

УДК 616.346.2–002.1

АППЕНДИЦИТ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ: ПРИЗНАКИ, СИМПТОМЫ, ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ**Стяжкина С.Н., Борисова И.Н., Ефремова Н.С.***Ижевская государственная медицинская академия, Ижевск, e-mail: tf94@bk.ru*

Аппендицит – самая частая причина неотложных хирургических операций у беременных. Так среди всех беременных женщин встречается от 2 до 5% женщин, у которых все же развивается такое состояние как аппендицит. Основным предрасполагающим фактором может выступать резкое увеличение матки в своем объеме, что, конечно же, может вызывать некоторое смещение всего червеобразного отростка и как следствие нарушение его нормального кровоснабжения. А уже это, в свою очередь, и может приводить к различным воспалительным процессам. Надо сказать, что существует и ряд других реальных причин для развития аппендицита в период беременности. А это: и склонность к запорам, и смещение слепой кишки, и различные сбои во всей иммунной системе женщины, что может приводить к изменениям общих свойств крови. В исследовании были включены 12 историй болезней беременных с диагнозом острый аппендицит. Наиболее часто встречался катаральный аппендицит – 50% в III триместре беременности – 67%. В большинстве случаев при поступлении больные отмечали боль в правой подвздошной области, в наименьшей степени тошноту, рвоту и повышение температуры.

Ключевые слова: аппендицит при беременности, симптомы, лечение**APPENDIX IN PREGNANCY: SIGNS, SYMPTOMS, TREATMENT STRATEGY****Styazhkina S.N., Borisova I.N., Efremova N.S.***Izhevsk State Medical Academy, Izhevsk, e-mail: tf94@bk.ru*

Appendix is the most common cause of emergency surgical operations in pregnant women. 2 – 5% pregnant women have appendix. The main predisposing factor is a sharp increase in uterus in the volume, which may cause some displacement of all of the appendix and as the result of a violation of its normal blood supply. In turn, can lead to various inflammatory processes. Also there are other real reasons for the development of appendicitis during pregnancy. For example, a tendency to constipation and the displacement of the cecum, and various failures in the entire immune system of the woman, which may lead to changes in the general properties of the blood. An acute appendix is the most common ectopic emergency surgical pathology of pregnant. In the research there are 12 histories of pregnant women with a diagnosis of acute appendicitis. The most common is the catarrhal appendix – 50%. The pregnant have appendix in III trimester – 67%. In most cases, patients have pain in the right iliac region. The least they have nausea, vomiting and fever.

Keywords: appendix during pregnancy, symptoms, treatment

По данным различных авторов, частота острого аппендицита колеблется от 0,38 до 1,41 на 1000 беременных. Однако в целом частота острого аппендицита у беременных не повышается. Диагноз острого аппендицита у беременных поставить довольно сложно, особенно в III триместре беременности. Главные трудности состоят в том, что тошнота, рвота и неясные боли в животе часто отмечаются во время беременности. Пальпацию живота выполнять также значительно труднее вследствие увеличения матки. Защитное напряжение мышц передней брюшной стенки и симптомы раздражения брюшины встречаются реже, поскольку мускулатура живота в значительной степени ослаблена. Кроме того, постановка диагноза острого аппендицита у беременных женщин осложняется тем, что слепая кишка и червеобразный отросток смещены увеличенной маткой.

Клинический пример. Пациентка Н. 21 год проживающая в городе Ижевск неработающая.

20.10.12 г. экстренно поступила в родильный дом №5 г. Ижевска с жалобами

на боли в правом фланге, схваткообразного характера с иррадиацией в поясничную область справа. Тошноты, рвоты нет. Температура тела 36,6°C. Заболела примерно в 15.30 20.10.12 г. без видимых причин, впервые. Положение активное, беспокойна, не находит себе место, «придерживает» правый бок. Кожа физиологической окраски, язык влажный, имеется белый налет. Живот увеличен за счет беременной матки, мягкий, болезненный в правом фланге. Симптом Щеткина–Блюмберга, аппендикулярные симптомы отрицательны. Симптом сотрясения слабо положительен справа. Перистальтика выслушивается. Симптом Мейо-Робсона отрицательный. Заключение: на момент осмотра данные за экстренную хирургическую патологию в брюшной полости сомнительные. Кишечная колика, почечная колика справа.

Данные лабораторно-инструментальных исследований:

1. УЗИ и УЗДГ. Заключение: беременность 31–32 недели. Преэклампсия легкой степени. Подозрение на острый аппендицит. Под вопросом перекут ножки кисты,

почечная колика, преждевременная отслойка плаценты.

2. Осмотр хирургом : данных за острый аппендицит нет; урологом: данных за почечную колику нет; гинекологом: данных за перекрут кисты и преждевременной отслойки плаценты нет.

21.10.12 г. экстренно поступила в дежурную хирургию 1 РКБ, где находилась на стационарном лечении в хирургическом отделении с 21.10.12 г. по 27.10.12 г. с диагнозом: Катаральный аппендицит. Беременность 29–30 недель.

Жалобы при поступлении: на боли в правом фланге с радиацией в поясничную область справа. Двухкратная рвота желчью. Боли постоянные. Мочеиспускание в норме. Температура тела 37,5 С. Состояние средней степени тяжести. Положение активное. Кожа физиологической окраски, язык влажный. Живот увеличен за счет беременной матки, мягкий, болезненный в правом фланге и подвздошной области. Аппендикулярные симптомы положительные. Диагноз: острый аппендицит.

Данные лабораторно-инструментальных исследований: в анализе крови (21.10.2012 г.) лейкоцитоз и увеличение СОЭ 17 мм/ч.

Выполнено оперативное вмешательство под наркозом, разрезом Волковича-Дьяконова вскрыта брюшная полость, брюшина блестящая, выпота нет. Купол слепой кишки выведен в рану. Аппендикс 9·1,0 см. Расположен медиоцикально, выведен в рану, сероза тусклая, утолщена, сосуды инъецированы. Брыжейка аппендикса поэтапно перевязана, пересечена. Аппендикс пережат у основания, перевязан кетгутом, отсечен. Культия его погружена в стенку слепой кишки кистетным и Z-образным швом. Контроль гемостаза – сухо. В малом тазу серозный экссудат – осушен. Послойно швы на рану, спиртовая асептическая повязка.

Методы и материалы исследования. Проведен анализ 12 историй болезни среди беременных, находящихся в хирургическом отделении в 2012 году.

Возраст беременных: 20–24 года – 3 человека, 25–29 лет – 4 человека, 30–34 года – 3 человека, 35–40 лет – 2 человека. Триместр беременности:

I триместр – 2 человек, II триместр – 2 человека, III триместр – 8 человек.

Частота встречаемости определенных видов аппендицитов: катаральный аппендицит – 50%, флегманозный аппендицит – 25%, гангренозный перфоративный аппендицит – 8,3%, К38.9 Болезнь аппендикса неуточненная – 8,3%, некроз участка большого сальника – 8,3%.

7 из 12 беременных при поступлении предъявляли жалобы на постоянные ноющие боли в правой подвздошной области. У 5 из 12 беременных бала температура в пределах 37,5–38,0°C. Тошнота и рвота наблюдалась у 4 из 12.

Оперативные вмешательства: аппендэктомия (азрез по Волковичу-Дьяконову) – 9 беременных; лапаротомия, кесарево сечение, аппендэктомия, экстирпация матки с трубами, санация, дренаж брюшной полости – 1 беременная; лапаротомия, кесарево сечение, резекция некротического участка большого сальника, дренаж брюшной полости – 1 беременная; выписана на стационарное лечение в родильном доме – 1 человек.

Вывод. Проанализировав истории болезни и проблему аппендицита во время беременности, мы сделали вывод, что при беременности аппендицит может протекать со «стертой» клиникой, поэтому такие пациентки при жалобах на боли в животе, повышение температуры тела, тошноту и рвоту, должны быть обязательно госпитализированы, полностью обследованы. А в последующем получить правильное лечение.

Список литературы

1. Введенский К.К. Острый аппендицит и беременность // Акушерство и гинекология. – 1953. – №1. – С.68–71.
2. Греков И.И. Об аппендиците и беременности // Избранные труды. – Л., 1952. – С. 187.
3. Дехтярь Е.Г. Острый аппендицит у женщин. – М., Медицина, 1971. – С.192.
4. Стяжкина С.Н., Ситников В.А., Климентов М.Н. Острый аппендицит: учебное пособие. – Ижевск, 2012. – С. 50.
5. Острый панкреатит у беременных и в раннем послеродовом периоде при метаболическом синдроме / С.Н. Стяжкина, А.В. Леднева., Е.В. Третьякова, В.И. Коробейников, В.М. Виноходова, М.Л. Черненкова, М.В. Султанова // Анналы хирургической гепатологии. – 2013., Т. 18. – №1.
6. Стяжкина С.Н., Максимов С.Ю., Кабанова Е.П., Акимов А.А. Хронический панкреатит – причины панкреонекроза у беременных и в послеродовом периоде // Успехи современного естествознания. – 2013. – №9.