

увеличением поступления ингаляционных аллергенов; изменение иммунологической реактивности организма ребенка.

Наличие очагов хронической инфекции, преимущественно в носоглотке, повышает степень сенсибилизации в связи с персистенцией респираторных вирусов в лимфоидной ткани. С этим могут быть связаны и смешанные варианты вирусной инфекции.

Таким образом, острые респираторно-вирусные инфекции остаются значимым фактором внешней среды, который влияет на формирование БА, а также является триггером обострений. Рациональная тактика лечения пациентов с использованием противовирусных препаратов позволяет уменьшить длительность и тяжесть инфекционного процесса на фоне БА. Внедрение профилактических программ, в том числе вакцинации, обеспечивает не только снижение инфекционной заболеваемости, но и дает возможность добиться лучшего контроля над течением БА.

#### **Список использованных источников:**

1. Asthma / Chung F., Fabri L. European Respiratory monograph. 2003; 8: 283.
2. Gern J. E. Viral and bacterial infections in the development and progression of asthma / J. E. Gern // J. Allergy Clin. Immunol. 2000; 105: 2: 497–502.
3. Grunberg K. Experimental rhinovirus 16 infection increases intercellular adhesion molecule-1 expression in bronchial epithelium of asthmatics regardless of inhaled steroid treatment / K. Grunberget al. // Clin. Exp. Allergy. 2000; 30: 7: 1015–1023.
4. Global strategy for asthma management and prevention // National Heart, Lung, and Blood Institute. National Asthma Education Program. Expert panel report. 2004: 182.
5. Kraft M. The role of bacterial infections in asthma / M. Kraft // Clin. Chest. Med. 2000; 21: 301–313.
6. Kuga H. The correlation between the exacerbation of bronchial asthma and picornavirus (human rhino virus) infection in throat gares by RT-PCR / H. Kuga et al. // Arerugi. 2000; 49: 4: 358–364.

**Левченко Д.В., Халимонов В.В.**

*студенты,*

*Научный руководитель: Тесленко С.М.*

*профессор,*

*Харьковский национальный медицинский университет*

#### **ДИАГНОСТИКА АППЕНДИЦИТА ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ**

Аппендицит является наиболее распространенным неотложным заболеванием в общей хирургии при беременности. Однако у беременных пациенток с подозрением на аппендицит постановка правильного диагноза является сложной задачей [1, с. 150], т.к. частыми симптомами при беременности являются тошнота, рвота и анорексия. В связи с перемещением аппендикса в верхний отдел брюшной полости по мере увеличения срока

беременности типичная боль в правой подвздошной области беспокоит далеко не во всех случаях [2, с. 54]. Зачастую лихорадка отсутствует, а количество лейкоцитов, возможно, не имеет диагностической ценности в связи с физиологическим лейкоцитозом у этих пациенток.

При проведении УЗИ при аппендиците у беременных диагностическая точность, по некоторым данным, составляет 98 %. Однако, эта цифра вызывает сомнения, в связи с чем в нашем исследовании были применены дополнительные методы обследования, такие как КТ и МРТ [3, с. 455].

Целью данного исследования явилось изучение методов диагностики, лечения и исходов у беременных с подозрением на аппендицит.

В больнице, в которую ежегодно поступает приблизительно 13 000 женщин, были изучены истории болезней беременных пациенток с болью в животе. Анализировались данные клинического обследования, сроки беременности, используемые диагностические методики, предоставленное лечение, заключительный диагноз и исходы у матери и плода. Полученные сведения были собраны с октября 2011 по сентябрь 2016 г. и включали приблизительно 65 000 случаев. Собранная информация также включала в себя анамнез и физикальное обследование, результаты всех лабораторных анализов, все визуализирующие исследования, время от поступления пациентки до их выполнения, результаты хирургической операции (включая результаты исследования во время хирургической операции и гистологического анализа удаленных образцов) и информацию о родах (состоящую из состояния новорожденного и срока родов). Компьютерная томография выполнялась с применением внутривенного или перорального контрастного препарата. Проведенные исследования считали диагностически не значимыми, если в заключении не было четкого подтверждения или исключения диагноза аппендицита. Представлены данные у пациентов с наличием аппендицита и без, сравнивались при помощи t-теста Стьюдента, при значении  $p < 0,05$ .

За 5-летний период наблюдения были идентифицированы 47 пациентов с подозрением на аппендицит. Двадцать четыре пациентки лечились консервативно. Лишь у одной пациентки диагноз был поставлен на основании исключительно клинических данных. У оставшихся 23 пациенток было выполнено одно или более УЗИ, где ни в одном случае не было получено четких данных за наличие аппендицита. Из этих 23 пациенток у 17 в дальнейшем наблюдалось клиническое улучшение и в проведении дополнительных методов обследования необходимости не возникло. У оставшихся 6 пациенток было выполнено КТ брюшной полости и таза, где во всех случаях был выявлен нормальный аппендикс. Ложноотрицательных результатов зарегистрировано не было. Из пациенток, которые лечились консервативно и которым была выполнена КТ, 3 пациентки были в третьем триместре беременности, 2 – во втором триместре, и у 1 пациентки было 8 нед. беременности. Впоследствии у каждой женщины, которой проводилось КТ, родился здоровый ребенок. У 23 пациенток была аппендэктомия, из них у 17 (73.9%) гистологически подтвердился диагноз аппендицита, а у 6 (26.09%) была выполнена «отрицательная аппендэктомия». Четыре аппендэктомии были

лапароскопическими. Все пациентки были в первом или во втором триместре беременности, и у всех, впоследствии родился здоровый ребенок в срок. Из оставшихся 19 пациенток, которым была выполнена стандартная аппендэктомия, у 1 была смерть плода, а у другой преждевременные роды в 33 нед. Ни один из этих исходов не был связан непосредственно с аппендэктомией. У пациенток, которым проводилась стандартная аппендэктомия, родились здоровые дети в срок. У 5 женщин при УЗИ был диагностирован аппендицит. У одной из этих пациенток впоследствии было выполнено МРТ, которая также подтвердила диагноз. У всех пациенток при хирургической операции и гистологическом исследовании был подтвержден диагноз аппендицита. Из 47 пациенток с подозрением на аппендицит 43-м было выполнено УЗИ. Пять из 43 УЗИ диагностировали наличие аппендицита, что и было подтверждено при операции. По заключениям оставшихся 38 (88%) УЗИ четкого ответа о наличии или отсутствии аппендицита получено не было. Из них у 9 пациенток (23,7%) был аппендицит, а у 29 (76,3%) пациенток аппендицита не было.

У 13 из 47 пациенток была выполнена КТ, где не было получено ложноположительных или ложноотрицательных результатов. Срок беременности пациенток, которым была выполнена КТ, в среднем составил 23,1 нед. (от 8 до 36 нед.; SD 7,8 нед.), у 12 пациенток был второй или третий триместр беременности. Как было сказано ранее, 1 пациентка была на 8-й нед. беременности. Последующие сведения о течении беременности были проанализированы у всех пациенток кроме 3, которым было выполнено КТ. Девять пациенток родили здоровых детей, включая пациентку, которая была обследована на 8-й нед. беременности. У одной женщины со вторичной тяжелой преэклампсией родоразрешение было выполнено при помощи кесарева сечения в 33 нед. Этому ребенку потребовалось проведение интенсивной терапии. И наконец, у 1 пациентки, которой диагностировали аппендицит при помощи УЗИ и подтвердили диагноз при помощи МРТ, были роды в срок, и ребенок родился здоровым.

Обсуждение. Как было показано в нашем исследовании и в других работах по данной тематике, постановка клинического диагноза аппендицита является сложной задачей: у беременных часто встречается атипичное течение заболевания [2, с. 56]. У всех 47 пациенток с подозрением на аппендицит была боль в животе. Хотя среднее количество лейкоцитов у пациенток с аппендицитом было статистически больше по сравнению с пациентками без аппендицита, значения этого показателя у беременных часто повышено, что затрудняет его клиническое использование. Аналогично, наличие или отсутствие лихорадки не было клинически значимым симптомом в диагностике аппендицита. Об этих результатах также говорили и в других работах, изучающих аппендицит у беременных и небеременных женщин. Для улучшения разрешения беременности необходимо увеличивать диагностическую точность и уменьшать число «отрицательных аппендэктомий» у беременных. В нашем исследовании из 6 пациенток с негативной аппендэктомией у одной гибель плода была во время госпитализации через

4 нед. после операции. У одной пациентки, которая перенесла аппендэктомия в первый триместр беременности, были преждевременные роды в 33 нед. Взаимосвязь между гибелью плода, преждевременными родами и аппендэктомией не была выявлена. При УЗИ для диагностики аппендицита у детей и взрослых чувствительность составляет 86%, а специфичность – 81%. Однако проведение этого исследования очень зависит от специалиста, его выполняющего, что может приводить к значительному количеству неправильных результатов. В нашем исследовании 88% УЗИ у беременных пациенток интерпретировались как диагностически незначимые. В связи с тем, что проведенные исследования не были окончательно охарактеризованы как отрицательные, мы были неспособны вычислить отрицательную прогностическую значимость для УЗИ. Таким образом, УЗИ в нашей работе не было полезным для исключения диагноза аппендицита. С другой стороны, УЗИ продемонстрировало высокую специфичность для аппендицита, потому что у всех пациенток с положительными результатами УЗИ был выявлен аппендицит. При проведении КТ для диагностики аппендицита у небеременных пациенток чувствительность составляет 77–100%, а специфичность – 83–100%. Большинство исследований говорит о том, что у КТ есть преимущество в диагностике аппендицита по сравнению с УЗИ. Наиболее хорошо зарекомендовала себя КТ в исключении аппендицита у беременных пациенток с болью в животе с сомнительными или отрицательными результатами УЗИ. У КТ была отрицательная прогностическая ценность 99% у беременных пациенток с болью в животе. В нашем исследовании ни у одной из 6 пациенток с отрицательными результатами КТ не было выявлено впоследствии аппендицита, тогда как у всех 7 пациенток с положительными результатами был подтвержден этот диагноз.

В заключение, обобщая полученные данные, можно привести следующий алгоритм ведения беременных пациенток с подозрением на аппендицит. При положительном результате УЗИ дальнейшего подтверждающего диагноз исследования не требуется. Если УЗИ не дает четких ответов на поставленный вопрос, дальнейшая диагностика при помощи КТ/МРТ поможет избежать «отрицательной аппендэктомии», которая связана с риском гибели плода. У пациенток в первом триместре беременности более целесообразно выполнение МРТ без гадолиния. Во втором и третьем триместре беременности должны использоваться или МРТ, или КТ для подтверждения или исключения диагноза. Использование этого алгоритма приводит к уменьшению уровня «отрицательных аппендэктомий», риска аппендикулярного разрыва и к минимизации риска для плода.

#### **Список использованных источников:**

1. Кригер А.Г., Федоров А.В., Воскресенский П.К., Дронов А.Ф. Острый аппендицит. – К.: Медпрактика, 2002. – 244 с
2. Стрижаков А.Н. Острый аппендицит и беременность. – Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии, 2006. – Т. 5. – №6. – С. 54-60.
3. Петров С. В. Общая хирургия: Учебник для вузов. – 2004. – 768 с.