АКУШЕРСТВО ГИНЕКОЛОГИЯ РЕПРОДУКЦИЯ

Включен в перечень ведущих
рецензируемых журналов и изданий ВАК

2016 • Том 10 • № 3

OBSTETRICS, GYNECOLOGY AND REPRODUCTION

ISSN 2313-7347

2016 Vol. 10 No 3

www.gynecology.ru

Данная интернет-версия статьи была скачана с сайта <http://www.gynecology.ru>. Не предназначено для использования в коммерческих целях.
Информацию о репринтах можно получить в редакции. Тел.: +7 (495) 649-54-95; эл. почта: info@gibis-1.ru. Copyright © 2016 Издательство ИРБИС. Все права охраняются.

СЛУЧАЙ ДЕСТРУКТИВНОГО АППЕНДИЦИТА У БЕРЕМЕННОЙ СО СЛОЖНОЙ АКУШЕРСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Хасанов А.Г.¹, Журавлев И.А.², Бадретдинова Ф.Ф.¹, Мамедова О.К.²

¹ ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Уфа

² Городская клиническая больница №8 г. Уфы

Резюме

Осложнение течения беременности острым аппендицитом создает сложную акушерско-хирургическую ситуацию. Дополнительные трудности появляются, когда острая хирургическая патология возникает на фоне тяжелой акушерской патологии при больших сроках беременности. Случаи развития острого аппендицита на фоне тяжелой акушерской патологии в виде центрального предлежания и истинного приращения плаценты при многоплодной беременности в литературе не описаны. Поэтому данный клинический случай представляет практический интерес.

Ключевые слова

Острый аппендицит, центральное предлежание, истинное приращение плаценты.

Статья поступила: 22.04.2016 г.; в доработанном виде: 24.05.2016 г.; принята к печати: 14.09.2016 г.

Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии необходимости раскрытия финансовой поддержки или конфликта интересов в отношении данной публикации.

Все авторы сделали эквивалентный вклад в подготовку публикации.

Для цитирования

Хасанов А.Г., Журавлев И.А., Бадретдинова Ф.Ф., Мамедова О.К. Случай деструктивного аппендицита у беременной со сложной акушерской патологией. Акушерство, гинекология и репродукция. 2016; 3: 66-69.

THE CASE OF DESTRUCTIVE APPENDICITIS PREGNANT WITH COMPLICATED OBSTETRICAL PATHOLOGY

Khasanov A.G.¹, Zhuravlev I.A.², Badretdinova F.F.¹, Mamedova D.C.²

¹ Bashkir State Medical University, Ufa

² City clinical hospital №8 of Ufa

Summary

Complication of pregnancy acute appendicitis creates complex obstetric and surgical situation. Additional difficulties occur when acute surgical pathology occurs against a background of severe obstetric pathology for longer periods of

pregnancy. The cases of acute appendicitis on the background of severe obstetric pathology in the form of a Central previa and true increment of the placenta in multiple pregnancies described in the literature. Therefore this case is actual.

Key words

Acute appendicitis, the Central presentation, a true increment of the placenta.

Received: 22.04.2016; **in the revised form:** 24.05.2016; **accepted:** 14.09.2016.

Conflict of interests

The authors declared that they do not have anything to disclosure regarding funding or conflict of interests with respect to this manuscript.

All authors contributed equally to this article.

For citation

Khasanov A.G., Zhuravlev I.A., Badretdinova F.F., Mamedova D.C. The case of destructive appendicitis pregnant with complicated obstetrical pathology. *Akusherstvo, ginekologiya i reproduksiya* / *Obstetrics, gynecology and reproduction*. 2016; 3: 66-69 (in Russian).

Corresponding author

Address: ul. Chernyshevskogo, 160A, Ufa, Russia, 450078

E-mail: hasanovag@mail.ru (Khasanov A.G.).

Введение

Осложнение течения беременности острым аппендицитом, особенно при больших сроках гестации, создает сложную акушерско-хирургическую ситуацию [1]. Сложность ситуации, прежде всего, связана с трудностями диагностики острого аппендицита, ограниченными возможностями применения видеозондоскопических технологий и выбором оптимальной лечебной тактики [2]. Дополнительные трудности появляются, когда острая хирургическая патология возникает на фоне тяжелой акушерской патологии. В доступной нам литературе описания случаев развития острого аппендицита на фоне тяжелой акушерской патологии мы не встречали. Поэтому данный случай представляет практический интерес.

Беременная С., 34 года (история болезни №13724-2993) поступила по линии скорой медицинской помощи 28.10.15 г. в 6.50 в хирургическое отделение ГKB № 8 г. Уфы с диагнозом «острый аппендицит?». Беременность 35-36 нед. Роды – II. Угроза прерывания беременности. Из анамнеза: заболела 2 ч назад, остро, когда появились боли в правой подвздошной области, тошнота, сухость во рту. При объективном исследовании – состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски, имеются отеки нижних конечностей. АД – 130/80 мм рт. ст. Пульс – 86 уд. в мин. Язык суховат. Живот соответствует сроку 35 нед. беременности, участвует в акте дыхания. Пальпаторно определяется

локальная болезненность и напряжение в правой подвздошной области. Симптомы Щеткина-Блюмберга в правой подвздошной области, Ситковского, Бартомье-Михельсона, Воскресенского – слабоположительные. Анализы крови при поступлении: эритроциты – $3,34 \times 10^{12}/л$; Hb – 110 г/л; гематокрит – 30,0%; тромбоциты – $200 \times 10^9/л$. Общий анализ мочи в норме. Лейкоцитов в крови – $9,0 \times 10^9/л$. При совместном осмотре дежурного старшего хирурга и акушера-гинеколога выставлен диагноз: «острый аппендицит?» Беременность – 34-35 нед. Дихориальная диамниотическая двойня. Центральное предлежание плаценты. Угроза преждевременных родов. Водянка. Соп.: осложненный соматический анамнез. Рубец на матке. Ожирение III. Учитывая невыраженность клинической картины, малые сроки заболевания, решено вести динамическое наблюдение.

Из акушерского анамнеза выявлено: 1-я беременность в 2001 г. – замершая беременность, выполнено выскабливание полости матки, без осложнений.

2-я беременность – срочные роды путем кесарева сечения, родилась двойня с массой: $m_1=3280$ г, $m_2=2890$ г, б/о; 3-я и 4-я беременности закончились медицинским абортom без особенностей. Настоящая беременность – по счету 5-я. Течение беременности в первой половине осложнилось токсикозом, при сроке в 13 нед. – угроза прерывания (стационарное лечение), во второй половине – анемия беременных; в 23 нед. –

кандидозный кольпит (амбулаторное лечение); 24 нед. – гиперкоагуляционный синдром; 28-29 нед. – ОРВИ; 32 нед. – водянка (стационарное лечение); 34-35 нед. – ОРВИ без температурной реакции и без антибиотиков. В течение настоящей беременности наблюдался рецидивирующий кольпит. Прибавка массы тела – 7 кг.

При ультразвуковом исследовании при сроке беременности 32 нед. установлено центральное предлежание плаценты, дихориальная диамниотическая двойня. При динамическом наблюдении локальная клиника стала более выраженной и появились кровянистые выделения из половых путей, отмечалось некоторое нарастание лейкоцитов в крови – более $10,4 \times 10^9/\text{л}$.

В 9.00 ч организован консилиум врачей, во время которого выставлен диагноз: «острый аппендицит; беременность – 35 нед.; центральное предлежание плаценты; дихориальная диамниотическая двойня; тазовое предлежание I плода; нефропатия I; анемия I ст.; ожирение III степени (вес – 120 кг)».

Учитывая нарастающую клинику острого аппендицита, центральное предлежание плаценты, начавшееся кровотечение, наличие рубца на матке, решено выполнить срединную лапаротомию, родоразрешить путем операции кесарева сечения с последующей аппендэктомией.

Под эпидуральной анестезией выполнена нижнесрединная лапаротомия с иссечением старого послеоперационного рубца. Рубец на матке состоятельный. Разрез на матке – по старому рубцу. Излились светлые околоплодные воды в умеренном количестве. На 10-й мин. операции за головку без затруднений извлечен первый живой недоношенный плод мужского пола, массой 2470 г, длиной 51 см, 7-8 баллов по Апгар. Пуповина плода – около 60 см без патологии. Второй живой плод женского пола в ножном предлежании массой 2490 г, длиной 52 см, 7-8 баллов по Апгар извлечен на 11-й мин. операции. Плацента полностью занимает переднюю стенку матки и выстилает внутренний зев с переходом на заднюю стенку. В области нижней части передней стенки, в области рубца и внутреннего зева отделить плаценту от стенок не удалось – диагностировано истинное прикрепление плаценты. С учетом операционной находки, усиления кровотечения решено выполнить экстирпацию матки с трубами. Выполнена экстирпация матки. Культи влагалища обработана, ушита отдельными викриловыми швами, перитонизирована. Кровопотеря – 2000 мл. Интраоперационная гемотрансфузия в объеме 1200 мл. Червеобразный отросток резко утолщен, на поверхности фибринозные наложения, брыжейка отечная. Операционная находка оценена как флегмонозный аппендицит. В правой подвздошной ямке – небольшое количество серозного выпота.

Произведена антеградная аппендэктомия с погружением культи отростка кисетным и Z-образными швами. После осушения брюшной полости брюшная

полость ушита наглухо. Гистологическое заключение: «флегмонозно-язвенный аппендицит».

В раннем послеоперационном периоде больная находилась в отделении реанимации и интенсивной терапии, где проводилась интенсивная инфузионная, антибактериальная (цефалозин, гентамицин, метронидазол) и анальгетическая терапия. На 3-е сут. больная переведена в хирургическое отделение. Послеоперационный период – гладкий, заживление раны – первичным натяжением, на 9-е сут. больная выписана домой.

Обсуждение

По литературным данным, острый аппендицит осложняет течение беременности у 1,5-3% беременных и представляет большую угрозу как для матери, так и для плода. Число перинатальных потерь женщин при развитии деструктивного аппендицита может достигать до 17-50%. Чаще всего причиной невынашивания беременности является отслойка нормально расположенной плаценты, внутриутробное инфицирование плода т.д.

В данном случае деструктивный аппендицит развился на фоне отягощенного акушерского и соматического анамнеза. Безусловно, развитие острого аппендицита этиологически не связано с беременностью. Однако осложнение беременности развитием острого аппендицита, особенно при поздних сроках беременности, создает большие трудности в своевременной диагностике и в определении акушерско-хирургической тактики. В доступной нам литературе случаев развития деструктивного аппендицита на фоне тяжелой акушерской патологии при больших сроках гестации мы не встречали. Тяжелая акушерская патология в виде центрального предлежания и истинного приращения плаценты связана с неоднократными выскабливаниями полости матки и ранее выполненной операцией кесарева сечения.

Определенное негативное влияние на течение беременности оказывала хроническая инфекция шейки матки и перенесенные вирусные респираторные инфекции. Оптимальным способом хирургического лечения острого аппендицита при больших сроках беременности является нижнесрединная лапаротомия. Оптимальным способом родоразрешения в таких случаях является корпоральное кесарево сечение с последующей экстирпацией матки.

Заключение

Приведенное клиническое наблюдение представляет большой клинический интерес в плане своей редкости и сложности диагностики острого аппендицита на фоне тяжелой акушерской патологии. Своевременная диагностика и выбор оптимальной акушерско-хирургической тактики позволили сохранить жизнь как матери, так и плодов.

Литература:

1. Стрижаков А.Н., Черноусов А.Ф., Самойлова Ю.А., Рыбин М.В. Беременность и острый аппендицит. М. 2010; 159 с.
2. Хасанов А.Г., Бадретдинова Ф.Ф., Магафуров Р.Ф., Шевченко З.Р., Нуриева А.Р., Мамедова О.К. Вопросы акушерской тактики при остром аппендиците у беременных. Акушерство, гинекология и репродукция 2014; 8 (4): 19-23.

References:

1. Strizhakov A.N., Chernousov A.F., Samoilova Yu.A., Rybin M.V. Pregnancy and acute appendicitis [*Beremennost' i ostryi*
2. Khasanov A.G., Badretdinova F.F., Magafurov R.F., Shevchenko Z.R.,

appenditsit (In Russian)]. Moscow. 2010; 159 s.

Nurieva A.R., Mamedova O.K. *Akusherstvo, ginekologiya i reproduksiya / Obstetrics, gynecology and reproduction*. 2014; 8 (4): 19-23.

Сведения об авторах:

Хасанов Анвар Гиниятович – д.м.н., профессор, зав. кафедрой хирургических болезней Башкирского государственного медицинского университета. Адрес: ул. Чернышевского, д. 160А, 450078, Уфа, Россия. E-mail: hasanovag@mail.ru.

Журавлев Игнатий Александрович – хирург-ординатор городской клинической больницы №8 г. Уфы. Адрес: ул. 40-лет Октября, Уфа, Россия, 450112. E-mail: ignatyz@mail.ru.

Бадретдинова Фларида Фуатовна – к.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии института последипломного образования Башкирского государственного медицинского университета. Адрес: ул. Ленина, 3, г. Уфа, Россия, 450000. E-mail: fbadretdinova@mail.ru. Тел. +7(917)7440953.

Мамедова Офелия Камилевна – акушер-гинеколог родильного отделения городской клинической больницы №8 г. Уфы. Адрес: ул. 40-лет Октября, Уфа, Россия, 450112.

About the authors:

Khasanov Anvar Ginijatovich – MD, professor, head. Department of surgical diseases of the Bashkir State Medical University. Address: ul. Chernyshevskogo, 160A, Ufa, Russia, 450078. E-mail: hasanovag@mail.ru.

Zhuravlev Ignat Aleksandrovich – surgeon resident at City Clinical Hospital No. 8 of Ufa. Address: ul. 40-let Oktyabrya, Ufa, Russia, 450112. E-mail: ignatyz@mail.ru. Tel.: +7(927)3462993.

Badretdinova Flarida Fuatovna – PhD, Associate Professor of obstetrics and Gynecology Institute of postgraduate study of Bashkir State Medical University. Address: ul. Lenina, 3, Ufa, Russia, 450000. E-mail: fbadretdinova@mail.ru.

Mamedova Ofeliya Kamilevna – obstetrician-gynecologist at City Clinical Hospital No. 8 of UFA. Address: ul. 40-let Oktyabrya, Ufa, Russia, 450112.