

---

---

## В помощь практическому врачу

---

---

УДК 618.2+616.346.2-002-089

### **ОПЫТ РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЯ ЭКСТРЕННОЙ И ПЛАНОВОЙ КОНСУЛЬТАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ У БЕРЕМЕННЫХ**

**Ю. И. Верушкин<sup>1\*</sup>**, кандидат медицинских наук,  
**О. В. Тарасов<sup>2</sup>**,  
**А. Н. Терехов<sup>1</sup>**,  
**Д. П. Лейбович<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России, 153012, Россия, г. Иваново, Шереметевский просп., д. 8

<sup>2</sup> ОБУЗ «Ивановская областная клиническая больница», 153040, Россия, г. Иваново, ул. Любимова, д. 1

<sup>3</sup> ОБУЗ «Шуйская центральная районная больница», 155900, Россия, Ивановская обл., г. Шуя, ул. Металлистов 1-я, д. 1а

**РЕЗЮМЕ** Проанализированы истории болезни 108 беременных с острым аппендицитом, проконсультированных специалистами отделения экстренной и плановой консультативной помощи (санитарной авиации) за 1975–2011 гг. Результаты позволяют заключить, что при госпитализации беременных с острым аппендицитом в хирургические отделения целесообразно включать акушера-гинеколога в состав консилиума. Совместно выбранная, рациональная лечебная тактика ведения беременных с острым аппендицитом улучшает диагностику и непосредственные результаты хирургического лечения.

**Ключевые слова:** экстренная хирургическая помощь, отделение экстренной и плановой консультативной помощи, ЭПКМП, беременные, оперативное вмешательство.

\* Ответственный за переписку (*corresponding author*): [yverushkin@mail.ru](mailto:yverushkin@mail.ru)

Акушерско-хирургический аспект острого аппендицита не теряет своей актуальности, о чем говорит частота неотложных хирургических вмешательств у беременных [3]. Важно отметить, что у четверти больных после проведения аппендэктомии развивается угроза прерывания беременности, а в ряде случаев она заканчивается прерыванием беременности [4]. Летальность у беременных с острым аппендицитом в 10 раз выше, чем при аппендиците вне беременности.

В связи с этим представляет интерес опыт работы отделения экстренной и плановой консультативной медицинской помощи (ЭПКМП) по оказанию помощи беременным с острым аппендицитом.

Проведен ретроспективный анализ историй болезни 108 беременных с острым аппендицитом, из них первично прооперированы 77. К первой группе были отнесены 42 женщины, которых консультировали хирурги отделения ЭПКМП в усло-

---

Yu. I. Verushkin, O. V. Tarasov, A. N. Terekhov, D. P. Leibovich

#### **THE EXPERIENCE OF URGENT AND PLANNED CONSULTATIVE MEDICAL AID UNIT WORK IN WOMEN WITH PREGNANCY AND ACUTE APPENDICITIS**

**ABSTRACT** The authors analyzed case histories of 108 pregnant women with acute appendicitis who were consulted by the specialists of urgent and planned consultative unit (aviation medicine) in 1975–2011 years. The obtained results allowed to come to the conclusion that it was advisable to insert an obstetrician-gynecologist in the consultation board in hospitalization of pregnant women with acute appendicitis. Jointly selected rational medicinal tactics in the treatment for the pregnant women with acute appendicitis improved the diagnosis and direct results of the surgical treatment.

**Key words:** emergency surgical aid, emergency and planned consultative aid unit, pregnant women, operative intervention.

виях ЦРБ. На месте прооперированы 35 человек. Вторую группу составили 39 женщин, которые были эвакуированы в ОКБ и хирургические клиники городского подчинения, из них прооперированы 26 пациенток, в том числе при участии специалистов гинекологического профиля – 6. В третью группу вошли 27 женщин, которые были проконсультированы, и из них 16 прооперированы хирургами-консультантами совместно с акушерами-гинекологами в условиях НИИ материнства и детства и ЦРБ (табл. 1).

Проведение оперативных вмешательств в первой группе больных обусловлено своевременной диагностикой острого аппендицита, во второй – трудностями диагностики и тяжестью предстоящей операции в поздние сроки беременности, в третьей – диагностикой аппендицита специалистами НИИ при проведении родоразрешающих операций и нетранспортабельностью больных.

Гангренозный аппендицит имел место у 29 (37,7%), флегмонозный – у 36 (46,7%), катаральный – у 12 (15,6%). Деструктивные формы аппендицита осложнялись перфорацией отростка у 4 женщин, перитонитом – у 7, кишечной непроходимостью – у 3.

При деструктивных формах аппендицита оперативное вмешательство выполнялось под эндотрахеальным наркозом, при этом, как правило, операция начиналась доступом в правой подвздошной области. При диагностике разлитого перитонита в обязательном порядке выполнялась срединная лапаротомия. В этих случаях первый разрез использовался для дополнительного дренирования брюшной полости.

При первичной диагностике разлитого перитонита оптимальным доступом является широкая срединная лапаротомия, которая позволяла определить распространенность воспалительного процесса, выполнить тщательную ревизию брюшной полости, провести адекватное ее дренирование. После ликвидации кишечной непроходимости операция заканчивалась трансназальной интубацией петель тонкого кишечника.

В большинстве наблюдений (53) выполнялась аппендэктомия, которая у каждого четвертого дополнялась дренированием брюшной полости. В одном случае, в связи с невозможностью выполнить ушивание культи червеобразного отростка, была произведена аппендэктомия с выведением дефекта в куполе слепой кишки на переднюю брюшную стенку в виде цекостомы. При гангренозном перфоративном аппендиците и перитоните, высоком риске распространения воспалительного процесса на матку проводили ее экстирпацию (12,9%).

На фоне проведенного оперативного вмешательства по поводу острого аппендицита преждевременные роды в сроки от 28 до 37 недель наблюдались у 4 женщин, из них женщин с первыми родами было 3, повторно рожавших – 1. В 10 наблюдениях проведены родоразрешающие мероприятия. Самостоятельные роды в ближайшие сроки после удаления червеобразного отростка произошли у 6 женщин. Лишь в одном случае у больной при сроке беременности 6 месяцев после операции по поводу острого флегмонозного аппендицита возникла клиническая картина угрожающего выкидыша, и ее перевели в гинекологическое отделение ЦРБ.

В 2 наблюдениях диагностирован аппендикулярный инфильтрат. Хирургическая тактика при подобной ситуации должна быть строго дифференцированной в зависимости от стадии развития гнойного процесса.

В ходе проведения операций во второй группе больных оперирующему хирургу приходится выбрать одну из тактик:

1. Проведение симультантных операций собственными силами.
2. Привлечение к консультации и операции акушера-гинеколога с последующим выполнением ими необходимого объема оперативного вмешательства совместно с хирургом.

По нашему мнению, второй вариант тактического поведения хирурга более целесообразен и оправдан в случаях, когда необходимо проведение крупных операций гинекологического профиля (ампутация матки, кесарево сечение и т. д.). В этих наблюдениях операция должна продолжаться и завершаться гинекологами при непосредственном участии хирурга-консультанта.

Необходимость участия хирурга отделения ЭПКМП в операции у больных третьей группы обусловлена интраоперационным обнаружением измененного червеобразного отростка (у 7 женщин), наличием противопоказаний к транспортировке больных, поздними сроками беременности. Двое больных данной группы после аппендэктомии и надвлагалищной ампутации матки прооперированы в условиях НИИ повторно по поводу несостоятельности швов культи червеобразного отростка (1 пациентка) и абсцесса брюшной полости (1 пациентка).

Основной причиной вызова (выезда) врача-консультанта отделения ЭПКМП к больным гинекологического профиля остается необходимость проведения оперативных вмешательств на месте при отсутствии специалиста общехирургического профиля (в 32,4% наблюдений). Другими причи-

нами вызова были: неясность клинического диагноза (25,2%), тяжесть предстоящей операции (26,7%), интраоперационные находки (9,3%). Необоснованный вызов к женщинам данной группы имел место в 7,5% наблюдений. В 12 случаях вызов (выезд) акушера-гинеколога был непрофильным – в ходе консультации гинекологическая патология была отвергнута и был диагностирован острый аппендицит, что потребовало выезда хирурга отделения ЭПКМП. Повторный вызов осуществлен к 7 больным, из них 5 были эвакуированы в ОКБ.

В нашей практике при определении объема неотложной хирургической специализированной помощи беременным в условиях ЦРБ с острым аппендицитом мы исходили из оценки следующих факторов: времени, прошедшего с момента начала заболевания, особенностей течения болезни, условий, в которых оказывалась помощь, тяжести состояния больных, их транспортабельности и возможности привлечения бригады врачей. При этом мы допускали прохождение больными не более двух этапов. Первый – больница, где пациентка впервые проконсультирована хирургом отделения ЭПКМП и проведены лечебно-диагностические мероприятия, включая операции на месте (ЦРБ). Второй – другая больница, куда перенаправляется больная и где она должна получить полный и окончательный объем квалифицированной хирургической или акушерско-гинекологической помощи (ОКБ или НИИ материнства и детства).

Хирургические болезни у беременных доставляют врачу двойное беспокойство, так как под угрозой одновременно находятся жизни двух больных – матери и плода. Госпитализация больных в гинекологическое отделение часто создает много сложностей диагностического и лечебного характера. Исходя из этого, считаем целесообразным беременных с подозрением на острый аппендицит первоначально госпитализировать в хирургические отделения.

Необходимость в транспортировке больных первой группы возникала в 16,7% наблюдений. Она была обусловлена ранними послеоперационными осложнениями, возникшими в результате диагностических ошибок, неадекватной санации и дренирования брюшной полости. Если больные были транспортабельны, их эвакуировали из ЦРБ авиа- или автотранспортом в сопровождении врачей-консультантов в учреждения областного центра. Считаем нецелесообразным оставлять таких больных на месте, поскольку, как правило, в последующем требовался повторный выезд, а операция при этом выполнялась в более сложных условиях.

Наличие клинической картины перитонита являлось противопоказанием к транспортировке и требовало проведения оперативного вмешательства на месте. У 13 (12,1%) беременных, находившихся под наблюдением хирургов, диагноз острого аппендицита был отвергнут. Для дальнейшего наблюдения они были возвращены в НИИ материнства и детства, где находились до выздоровления. В то же время 11 женщин, у которых в условиях НИИ диагностировали острый аппендицит, транспортированы в ближайшее хирургическое отделение областного центра, где и были прооперированы. Летальных исходов среди эвакуированных больных не зафиксировано.

Диагностика острого аппендицита в первой половине беременности для хирурга-консультанта не представляет затруднений, но во второй половине она очень затруднена, так как характерные признаки (боли в животе, интоксикация и т. д.) могут скрываться под маской развивающейся беременности. Особое внимание необходимо обращать на жалобы и анамнез. Наиболее трудной представляется диагностика аппендицита в послеродовом периоде, так как при этом могут наслаиваться другие симптомы, связанные с развитием болей. В таких случаях хирурги отделения ЭПКМП приглашают на консультацию акушера-гинеколога. В 18 случаях выезд хирурга в ЦРБ осуществлен совместно с акушером-гинекологом областного учреждения, в 11 – женщины были осмотрены совместно с акушером-гинекологом районной больницы. Такая тактика давала возможность своевременно диагностировать острый аппендицит у беременных, вовремя провести необходимые исследования, выбрать оптимальный метод оперативного вмешательства, решить вопрос о целесообразности транспортировки. Считаем, что именно активная тактика выявления острого аппендицита в группе беременных и адекватная оценка состояния беременной женщины предопределяли исходы экстренного хирургического лечения.

В последние годы с целью уточнения диагноза острого аппендицита у беременных широко стала использоваться диагностическая лапароскопия. Наши данные подтверждают надежность лапароскопического исследования для подтверждения диагноза острого аппендицита. Считаем, что необходимо прибегнуть к этому методу, если после применения всех доступных неинвазивных методов исследования диагноз острого аппендицита остается сомнительным. У 12 женщин она позволила подтвердить диагноз острого аппендицита, а у 4 – диагностировать другую экстренную патологию (острый холецистит, панкреатит).

Использование ультразвукового исследования при диагностике хирургической патологии у беременных в условиях районной больницы не всегда возможно. И все-таки у 3 беременных использование УЗИ позволило подтвердить диагноз острого аппендицита. Излишним считаем проведение рентгенологического исследования у беременных для подтверждения клиники кишечной непроходимости.

При затруднениях в диагностике острой хирургической патологии в поздние сроки беременности (от 34 до 38 недель) в 7 наблюдениях мы вынужденно прибегали к диагностической лапаротомии, которая являлась последним этапом в установлении окончательного диагноза. Решая вопрос о выполнении диагностической лапаротомии, необходимо тщательно взвесить показания и риск осложнений – гибели плода, самопроизвольного аборта, рождения недоношенного ребенка.

Снижению удельного веса послеоперационных осложнений у беременных острым аппендицитом, способствует сокращение времени, прошедшего от начала заболевания до момента операции. Задержка при оказании хирургического пособия в основном была обусловлена несвоевременным обращением беременных за медицинской помощью (47,6%), диагностическими ошибками, допущенными на догоспитальном этапе (27,2%) и в стационаре (11,2%). Поздний вызов (свыше суток от начала заболевания) к больным осуществлен в 15,4% случаях. В то же время в 99,1% наблюдений выезд консультанта выполнен в первый час с момента поступления вызова в отделение ЭПКМП.

Послеоперационные осложнения диагностированы у 27 (35,1%) женщин, в том числе у 4 – пери-

тонит, у 3 – спаечная кишечная непроходимость, у 2 – эвентрация кишечника, у 1 – несостоятельность швов культи червеобразного отростка, у 2 – абсцесс брюшной полости, у 6 – нагноение послеоперационной раны. Из них повторно прооперированы 11 больных. Из акушерских осложнений имели место преждевременные роды – у 4 женщин, гибель плода – у 3, отслойка плаценты – у 1, угрожающий выкидыш – у 1.

Послеоперационная летальность составила 1,29%. Умерла женщина 20 лет, оперированная в условиях ЦРБ по поводу гангренозного перфоративного аппендицита, перитонита на фоне беременности сроком 17 недель. Хирургами районной больницы выполнена аппендэктомия, санация и дренирование брюшной полости. Послеоперационное течение было тяжелым, развилась кишечная непроходимость, прогрессировал перитонит. Больная была эвакуирована в областное учреждение, где было выполнено повторное оперативное вмешательство. Причинами летального исхода в данном случае следует считать поздний вызов консультанта на фоне ухудшения клинической картины перитонита.

Таким образом, при госпитализации беременных с острым аппендицитом в хирургические отделения считаем целесообразным привлечение акушера-гинеколога в состав консилиума. Совместно выбранная рациональная лечебная тактика ведения беременных с острым аппендицитом позволяет улучшить диагностику и непосредственные результаты хирургического лечения. Диагностическая лапаротомия должна оставаться операцией выбора в практике хирурга отделения ЭПКМП при оказании экстренной помощи беременным с острым аппендицитом в условиях ЦРБ.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Верушкин, Ю. И. Хирургическая тактика врача-консультанта отделения санитарной авиации / Ю. И. Верушкин, А. А. Бабаев. – Иваново, 1995. – 272 с.
2. Кулемин, В. В. О работе отделения экстренной и планово-консультативной помощи / В. В. Кулемин, Ю. И. Верушкин, Е. П. Коноплев // Здоровоохранение Российской Федерации. – 1983. – № 10. – С. 15–17.
3. Самойлова, Ю. А. Клиника, диагностика, акушерская и хирургическая тактика у беременных с острым аппендицитом : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.01 : 14.00.27 / Самойлова Юлия Александровна. – М., 2007. – 24 с.
4. Шаймарданов, Р. Ш. Профилактика и медикаментозная коррекция угрозы прерывания у беременных, перенесших аппендэктомию / Р. Ш. Шаймарданов // Анналы хирургии. – 2010. – № 5. – С. 58.