

АНАЛИЗ НЕКОТОРЫХ ФАКТОРОВ, ВЛИЯЮЩИХ НА ТЕЧЕНИЕ И ИСХОД ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У БЕРЕМЕННЫХ

БОВТЮК Н.Я., ДУДКО А.А., ЗНОВЕЦ Т.В., АНИСОВА Н.С., ПЫРИЧ Д.В., ОСТРОЖИНСКИЙ Я.А., ЖЕЛЕНГОВСКАЯ М.Н.
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ, Г. МИНСК, БЕЛАРУСЬ
3-Я ГОРОДСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА ИМЕНИ Е.В. КЛУМОВА, Г. МИНСК, БЕЛАРУСЬ

АКТУАЛЬНОСТЬ

Острый аппендицит — одна из ведущих причин госпитализаций по поводу urgentных заболеваний органов брюшной полости, наиболее распространённое хирургическое заболевание у беременных (65,6% нетравматических неотложных состояний). Трудности диагностики ведут к напрасным операциям или поздней диагностике, повышая риск осложнений, преждевременных родов и материнской смертности. В условиях снижения рождаемости анализ исходов имеет приоритетное значение. Современные минимально инвазивные методы (лапароскопическая аппендэктомия) снижают осложнения и ускоряют восстановление, однако их эффективность и безопасность на разных сроках гестации требуют дальнейшего изучения.

ЦЕЛЬ

Изучить факторы, влияющие на течение и исход хирургического лечения острого аппендицита у беременных.

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Для достижения поставленной цели использованы следующие методы:

Ретроспективный анализ медицинских карт пациенток с подозрением на неотложную хирургическую патологию, находившихся на лечении в городском центре для беременных на базе УЗ «3-я городская клиническая больница имени Е.В.Клумова» с 2017 по 2020 гг. – 657 женщин, а также в период времени с 2021 по 2024 гг. – 513 пациенток. В различные сроки гестации и учетом протекания инфекции ковид-19.

Для анализа были взяты следующие критерии: возраст, продолжительность стационарного лечения, срок гестации, способ выполнения аппендэктомии, патоморфологические формы острого аппендицита, время от начала заболевания до поступления в стационар, а также время от момента поступления в стационар до начала выполнения оперативного вмешательства.

Статистический анализ: Обработка данных осуществлялась с помощью Microsoft Excel 2020.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Для выполнения сравнительного анализа все исследуемые медицинские карты были разделены на две группы.

Первую группу составили 657 беременных пациенток, поступивших на лечение в 2017-2020 гг., у 35 (5,5 %) из которых выполнена аппендэктомия.

Вторая группа включала 513 беременных женщин, поступивших на лечение в 2021-2024 гг., среди которых у 79 (15,4 %) выполнена аппендэктомия.

Во второй группе отмечено увеличение средней продолжительности госпитализации (с 4,0 до 6,2 койко-дней), а также доли деструктивных форм аппендицита, включая перфорации. Лапароскопический доступ применялся более чем в 70% случаев в обеих группах, во второй группе зарегистрированы конверсии (2,5%). В первой и второй группах большинство пациенток поступали в интервале 7–24 часов от начала заболевания, среднее время от поступления до операции составило около 7 часов.

В период с 2017 по 2020 год (начало пандемии ковидной инфекции в 2020 г.) наблюдалась тенденция к сокращению продолжительности стационарного лечения беременных с острым аппендицитом, что свидетельствует о повышении эффективности диагностических и лечебных мероприятий. За период 2021-2024 гг. (манifestация пандемии ковидной инфекции в 2021 году, уменьшение и завершение пандемии ковидной инфекции к 2024 году) средняя длительность пребывания в стационаре увеличилась, что может быть связано с более поздним обращением за медицинской помощью и развитием деструктивных форм заболевания.

Распределение по триместрам беременности показывает преобладание случаев острого аппендицита во втором триместре в обеих группах, что соответствует статистическим данным о пиковых периодах риска развития осложнений при аппендиците у беременных. Гестационный срок оказывает влияние на клиническую картину заболевания и тактику ведения пациенток: в первых триместрах беременности трудности в диагностике могут приводить к более позднему хирургическому лечению и развитию осложнений.

Показатель	I группа (2017–2020 гг.)	II группа (2021–2024 гг.)
Всего беременных	657	513
Аппендэктомия	35 (5,5%)	79 (15,4%)
Средний возраст (лет)	29,0	28,9
Средняя длительность госпитализации (койко-дней)	4,0	6,2
Преобладающий гестационный возраст	2 триместр	2 триместр
I триместр	6 (17,1%)	22 (27,8%)
II триместр	22 (62,9%)	42 (53,2%)
III триместр	7 (20,0%)	15 (19,0%)
Лапароскопическая аппендэктомия	25 (71,4%)	57 (72,2%)
Конверсия	-	2,5%
Традиционная аппендэктомия	10 (28,6%)	20 (25,3%)
Дренаж брюшной полости	40,0%	58,2%
Катаральный аппендицит	11 (31,4%)	15 (19,0%)
Флегмонозный	23 (65,7%)	58 (73,4%)
Гангренозный	1 (2,9%)	6 (7,6%)
Перфорация	-	5 (7,8%)
Средняя длительность пребывания (катаральный)	4,0 к/д	5,6 к/д
Средняя длительность (флегмонозный)	5,2 к/д	6,5 к/д
Средняя длительность (гангренозный)	6,6 к/д	7,9 к/д
Поступление ≤6 ч	7 (20,0%)	19 (24,1%)
Поступление 7–24 ч	25 (71,4%)	50 (63,3%)
Поступление >24 ч	3 (8,6%)	10 (12,6%)
Время от поступления до операции (среднее)	7,0 ч (Мо=3; Ме=5)	7,7 ч (Мо=3; Ме=5)

Табл. 1 – Особенности течения острого аппендицита у беременных

Лапароскопический и открытый доступ широко применялись в обеих временных группах, однако лапароскопический обладает рядом известных преимуществ и сокращает сроки госпитализации. Конверсия выполнялась только в 2,5% случаев, что подтверждает высокую техническую эффективность минимально инвазивных методов при высокой квалификации хирургов и хорошем техническом оснащении лапароскопическим оборудованием.

Патоморфологический анализ выявил преобладание флегмонозных форм острого аппендицита (74,5 %) и увеличение количества гангренозных случаев (7,6 %) во второй группе. Риск развития гангренозных форм аппендицита увеличивается при увеличении времени от начала проявления симптомов до поступления в стационар.

Более позднее обращение приводит к развитию большего количества деструктивных форм (флегмонозных и гангренозных).

Время от поступления в стационар до начала операции варьировало от одного часа до 24 часов. Чем длительнее был данный промежуток времени, тем чаще наблюдались деструктивные формы аппендицита с развитием осложнений. Оптимизация этого времени может способствовать снижению частоты осложнений.

Длительность госпитализации зависит от формы острого аппендицита: гангренозные формы требуют более длительного пребывания (до 8 койко-дней). Однако необходим индивидуальный подход к ведению каждого пациента.

ВЫВОДЫ

Своевременное обращение беременных за медицинской помощью, ранняя диагностика заболевания с учетом срока беременности и использование современных минимально инвазивных методов хирургического вмешательства являются ключевыми факторами для улучшения результатов лечения острого аппендицита у данной категории пациенток.