48,39%) наблюдений в ретроспективной группе у новорожденных имелись признаками внутриутробной инфекции (пневмония, везикулез, омфалит, отит, конъюнктивит).

В генезе симптомокомплекса фетоплацентарной недостаточности при ВУИ после перенесенной аппендэктомии основная роль принадлежит сосудистым расстройствам (васкулиты и тромбоз сосудов плодовой части плаценты на фоне хорионита-плацентита). Немаловажное значение имеет изменение морфо- функционального состояния клеточных мембран вследствие активации процессов перекисного окисления липидов на фоне плацентита.

В группе ретроспективного анализа фетоплацентарная недостаточность была выявлена в 50,38% наблюдений.

Ведущим диагностическим критерием фетоплацентарной недостаточности являются гемодинамические нарушения в системе «мать-плацента-плод» (Буданов П.В., 2001; Стрижаков А.Н. и соавт., 2004).

При этом гемодинамические нарушения при проведении доплерометрического исследования во II и III триместрах беременности были выявлены у 45,16% в ретроспективном исследовании и у 36% в проспективном исследовании.

Данный факт позволил предположить, что нарушения микроциркуляции со склонностью к спазму сосудов, отеку их стенок на фоне эндотелиальной дисфункции с последующим нарушением гемостаза и увеличению частоты гемодинамических нарушений диктует необходимость проведения антиагрегантной терапии всем беременным, перенесшим аппендэктомию, независимо от гестационных сроков и доплерометрических показателей в раннем послеоперационном периоде.

В связи с полученными данными ретроспективного анализа, высоким риском инфицирования в проспективном исследовании в 83% наблюдений антибактериальная терапия проводилась уже во время хирургического вмешательства. Проведение профилактической терапии фетоплацентарной недостаточности позволило снизить ее частоту в 1,26 раза, преждевременного созревания плаценты ~ в 2 раза, косвенных эхографических, признаков инфицирования плода - в 1,2, частоту гемодинамических нарушений - в 1,25 раза.

Необходимо остановиться на гематогенном пути инфицирования плода, что характерно для гангренозно-перфоративной формы острого аппендицита. В ретроспективном исследовании произошла антенатальная гибель плода и самопроизвольные выкидыши в раннем послеоперационном периоде у 12,03%, женщин.

Для гематогенного пути инфицирования плода при расположении очага в червеобразном отростке характерно, что возбудитель, нарушая плацентарный барьер, проникает в кровоток плода, учитывая высокую вирулентность возбудителей, нередко приводит к генерализованному поражению плода - внутриутробному сепсису. Для гематогенного пути характерно преобладание васкулитов плацентарного ложа матки, развитие интервиллусита, васкулитов хориальной пластинки, флебита и эндартериита пуповины, инфицирование печени, мозга, поражение других органов плода.

Особый интерес для клиницистов представляет изучение исходов беременности, перинатальных исходов у женщин, перенесших аппендэктомию и их зависимость от клинико-морфологической формы острого аппендицита, сроков начала терапии, возникающих осложнений.

Полученные нами данные в ретроспективной подгруппе, где в 57,89% произошли своевременные роды, в 13,53% - преждевременные роды, в 3,7 % — антенатальная гибель плода, в 8,89% - самопроизвольные выкидыши в различные сроки беременности, согласуются с результатами Н.А.Виноградова (1941), Б.И.Ефимова (1959), Г.И.Иванова (1965), В.Апёегэпа и соавт. (1999).

Анализ причин оперативного родоразрешения в отсроченном периоде после аппендэктомии в ретроспективном исследовании, показывает, что при флегмонозной форме острого аппендицита операции кесарева сечения были выполнены в плановом порядке по комплексу относительных показаний. Однако при катаральной форме острого аппендицита и обострении хронического аппендицита в четырех наблюдениях операция кесарева сечения произведена при декомпенсированной форме фетоплацентарной недостаточности и III степени СЗРП.

Проведенный анализ перинатальной заболеваемости показал высокий процент инфекционной патологии - 48,39%, поражения ЦНС - 16,73%, гипотрофии плода - в 40,32%.

Изменение тактики ведения беременности в проспективном исследовании позволило улучшить перинатальные исходы. В проспективном исследовании в 78% произошли своевременные роды. При этом антенатальная гибель плода была только в одном клиническом наблюдении, где послеоперационный период осложнился тяжелым парезом кишечника на фоне микроперфораций язв слепой кишки.

В проспективном исследовании не было операций кесарева сечения по поводу декомпенсированной формы фетоплацентарной недостаточности и III степени СЗРП.

При анализе перинатальных исходов, при внедрении профилактической терапии внутриутробного инфицирования плода отмечено уменьшение инфекционной заболеваемости ~ в 4 раза, гипотрофии плода - в 3,36 раза.

Полученные данные убедительно свидетельствуют о необходимости назначения антибактериальной терапии во время аппендэктомии и последующего проведения профилактической терапии фетоплацентарной недостаточности вне зависимости от гестационного срока, во время которого было выполнено хирургическое вмешательство.

Таким образом, ранняя диагностика острого аппендицита во время беременности, предполагающая использование высокотехнологичных методов для постановки диагноза, рационального выбора хирургического доступа, дифференцированного подхода к профилактической терапии и медикаментозной коррекции ассоциированных акушерских и хирургических осложнений, позволила значительно снизить частоту потери беременности, неблагоприятных исходов гестационного процесса, перинатальную смертность и заболеваемость.

ВЫВОДЫ.

1. Применение высокотехнологичных методов исследования (эхография, доплерометрия, лапароскопия) и современных лабораторных тестов у беременных с острым аппендицитом позволило ~ в 78% поставить диагноз острого аппендицита, а также снизить частоту хирургических осложнений ~ в 2 раза, преждевременных родов в 1,35 раза, а антенатальной гибели плода в 1,85, проводить профилактику различных осложнений.

2. «Классическая картина» острого аппендицита в первой половине беременности наблюдается в 25% .

Характерными симптомами острого аппендицита во время беременности являются:

- симптом локальной мышечной защиты в правой подвздошной области - 62,12%;
- симптом Ситковского - 60,54%;
- симптом Ровзинга - 57,3%;
- симптом Черемских-Кушииренко - 79,2%;
- симптом Брендо - 69%;
- симптом Ризвана - 67,8%;
- симптом отраженных болей - 53%.

3. Динамическое исследование лейкограммы у беременных с острым аппендицитом выявляет: лейкоцитоз, лейкоцитарный сдвиг влево, уменьшение количества базофилов и эозинофилов. При выраженных деструктивных изменениях червеобразного отростка наблюдается прогрессивное уменьшение числа лимфоцитов и моноцитов.

4. Прямыми ультразвуковыми критериями острого аппендицита являются:

- повышение контрастности структур, увеличение диаметра и утолщение стенок червеобразного отростка;

- отсутствие перистальтической активности аппендикса;

Эхографическим признаком осложненного течения острого аппендицита является обнаружение дополнительного эхопространства между маткой и боковой поверхностью париетальной брюшины.

5. Показанием к проведению лапароскопии у беременных с подозрением на острый аппендицит является наличие характерного болевого синдрома и объективных признаков заболевания брюшной полости или лейкоцитоза при отсутствии данных за акушерско-гинекологическую патологию при ультразвуковом исследовании. Противопоказаниями к проведению лапароскопического исследования является срок гестации более 20-24 недель.

Прямыми лапароскопическими признаками острого аппендицита являются:

- ригидность;
- гиперемия серозного покрова с гемморагиями, наложением фибрина;
- инфильтрация брыжеечки. Непрямые (косвенные) признаки:
- наличие мутного выпота в брюшной полости;
- гиперемия париетальной брюшины по правому латеральному каналу;
- инфильтрация стенки купола слепой кишки.

При невозможности визуализации червеобразного отростка дополнительными косвенными признаками острого аппендицита считают:

- прозрачный выпот по правому латеральному каналу и в правой подвздошной ямке;
- выраженная инъекция сосудов париетальной брюшины в правой подвздошной области и латеральном канале, распространяющаяся в поперечном направлении на переходную складку брюшины — «поперечная исчерченность брюшины», которая появляется наиболее рано;
- локальный отек забрюшинной клетчатки по латеральному каналу;

- наложение фибрина на париетальную брюшину в зоне переходной складки в проекции червеобразного отростка. Экстренная диагностическая лапароскопия позволила в 40% наблюдений подтвердить диагноз острого аппендицита.

6. Хирургическое вмешательство при остром аппендиците и его осложнениях во время беременности должно быть адекватным тяжести патологического процесса в брюшной полости, технически простым, максимально атравматичным.

Дифференцированный выбор рационального доступа и метода хирургического вмешательства, наряду с комплексной антибактериальной терапией, способствует снижению частоты хирургических осложнений в 2 раза, угрозы прерывания беременности в 1,8 раза.

7. Беременные, перенесшие аппендэктомию, составляют группу высокого риска по невынашиванию беременности, развитию фетоплацентарной недостаточности, инфицированию плода и перинатальной заболеваемости.

Угроза прерывания беременности в раннем послеоперационном периоде наблюдается в 89,62% и сохраняется на протяжении гестации у 68,3% беременных.

Ранние эхографические признаки инфицирования плода проявляются -через 21 день после перенесенной аппендэктомии, наиболее значимыми являются:

- мало- и/или многоводие -31,5%;
- гиперэхогенная взвесь в околоплодных водах - 65,08%;
- изменения плаценты - 20,76%.

Развивающиеся при внутриутробном инфицировании тромбозы межворсинчатого пространства, нарушения созревания ворсин и их сосудистого русла, очаги хориоамнионита и базального децидуита приводят к развитию:

- хронической гипоксии у 38,25% новорожденных;

- фетоплацентарной недостаточности и синдрома задержки роста плода у 47,54%;
- гемодинамическим нарушениям в системе «мать-плацента-плод» у 24,04%.

8. Прогнозирование акушерских осложнений беременной после аппендэктомии позволило снизить частоту развития хирургических осложнений ~ в 2 раза, уменьшить инфекционную заболеваемость у новорожденных ~ в 4 раза и гипотрофию плода в 3,36 раза.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.

1. Для диагностики острого аппендицита во время беременности необходимо использовать комплексные клиничко-лабораторные и высокотехнологичные методы исследования (эхография, доплерометрия, лапароскопия).

2. С целью профилактики послеоперационных гнойно-септических осложнений и внутриутробного инфицирования плода беременным, независимо от гестационного срока и клиничко-морфологической формы острого аппендицита, после аппендэктомии показано проведение антибактериальной терапии, которая проводится в I триместре - полусинтетическими пенициллинами, а во II и III триместрах - полусинтетическими пенициллинами или цефалоспоридами.

3. После аппендэктомии проводится комплексная терапия, направленная на пролонгирование беременности в I триместре беременности:

- физический покой, соблюдение режима «bed rest»;
- психотерапия, седативные средства: отвар пустырника, валерианы;
- спазмолитическая терапия: но-шпа по 0,04 г 3 раза в сутки, свечи с папаверином гидрохлоридом 0,02 мг 3-4 раза в сутки;

- при появлении клинических симптомов угрозы прерывания беременности и эхографических признаков повышенного тонуса миометрия после 7-8 недели беременности показано использование прогестагенов (утрожестан, дюфастон). При наличии мажущих кровянистых выделений и ультразвуковых признаках частичной отслойки хориона после 5 недели беременности необходимо использовать малые дозы эстрогенов.

Во II и III триместрах беременности проводится токолитическая терапия, включающая:

- проведение инфузионной терапии 25% сульфатом магния на операционном столе во время хирургического вмешательства, с последующим продолжением в послеоперационном периоде;

- по окончании инфузионной магниевой терапии применение таблетированных форм β_2 -адреномиметиков в суточной дозе 3 мг (гексопреналина) в сочетании с блокаторами кальциевых каналов;

- при купировании симптомов угрозы прерывания беременности применение таблетированных форм β_2 -адреномиметиков в течение 21-30 дней;

- при развитии преждевременных родов в раннем послеоперационном периоде показана профилактика глюкокортикоидными препаратами респираторного дистресс-синдрома у новорожденных;

- физический покой, соблюдение режима «bed rest»;

- применение β_2 -адреномиметиков и прогестагенов по схеме:

- утрожестан 400 мг однократно, сразу после оперативного вмешательства + инфузионная токолитическая терапия β_2 -адреномиметиками через 6-8 часов;
- на 1-е сутки прием утрожестана каждые 6 часов + таблетированные формы β_2 -адреномиметиков, в последующем сочетании; с 2-ые сутки - каждые 8 часов; с 3-ьи сутки - по 300 мг каждые 8 часов;

- далее по 100-200 мг каждые 8 часов до нормализации тонуса матки с последующим постепенным снижением дозировки;

- дополнительные корректирующие средства угрозы прерывания беременности - спазмолитические и седативные препараты (по схеме, как в I триместре беременности);

4. Методом выбора родоразрешения в раннем послеоперационном периоде является ведение родов через естественные родовые пути.

5. Беременным после аппендэктомии с целью профилактики развития фетоплацентарной недостаточности показано проведение терапии актовегином по 200 мг 3 раза в день, в сочетании с курантилом или тренталом по 100 мг 3 раза в день в течение трех недель.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.

1. Афендулов С.А., Назола В.А., Краснолуцкий Н.А. и др. Результаты лапароскопической аппендэктомии. Тезисы докладов III Всеросс. Съезда по эндоскоп. Хир. (Москва 2000г). Эндоскоп, хир. 2000; 6; 2:5.
2. Баев О.Р., Буданов П.В., Буданцев А.В., Ильина М.В., Веселова Н.Б. Возможности диагностики, профилактики и лечения некоторых перинатальных инфекций. Актуальные вопросы акушерства, гинекологии и педиатрии (под ред. Стрижакова А.Н., Давыдова А.И., Белоцерковцевой Л.Д.) Москва-Сургут 1999:29-39.
3. Бараев Т.М. К проблеме острого аппендицита. Вестник хирургии им. И.И.Грекова. 1999; т.158; №4: 35-38.

5. Беляев В.А., Мерзликин А.Д. Определение ультразвуковых критериев фетоплацентарной недостаточности. Ультразвук, диагн. 1997;4:7-12.
6. Брискин Б.С. Внутрибольничная инфекция и послеоперационные осложнения с позиций хирурга. Инфекции и антимикроб, тер. 2000; 2(4): 124-128.
7. Буданов П.В. Система обследования и лечения беременных с нарушением микроценоза родовых путей и внутриутробным инфицированием плода. Дисс....канд.мед.наук. М., 2001.
8. Воскресенский П.К., Саликов А.В., Наумов Е.К. Современный подход к диагностике острого аппендицита. В сб. Современные проблемы практической хирургии. М., РГМУ, 2000: 38-44.
9. Гельфанд Б.Р., Гологорский В.А., Буревич С.З., Гельфанд Е.Б. Антибактериальная терапия хирургической абдоминальной инфекции абдоминального сепсиса. Consilium medicum.2000.-Т.2, №9. С. 374-379.
10. Гриноу А., Осборн Дж., Сазерленд Ш. Врожденные перинатальные и неонатальные инфекции. М.:2000:288.
11. Ермолов А.С., Трофимова Е.Ю. Неотложный ультразвук. Острый аппендицит. Практическое руководство. М.,«Фирма СТРОМ», 2003:48.
12. Зарубина Е.Н., Бермишева О.А., Смирнова А.А. Современные подходы к лечению хронической фетоплацентарной недостаточности. Вестник Росс. Асс. Акушеров-гинекологов 2000; 4: 61-63.
13. Зинякова М.В., Куртенок Л.Г., Харитов С.В. и др. Роль ультразвукового исследования в диагностике острого аппендицита. Сборник научных трудов к 60-летию ГКБ №13. Актуальные вопросы практической медицины. М., РГМУ. 2000: 60-67.
14. Игнатко И.В. Беременность высокого риска перинатальной патологии: патогенез плацентарной недостаточности, ранняя диагностики и акушерская тактика. Дисс. ...док.мед.наук. М.,2005.

15. Какаулина Л.Н. Ультразвуковая диагностика острого перитонита. Автореф. дисс. ...канд.мед.наук. Уфа,2000.
16. Краснопольский В.И., Федорова М.В. и соавт. Прогностические критерии и алгоритм интерферонотерапии при вирусных и бактериальных инфекциях у беременных и новорожденных. Методические рекомендации. М., 2000; 18.
17. Кригер А.Г., Федоров А.В., Воскресенский П.К., Дронов А.Ф. Острый аппендицит. М., Медпрактика. 2002:244. Курцер М.А. Перинатальная смертность и пути ее снижения. Автореф. дисс. ...док.мед.наук. М., 2001:36.
18. Матвиенко Н.А. Система мать-плацента-плод при высоком риске внутриутробного инфицирования. Автореф. дисс. ...канд.мед.наук. М.:2001
19. Мусаев З.М., Наумчик Б.И., Буданцев А.В. Хроническая ФПН: диагностика, акушерская тактика и особенности ведения неонатального периода. Актуальные вопросы акушерства и гинекологии. Москва-Сургут 2000:99102.
20. Орджоникидзе Н.В., Тютюник В.Л. Алгоритм обследования беременных с высоким инфекционным риском. РМЖ 2001;9(6):22-7.
21. Пономарева Л.П., Пасхина И.Н., Орджоникидзе Н.В. Роль многоводия в генезе перинатальной патологии у новорожденных. Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2003;2(4):38-42.
22. Седов В.М. Аппендицит. СПб., «ЭЛБИ_СПБ» 2002:228.
23. Совцов С.А. Острый аппендицит: спорные вопросы. Хирургия, 2002;№1: 5961.
24. Справочник по акушерству и гинекологии и перинатологии. Под редакцией Г.М. Савельевой. М., Медицинское информационное агентство 2006:192196.

25. Стрижаков А.Н., Баев О.Р., Черкезова Э.И. Беременность и острый аппендицит. Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. 1999; №1: 54-61.
26. Стрижаков А.Н., Асланов А.Г., Рыбин М.В. Беременность и острый аппендицит. Вопросы акушерства, гинекологии и перинатологии. 2003; №1: 97-100.
27. Стрижаков А.Н., Тимохина Т.Ф., Баев О.Р. Фетоплацентарная недостаточность: патогенез, диагностика, лечение. Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2003;2(2):53-63.
28. Стрижаков А.Н., Баев О.Р., Буданов П.В., Игнатко И.В. Внутриутробные инфекции. В кн.: Клинические лекции по акушерству и гинекологии. Под ред. А.Н. Стрижакова, А.И. Давыдова, Л.Д.Белоцерковцевой. М.: Медицина, 2004:142-185.
29. Филиппов С.И., Арестович С.А., Зырянов В.Б. и др. Особенности диагностики острого аппендицита у беременных и женщин» раннего послеродового периода. Материалы VIII Съезда российского общества эндохирургов.2003:157-158.
30. Храмова Л.С. Профилактика неблагоприятных перинатальных исходов у беременных группы высокого риска развития гестоза и синдрома задержки роста плода. Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2004;3(4):46-50.
31. Хирургические болезни. Под ред. М.И. Кузина. М., Медицина, 2002: 621646.
32. Черниенко И.Н. Особенности течения и ведения беременности при внутриутробном инфицировании плода. Автореф. дисс. ...канд.мед.паук. М.;1999.
33. Шаповаленко С.А. Комплексная диагностика и лечение плацентарной недостаточности у беременных на разных стадиях гестации. Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. 2001;2:43-47.

34. Шаповальянц С.Г., Колюбин Р.И. Опыт применения оперативной лапароскопии в условиях перитонита. Вестник РГМУ 2000;133:83-87.
35. Alleman F., Cassina P., Rothlin M., Largiader F. Ultrasound scans done by surgeons for patients with acute abdominal pain a prospective staid The European J of Surgery 1999; vol 165;№ 10:966-970.
36. R.E., Lambe M.S. Incidence of appendicitis during pregnancy. Int J Epidemiol. 2001 Dec;30(6): 1281-1285.
37. Danso D.C., Dimitry E.S. Perforated 26 weeks pregnant uterus at appendectomy. BJOG. 2004; 111: 628-629.
38. Del Cura J L Oleaga L Isusi M. Indications for imaging technique in appendicitis The Eur Radiología 2000;№10(2):310.
94. Doberneck R.C. Appendectomy during pregnancy. Am Surg 1985; 51: 265-273.
95. Epstein F.B. Acute abdominal pain in pregnancy. Emtr Med Clin N Amer. 1994;12:151-156.
96. Eriksson S., Granstrom L. Randomized controlled trial of appendectomy versus antibiotic for acute appendicitis. Br J Surg 1995;Feb 82(2): 166-169.
97. Eriksson S., Granstrom L., Olander B. et al. Leucocyte elastase as marker in the diagnosis of acute appendicitis. Eur J Surg 1995; 161: 901-905
98. Gronroos J.M., Gronroos P. Leucocyte count and C-reactive protein in the diagnosis of acute appendicitis. Br J Surg 1999;Apr: 86(4): 501-504.
99. Hansen G.S., Toot P.J., Lynch C.O. Subtle ultrasound sing of appendicitis in a pregnant patient. J Reprod Med.1993;38:223-227/
100. Hee P., Victrup L. The diagnosis of appendicitis during pregnancy and material and fetal outcome after appendectomy. Int J Gynecology and Obstet. 1999 May; 65(2): 129-135.
101. Horowitz M. G.A., Burkett G., Gomej G.A. Acute appendicitis during. Arch Surg 1985; 120:1362-1368.

102. Hunt M.G., Martin J.N., Martin R.W. et al. Perinatal aspects of abdominal surgery for nonobstetric disease. *Am J Perinatol.* 1989;6:412-416.
103. Jeffrey R.B., Laing F.C., Lewis F.R. Acute appendicitis: sonographic criteria based on 250 cases. *Radiology* 1988; 167: 327-329.
104. Kort B., Kats V.L., Watson W.J. The effect of nonobstetric operation during pregnancy. *Surg Gynecol Obstet.* 1993; 177:371-376.
105. Lehner R., Turingler B., stengg K., Goharkhay N. Premature labor in a women with perforating appendicitis at 36 weeks of gestations. A case report.. *J Report Med.* 2002 Apr; 47(4)6327-328.
106. Lim H.K., Bae S.H., Seo G.S. Diagnosis of acute appendicitis in pregnant women: Value of sonograh. *AJ* 1992; R159: 539-541.
107. Lyass S., Pikarsky A., Eisnberg V.H. Is laparoscopic appendectomy safe in pregnant women? *Surg Endosc.* 2001 Apr; 15(4):377-379.
108. Manmoodian S. Appendicitis complicating pregnancy. *South Med J* 1992; 85: 19-24.
109. Maslovitz S., Gutman G., Lessing J.B. et all. The significance of clinical sing and blood indices for the diagnosis of appendicitis during pregnancy. *Gynecol Obstet Invest.* 2003; 56(4): 188-191.
110. Mazze R.I., Kallen B.I. Appendectomy during pregnancy. A Swedish Registry study of 778 cases. *Obstet Gynaecol* 1991; 77: 835-840.
- 111 . Mourad J., Elliot J.P., Eridason L. Appendicitis in pregnancy: new information that contradicts long held clinical beliefs. *Am J Obstet Gynaecol* 2000; 182:10271029.
112. Musselman R.C., Nunnelee J.D., Ware D.B. Appendicitis during pregnancy. *Clin Excell Nurse Pract.* 1998;2(6): 338-342.
113. Orr R.K., Poter D., Hartman D. Ultrasonography to evaluate adults for appendicitis: decision making based on meta-analysis and probabilistic reasoning. *AcadEmerg Med* 1995;Jul 2(7):644-650.

114. Rizzo A.G. Laparoscopic surgery in pregnancy: long-term follow-up. *J Laparoendosc Adv Tech A*. 2003; 13(1): 11-15.
115. Sharp H.T., Gastrointestinal surgng conditions during pregnancy. *Clin Obstet Gynaecol* 1994; 37: 306-315.
116. Tamir I.L., Bongrand F.S., Klein S.R. Acute appendicitis in the pregnant patient. *Am J Surg* 1990; 160: 571-575.
117. Tarjan Z., Jaray B. Sonography of acute appendicitis: accuracy of criteria. Abstracts from the 9th Congress of World Federation for ultrasound in Medicine and Biology. *J. Ultrasound in medicine and biology*,2000;v 26,suppl. 2:157.
118. Tarraza H.M.,Morre R.D. Causes of acute abdomen and the acute abdomen in pregnancy. *Surg Clin North Am* 1997; 77: 1385-1394.
119. Weber Sanchez A., Garteiz Martinez D., Itzkovich R.N. et al. *Ginecol Obstt Mex*. 2001 Nov; 69:422-430.
120. Webster D.P., Schneider C.N. et al. Differentiating acute appendicitis from pelvic inflammatory disease in women of childbearing age. *Am J Emerg Med* 1993 Nov 11(6) 569-572.
121. Yaron Y., Lessing J.B., Peyser R. Abruptio placentae associated with perforated appendicitis find generalized peritonitis. *Am J Obstet Gynecol*. 1992;166:14-25.