



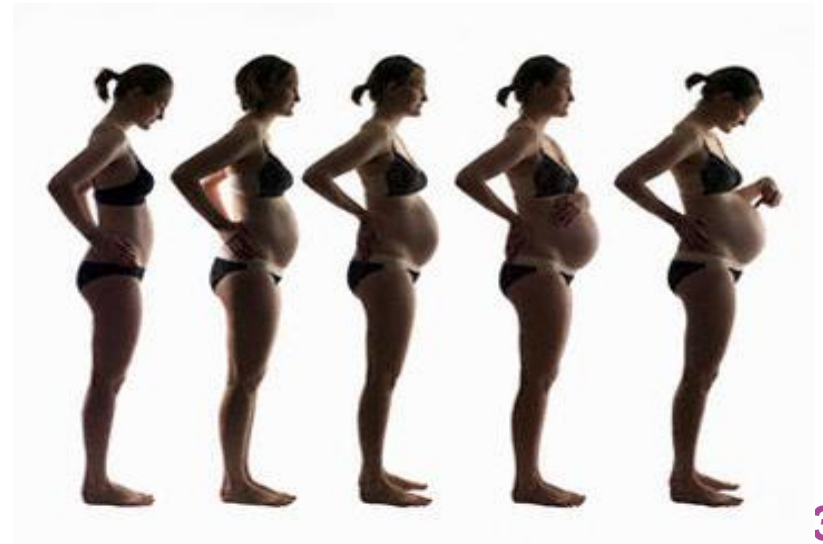


**Острый аппендицит (ОА) является наиболее частым хирургическим заболеванием во время беременности - встречается в 0,05-0,13% случаев, а также остается одной из самых спорных диагностических и лечебных проблем, угрожающей жизни матери и плода.**

**Летальность при ОА у беременных в 10 и более раз выше, чем вне беременности, и составляет 2,5-3,0%, а при осложненном ОА до 17%. При неосложненном ОА перинатальные потери составляют около 2-17%, а при перфорации отростка увеличиваются до 19-50%.**



**У беременных ОА встречается в 0,05-0,13% случаев. Наиболее часто он возникает в I (19-32%) и II триместрах (44-66%) беременности, реже в III триместре (15-16%) и послеродовом периоде (6-8%).**





# Этиология



АФО беременной

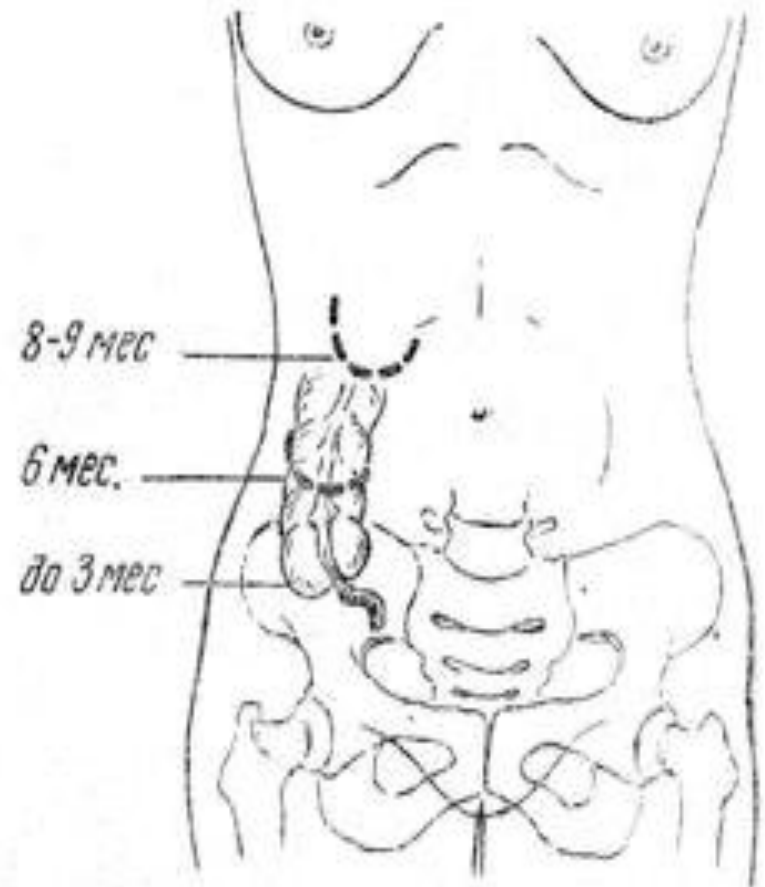
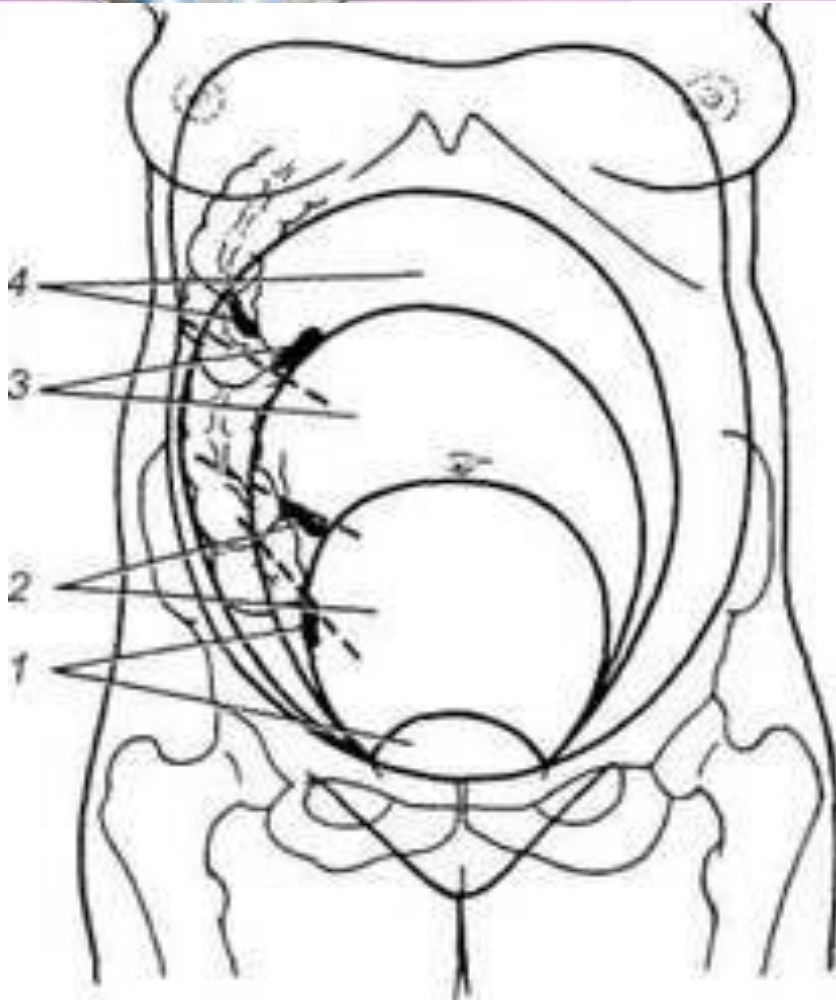
Растущая матка

Склонность к  
запорам

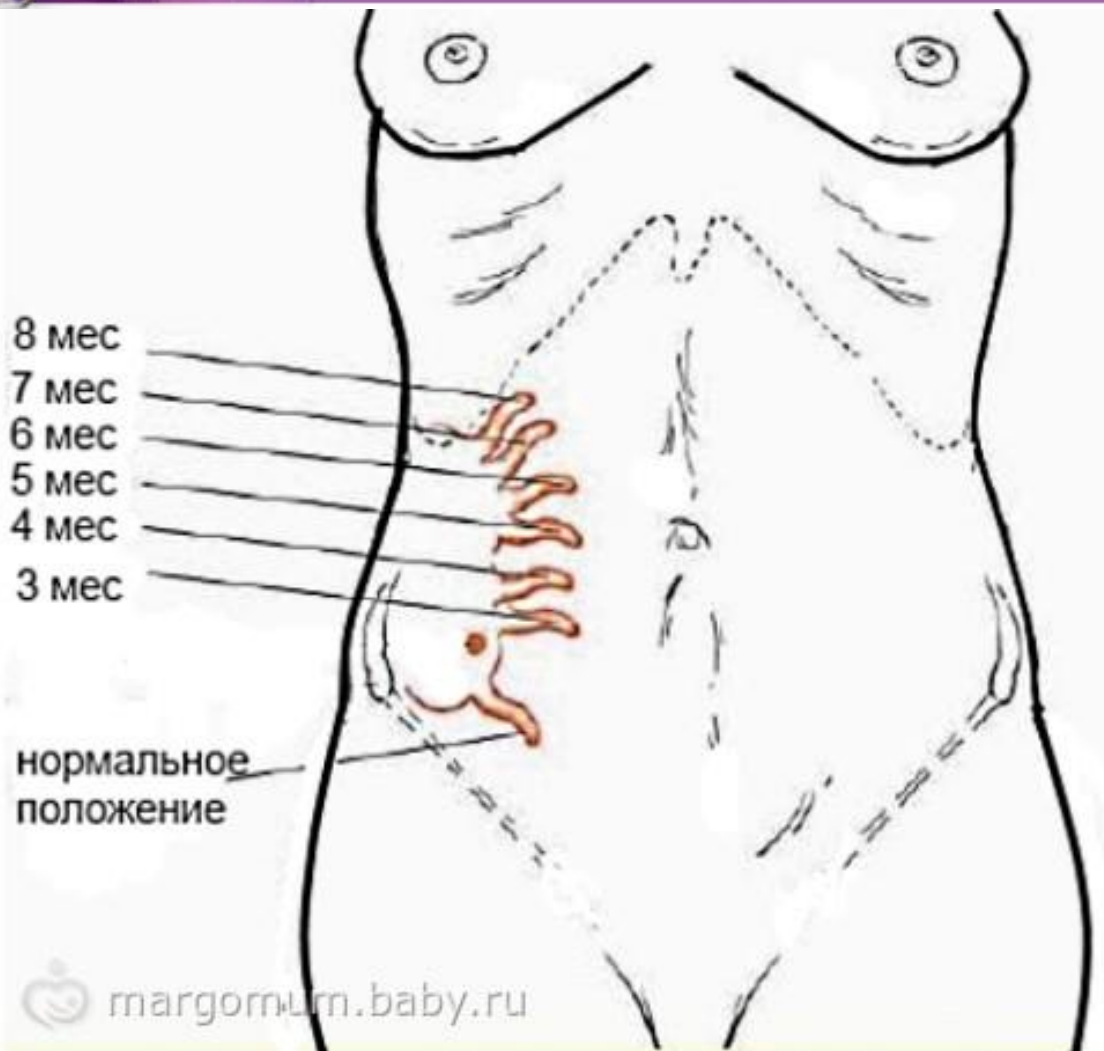
Иммуносупрессия

Предрасположенность к  
сосудистым тромбозам и спазмам.

# Положение слепой кишки в различные сроки беременности

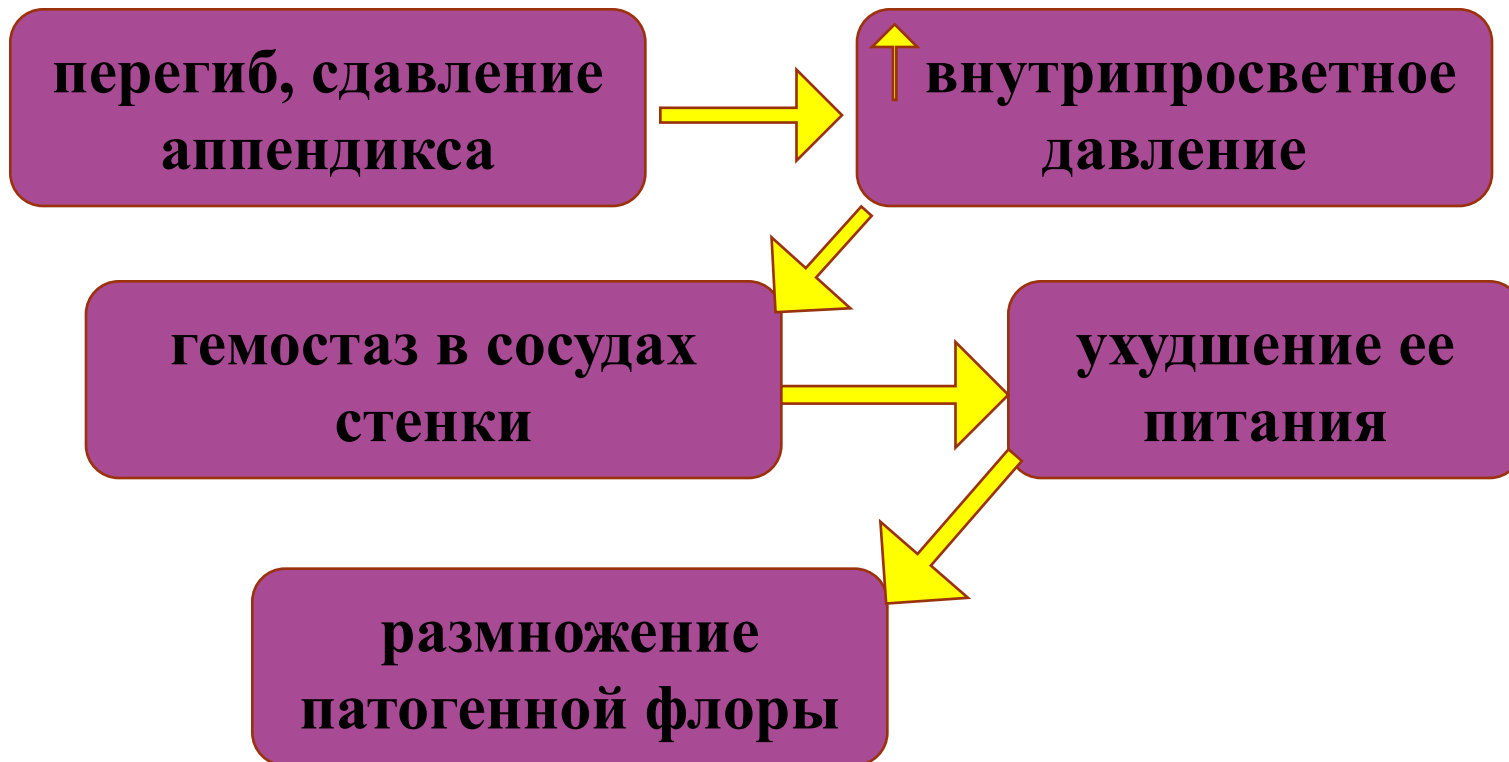


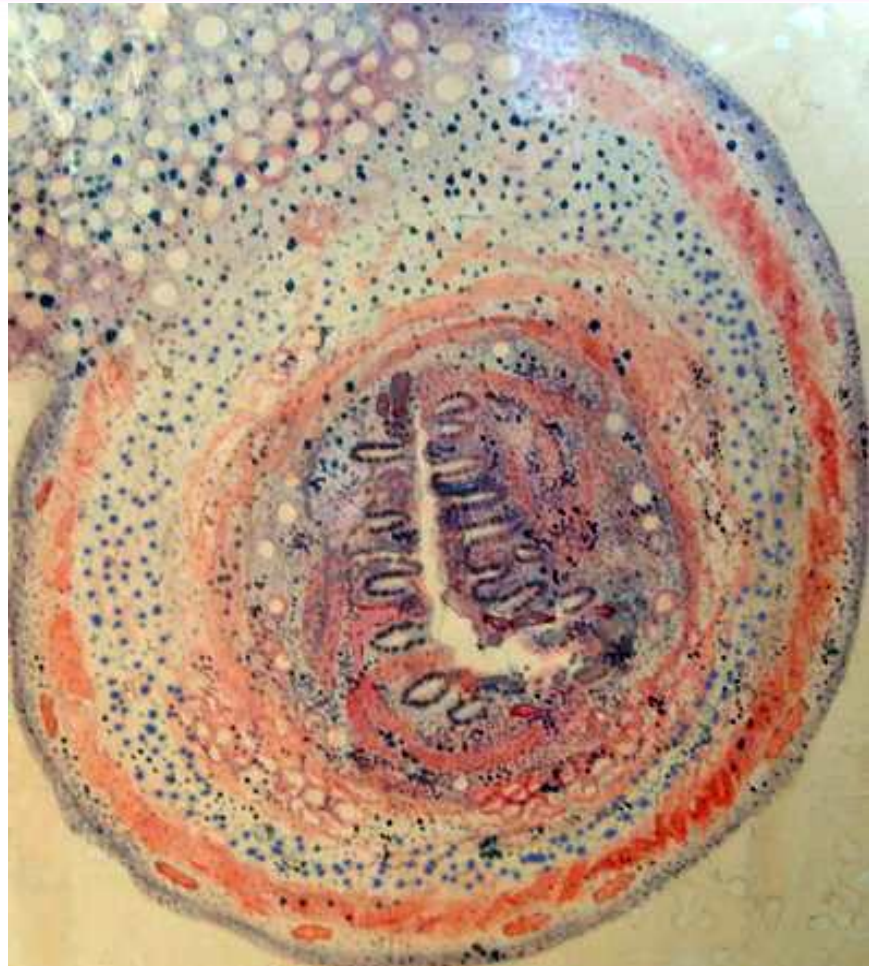
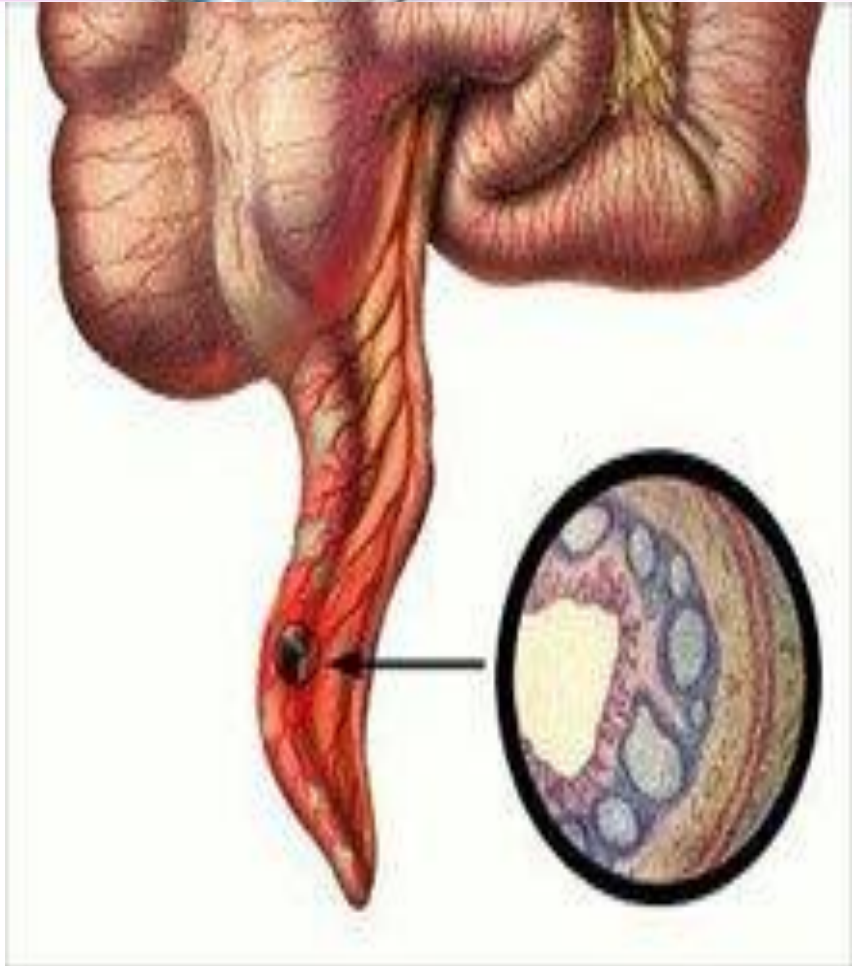






# Патогенез









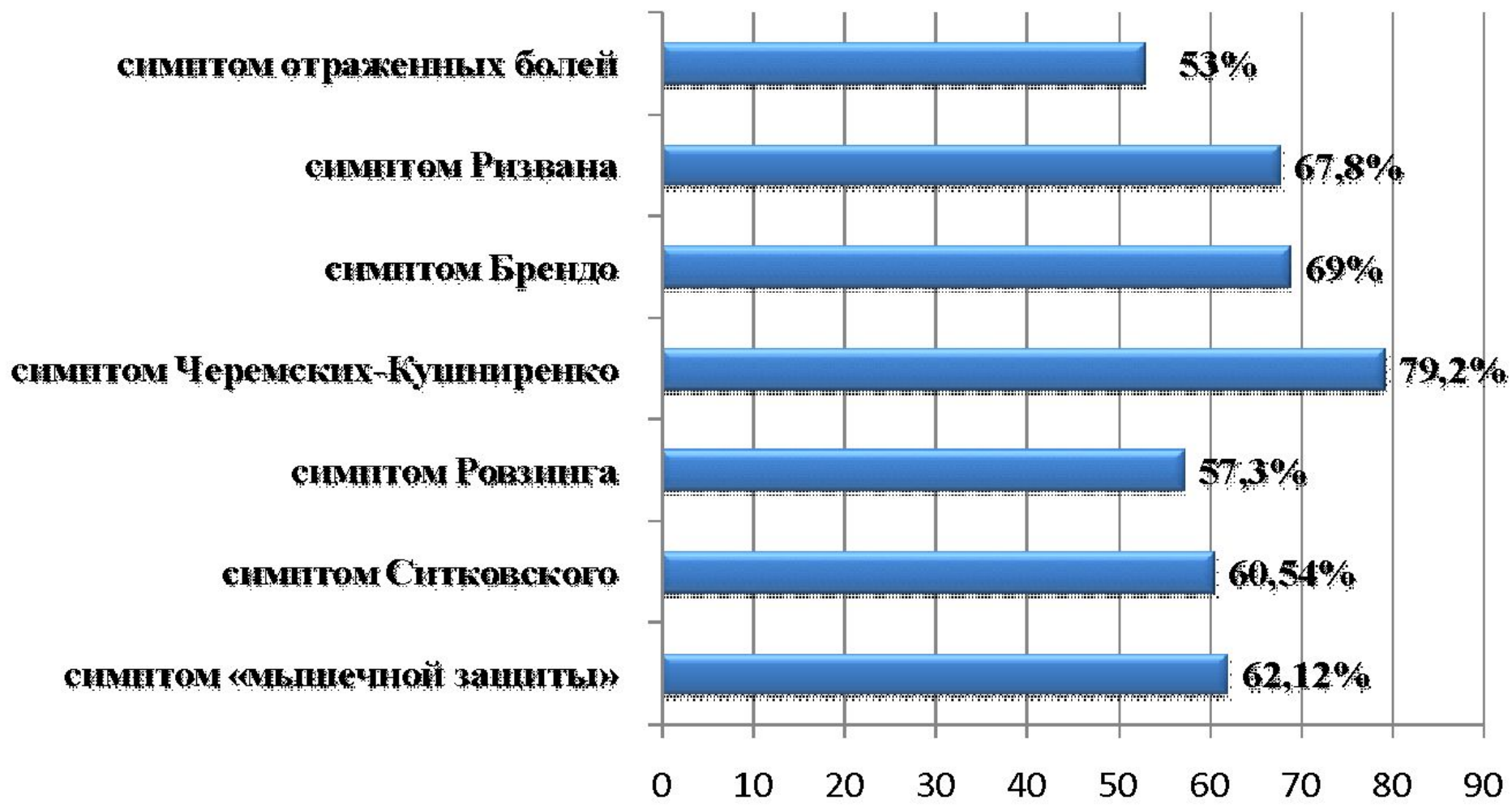
## Клиническая картина

**«Классическая картина» ОА в первой половине беременности наблюдается в 25%.**

**Во II половине беременности характер течения заболевания зависит от АФО.**

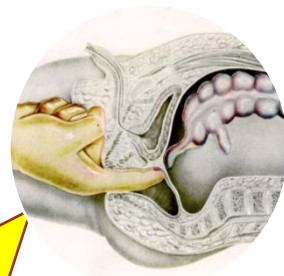
**Общеклиническая симптоматика:** боль в животе, увеличение частоты  $P_s$ , подъем температуры тела, рвота, вздутие живота, колики, одышка, затрудненное дыхание.

**Характерными симптомами во время беременности по Самойловой Ю.А. 2007 г., являются:**



# Диагностика

Правильный диагноз до госпитализации ставится не более чем в 1/3 наблюдений.



Выявление  
для ОА  
характерных  
симптомов

Тщательный сбор,  
детализация жалоб  
больной и анамнеза  
заболевания.

Ректальное и  
вагинальное  
исследование.

Лабораторные  
исследования.

Исключение заболеваний,  
симулирующих острую  
патологию в брюшной  
полости



**К минимальным лабораторным исследованиям, позволяющим установить диагноз острого аппендицита, относят:**



**Анализ  
мочи**

**лейкограмма**

**лейкоцитоз**

**лейкоцитарный  
сдвиг влево**

**лимфоцитопения**

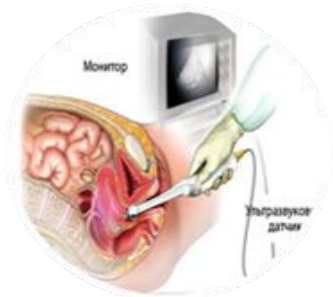
**Рассматривать и интерпретировать лейкоцитоз следует только вместе с клиническими проявлениями болезни.**



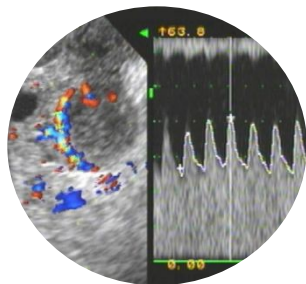
# Дополнительные методы исследования



Трансабдоминальная  
сонография



Трансвагинальное  
сканирование



Доплерометрия



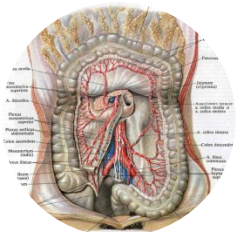
Кардиотокография



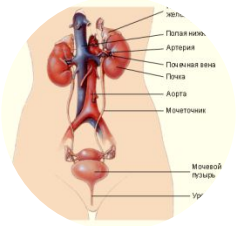
Лапароскопия

# Дифференциальная диагностика

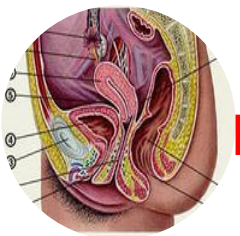
Локализация, характер, интенсивность и частота возникновения боли заставляет предполагать патологию:



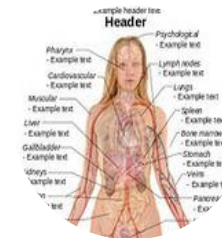
□ абдоминальную



□ урологическую



□ акушерско-гинекологическую



□ других органов и систем

Необходимо исключение заболеваний, симулирующих острую патологию в брюшной полости с помощью проведения дополнительных исследований в динамике с учетом тщательно собранных и детализированных **anamnesis morbi**, жалоб!!!

# Лечение



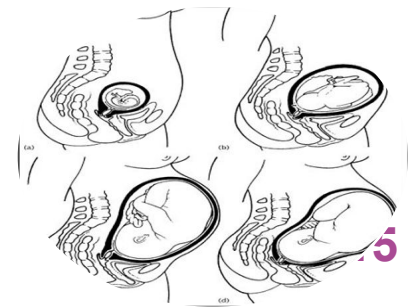
**Цель лечения:**

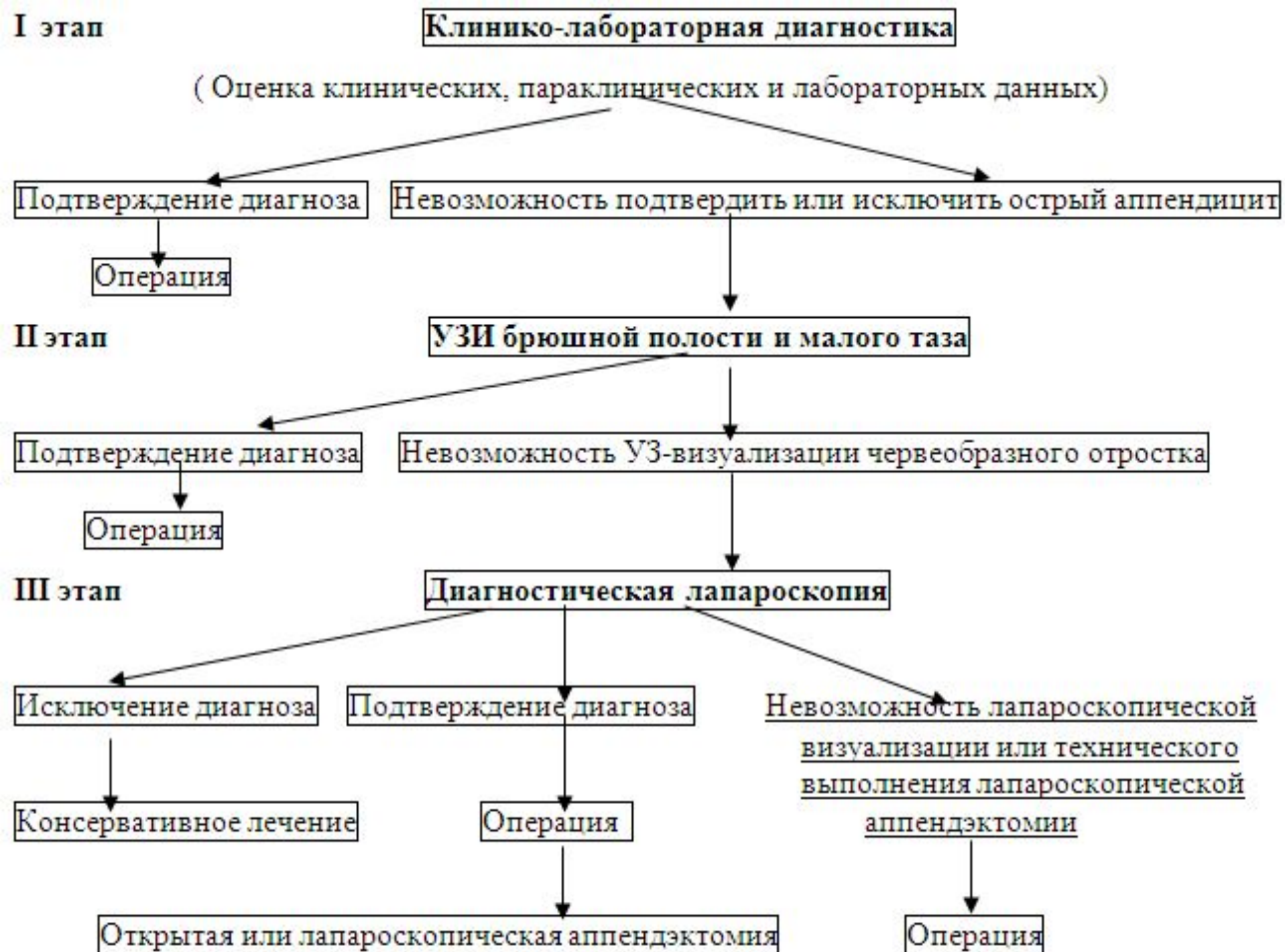
□ Экстренная госпитализация в х/о

□ Любая форма ОА, в том числе, осложненная перитонитом, не является показанием к прерыванию беременности

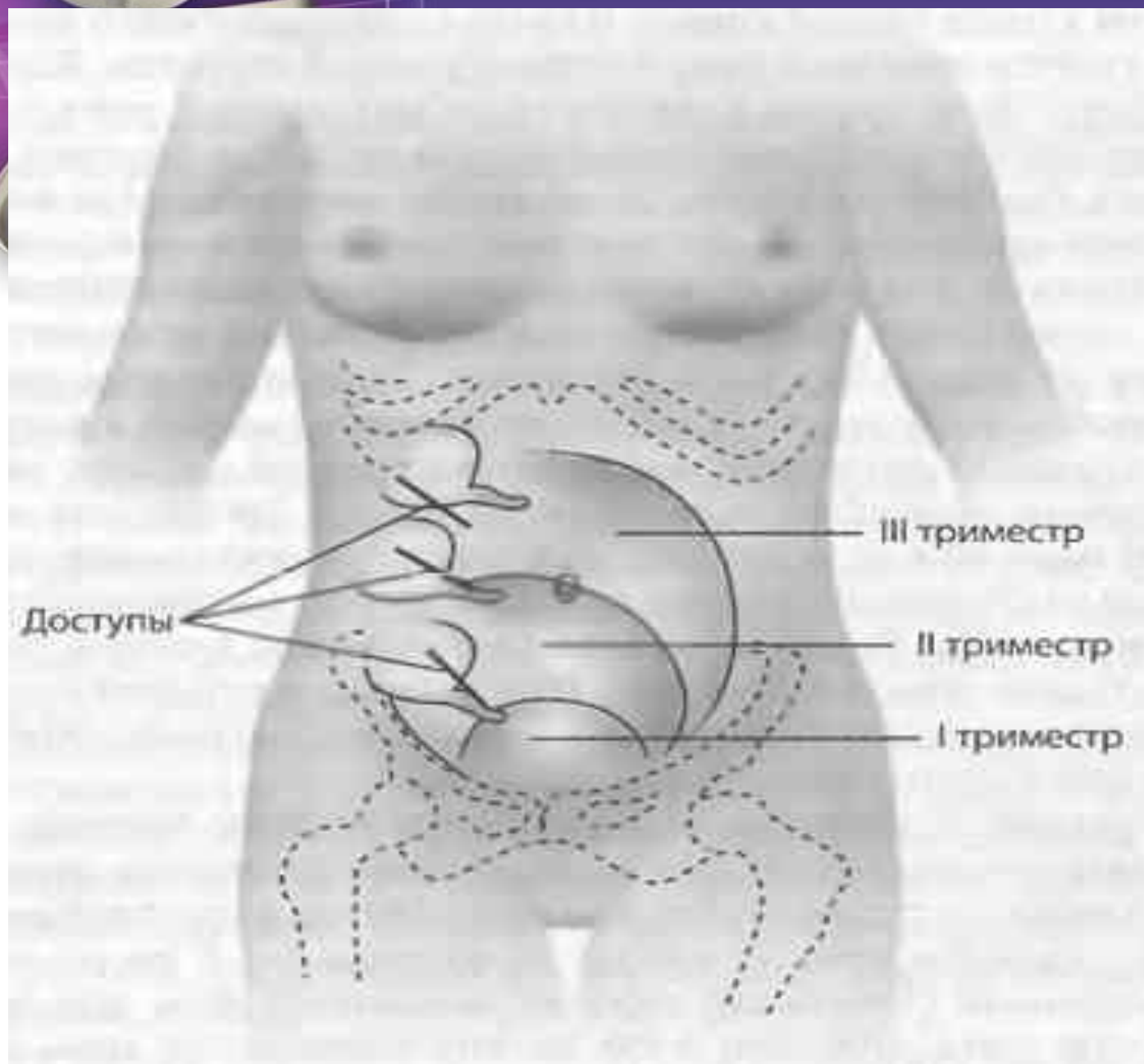
□ Принцип хирургической тактики :

- ✓ Хирургическое вмешательство должно быть технически простым, максимально атравматичным.
- ✓ максимальная активность в отношении перитонита
- ✓ максимальный консерватизм в отношении беременности





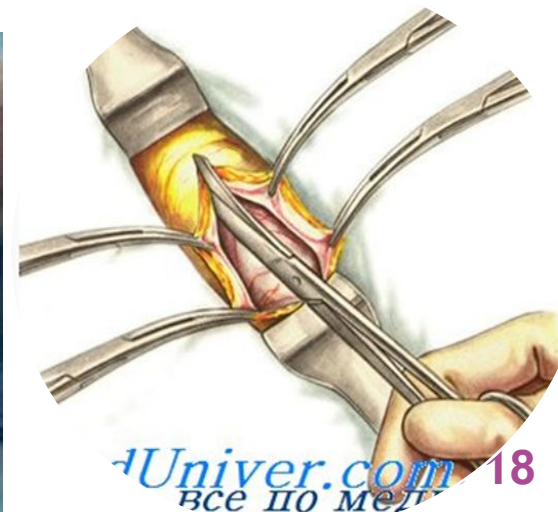
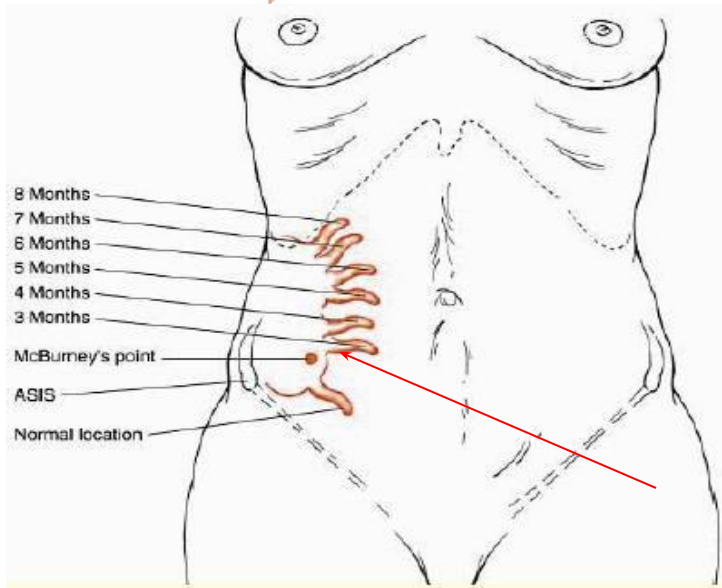




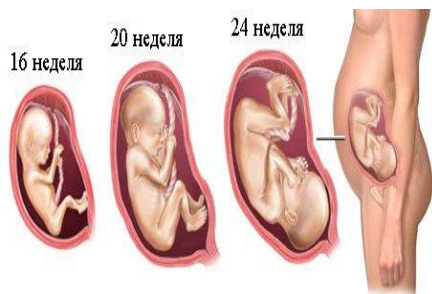
**В связи с этим рациональным хирургическим доступом во время беременности следует считать:**

## **I триместр**

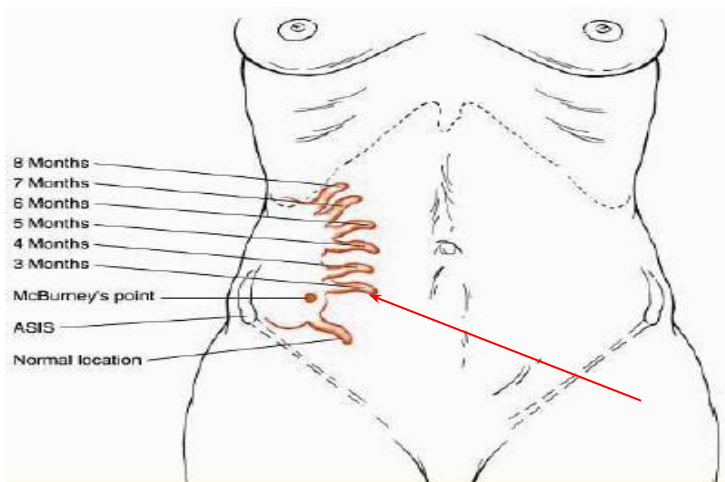
**типичный косой переменный разрез в правой подвздошной области (по методике Волковича-Дьяконова); возможно использование оперативной лапароскопии;**



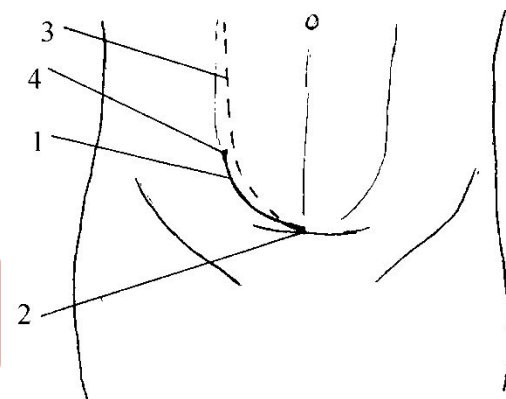
## II триместр



параректальный доступ; выполнение аппендэктомии из косо-переменного доступа в правой подвздошной области по методике Волковича-Дьяконова до 24 недели беременности (доступ должен быть широким, 7-9 см);



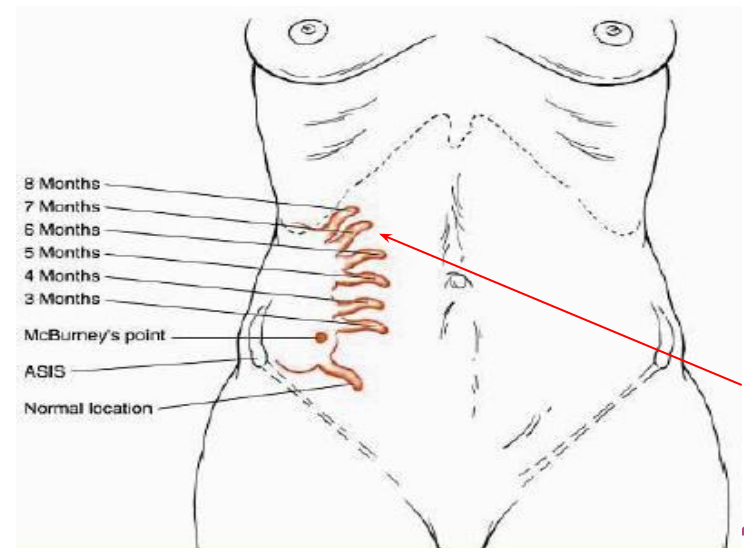
Параректальный доступ



## III триместр



**В III триместре и осложненных формах острого аппендицита (независимо от срока гестации) - срединная лапаротомия.**







## **Сроки и методы родоразрешения:**

**□ При катаральном и флегмонозном аппендиците и нормальном течении**

**родов- проводят:**

1. Быстрое родоразрешение через естественные родовые пути
2. Аппендэктомия

**□ Если на фоне нормального течения родов проявляется клиническая картина гангренозного или перфоративного аппендицита необходимо:**

1. Оперативное родоразрешение КС
2. Аппендэктомия

**□ При гнойном перитоните, вызванном флегмонозным или гангренозным аппендицитом**

1. Оперативное родоразрешение КС
2. Аппендэктомия
3. Дренирование брюшной полости
4. Комплексное лечение перитонита

The image shows a surgical light fixture with multiple circular lamps, set against a purple and blue background with abstract geometric patterns.

## Осложнение беременности при ОА

После аппендектомии возникают у 17% беременных

### • **Акушерские**

- **Невынашивание беременности ( в раннем п/о периоде наблюдается у 89,62% и сохраняется на протяжении гестации у 68,3% беременных).**
- **Развитие ФПН**
- **Инфицирование плода**
- **Перинатальная заболеваемость.**
- **Кровотечения**
- **Гибель плода**

### **Хирургические**

- **Перфорация кишки**
- **Перитонит**
- **Аппендикулярный абсцесс**
- **Септический шок**
- **П/о инфекционные процессы**
- **ОКН**
- **Кишечные свищи**
- **Плевропневмония**

An illustration of a surgical light fixture with multiple glowing blue lenses, set against a purple and pink abstract background with geometric shapes.

## Литература:

1. Хирургическая техника операции кесарева сечения, Стрижаков А.Н., Баев О.Р., 2007 г.
2. Акушерство национальное руководство Айламазян Э. К 2007г Москва
3. Хирургическая тактика при остром **аппендиците** у беременных. **Шапкин Ю.Г.**, Маршалов Д.В 2012 г Москва
4. Клиника, диагностика, акушерская и хирургическая тактика у беременных с острым аппендицитом **Самойлова, Юлия Алексеевна** 2007 г Москва