

Баранник С. І.

*доктор медичних наук, професор кафедри загальної хірургії
ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»*

Бондаренко М. М.

*доктор медичних наук, професор
ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»*

Задорожний В. В.

*асистент кафедри загальної хірургії
ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»*

Чекан Л. О.

*лікар-хірург вищої категорії, завідувачий відділенням хірургії
КЗ «Дніпропетровське клінічне об'єднання швидкої медичної допомоги» ДОР*

Шевцов В. М.

*лікар-хірург вищої категорії
КЗ «Дніпропетровське клінічне об'єднання швидкої медичної допомоги» ДОР*

КЛІНІЧНИЙ ПЕРЕБІГ, ДІАГНОСТИКА І ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО АПЕНДИЦИТУ У ПЕРШІЙ ПОЛОВИНІ ВАГІТНОСТІ

Анотація: Стаття присвячена проблемі гострого апендициту у першій половині вагітності. Рання діагностика і своєчасне хірургічне лікування дозволяє отримати позитивний результат лікування, запобігти розвитку можливих ускладнень, зберегти вагітність і створити умови для подальшого нормального її перебігу. Діагностика захворювання, вибір тактики лікування і ведення у післяопераційному періоді проводиться сумісно із лікарями гінекологами. Підготовку до операції і ранній післяопераційний період слід проводити в умовах відділення реанімації і інтенсивної терапії.

Анотация: Статья посвящена проблеме острого аппендицита в первой половине беременности. Ранняя диагностика и своевременное хирургическое лечение позволяет получить положительный результат лечения, предупредить развитие возможных осложнений, сохранить беременность и создать условия для дальнейшего нормального ее течения. Диагностика заболевания, выбор тактики лечения в послеоперационном периоде необходимо проводить совместно с врачами гинекологами. Подготовка к операции и ранний послеоперационный период проводят в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии.

Summary: The work is devoted an acute appendicitis problem in first half of pregnancy. Early diagnostics and timely surgical treatment allows to receive positive result of treatment, to warn development of possible complications, to keep pregnancy and to create conditions for the further its normal current. Disease diagnostics, a choice of tactics of treatment in the postoperative period it is necessary to spend together with doctors gynecologists. Preparation for operation and the early postoperative period spend in the conditions of branch of resuscitation and intensive therapy.

Актуальність. Гострий апендицит – найбільш розповсюджене хірургічне захворювання у вагітних, яке може загрожувати життю матері і плоду. Під час вагітності це захворювання зустрічається у 0,03-5,20% випадків. На першу половину вагітності перепадає $\frac{3}{4}$ всіх спостережень гострого апендициту [1, с. 60; 2, с. 98]. За даними різних авторів, перфорація червоподібного відростку спостерігається у 14% оперативних втручань. При цьому в більшості випадків тривалість захворювання перебільшує 24 години [3, с. 356]. Під час вагітності діагностика гострого апендициту, як і інших захворювань, які супроводжуються симптомами «гострого черева», має певні труднощі. Це обумовлює достатньо високий відсоток діагностичних помилок. Так, на догоспітальному етапі тільки у 42,9% вагітних встановлюють діагноз «гострий апендицит» [4, с. 45; 5, с. 509]. Тому, визначення особливостей перебігу гострого апендициту у вагітних, його рання діагностика і своєчасна хірургічна допомога є достатньо актуальним питанням, вирішення якого дозволяє отримати позитивний результат лікування і запобігти розвитку небажаних ускладнень.

Метою дослідження є визначення особливостей перебігу гострого апендициту у вагітних першої половини вагітності, та вплив їх на своєчасну ранню діагностику і хірургічну допомогу при цій патології.

Матеріали і методи досліджень. Нами проведений аналіз перебігу і особливості діагностики гострого апендициту у 86 жінок у першій половині вагітності (до 22 тижнів), які отримували лікування у Клінічному об'єднанні швидкої медичної допомоги м. Дніпропетровська в період 2011-2014 рр. Вік жінок складав 18-32 роки (в середньому 21,4 років). У 59 жінок була перша вагітність, у 22 – друга, у 5 – третя.

Всі жінки після госпіталізації були оглянуті сумісно лікарями хірургом і гінекологом для остаточного вирішення діагнозу і визначення тактики лікування. Проводили клінічне лабораторне дослідження крові, сечі, проводили ультразвукове дослідження органів черевної порожнини та позаочеревинного простору для виключення можливої супутньої патології та проведення диференційної діагностики. Через шкідливий вплив променевого навантаження, рентгенологічне дослідження не застосовували. Після підтвердження діагнозу «гострий апендицит» виконували оперативне втручання в обсязі апендектомії класичним способом. Під час підготовки до операції і протягом 1-3 діб післяопераційного періоду хворі перебували на лікуванні у відділенні реанімації і інтенсивної терапії під наглядом хірурга і гінеколога.

Результати дослідження і їх обговорення. Найбільш розповсюдженими ознаками гострого апенди-

циту у наших хворих були відчуття болю та біль при пальпації у правій здухвинній області (у 92,4%), нудота і блювання (у 54,3%), підвищення температури тіла до 38°C (у 47,7%) та лейкоцитоз понад 7,3х10⁹/л із зсувом лейкоцитарної формули та лімфопенією (у 68,5%).

У 18 жінок, які перебували у строку вагітності 20-22 тижні відзначали деяке зміщення болю вище типової локалізації через тиску вагітної матки на слипу кишку.

Через те, що притаманні для гострого апендициту ознаки можуть бути обумовлені самою вагітністю, або раннім токсикозом вагітних (нудота, підвищений лейкоцитоз, блювота, закріпи), а в деяких випадках диспептичні явища навіть зовсім відсутні, важливого значення набуває сумісний огляд і цілеспрямоване обстеження вагітних хірургом і гінекологом. Особливо, якщо треба проводити диференційний діагноз із загрозою передчасного переривання вагітності.

Майже у всіх жінок використовували ультразвукове дослідження органів черевної порожнини та заочеревинного простору для можливого виключення іншої хірургічної та акушерсько-гінекологічної патології (холецистит, панкреатит, перекрут ніжки кісти яєчника, загрози викидня, відслоювання плаценти тощо) а також для уточнення факту вагітності і її строку. При цьому, у 28 вагітних (із строком вагітності 18-22 тижні) спостерігали помірне розширення обох сечоводів, яке було обумовлене тиском вагітної матки і гормональними причинами вагітності. До того ж слід зазначити, що точність і специфічність сонографії при діагностиці гострого апендицита складають відповідно 96 і 98%. Для поліпшення візуалізації червоподібного відростка використовували дозовану компресію лінійним датчиком при трансабдомінальному дослідженні, що дозволило у 57 випадках визначити збільшення товщини відростку і у 21 випадку визначити присутність випоту у правій здухвинній ямці. В жодному випадку не застосовували рентгенологічного обстеження.

Слід зазначити, що на якість діагностичного процесу гострого апендициту впливає також психологічний стан вагітних. Турбота жінки за перебіг бажаної вагітності (особливо першої), а також можливий негативний вплив оперативного втручання на розвиток плода заважають їй правильно оцінити ситуацію довірливо надавати лікарям правильну інформацію щодо власних скарг і стану власного здоров'я. У 23 випадках ми спостерігали «приховування» і «замов-

чування» певних скарг при динамічному спостереженні, тоді як об'єктивні дані та місцевий статус мали негативний розвиток. Довірливі стосунки лікарів із вагітними жінками, доступне роз'яснення важливості своєчасного і повного лікування гострого апендициту, залучення родичів вагітних до цього дозволило переконати їх у правильності діагнозу і обраної тактики лікування.

У сумнівних випадках проводили динамічне спостереження за хворими сумісно із лікарями гінекологами, динамічне виконання і оцінювання лабораторних показників крові, у 38 випадках проводили лікарські консіліуми для встановлення діагнозу і вироблення тактики лікування.

При госпіталізації діагноз гострого апендициту був встановлений у 54 випадках, у 30 – протягом перших 6 годин динамічного спостереження і додатково обстеження, у 2 – протягом 12 годин.

Всі вагітні з встановленим діагнозом гострий апендицит прооперовані під загальним знеболенням традиційним хірургічним способом із розтину за Волковичем-Дияконовим в об'ємі апендектомії. У 3 випадках операцію завершили тимчасовим дренируванням черевної порожнини. У 57 випадках під час операції діагностовано катаральну форму апендициту, у 27 – флегмонозну, у 2 – гангренозну.

Післяопераційний період протягом 1-3 діб прооперовані жінки проводили у відділенні реанімації і інтенсивної терапії. До інтенсивної терапії включали адекватну знеболювальну терапію, за показаннями використовували антибіотики (перевагу мали антибіотики з мінімальним можливим впливом на плід дитини), обов'язково застосовували спазмолітичні препарати для запобігання збільшення тону мати і усунення підґрунтя до можливого самовільного переривання вагітності. Ускладнень у післяопераційному періоді не спостерігали.

Висновки. Проблема гострого апендициту у першій половині вагітності складає важливу проблему серед гострих хірургічних захворювань черевної порожнини. Рання діагностика і своєчасне хірургічне лікування дозволяє отримати позитивний результат лікування, запобігти розвитку можливих ускладнень, зберегти вагітність і створити умови для подальшого нормального її перебігу. Діагностика захворювання, вибір тактики лікування і ведення у післяопераційному періоді проводиться сумісно із лікарями гінекологами. Підготовку до операції і ранній післяопераційний період слід проводити в умовах відділення реанімації і інтенсивної терапії.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Совцов С.А. Острый аппендицит: спорные вопросы / С.А. Совцов // Хирургия. – 2002. – № 1. – С. 59-61.
2. Стрижаков А.Н. Беременность и острый аппендицит / А.Н. Стрижаков, А.Г. Асланов, М.В. Рыбин // Вопросы акушерства, гинекологии и перинатологии. – 2003. – №1. – С. 97-100.
3. Guttman R.I. Appendicitis during pregnancy / R.I. Guttman, R.D. Goldman, G.V. Koren // Can Fam Physician. – 2004. – № 50. – P. 355-357.
4. Бондаренко М.М. Клінічні аспекти перебігу, діагностики і лікування гострого апендициту у першій половині вагітності / М.М. Бондаренко, С.І. Баранник, Т.М. Солов'євська, Г.М. Чабаненко // У кн.: Здобутки клінічної і експериментальної медицини. Матеріали підсумкової науково-практичної конференції. – Тернопіль, 2011. – С. 45-46.
5. Uebeil Tueck T. Ninety-four appendectomies for suspected acute appendicitis during pregnancy / T. Uebeil Tueck, A. Koch, L. Meyer, M. Hinkel // World J Surg. – 2004. – № 28(5). – P. 508-511.