



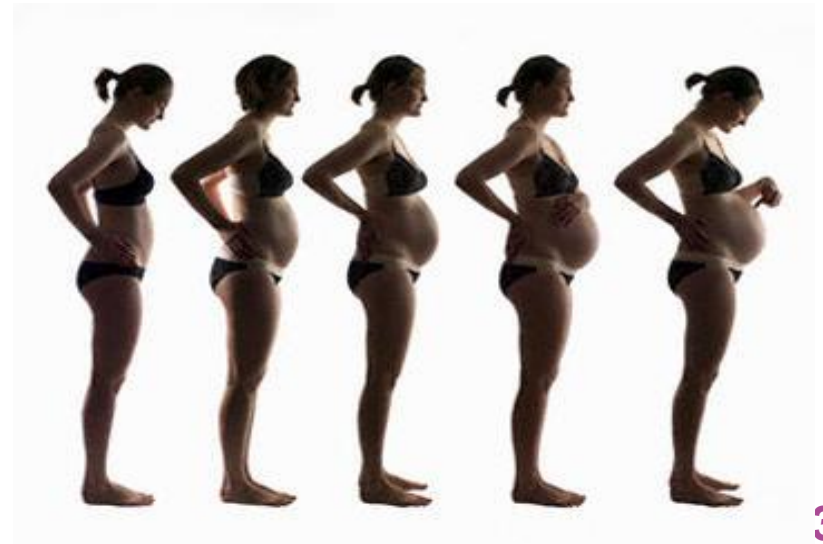


Острый аппендицит (ОА) является наиболее частым хирургическим заболеванием во время беременности - встречается в 0,05-0,13% случаев, а также остается одной из самых спорных диагностических и лечебных проблем, угрожающей жизни матери и плода.

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%.

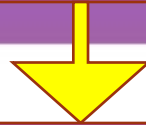


У беременных ОА встречается в 0,05-0,13% случаев. Наиболее часто он возникает в I (19-32%) и II триместрах (44-66%) беременности, реже в III триместре (15-16%) и послеродовом периоде (6-8%).





Этиология



АФО беременной

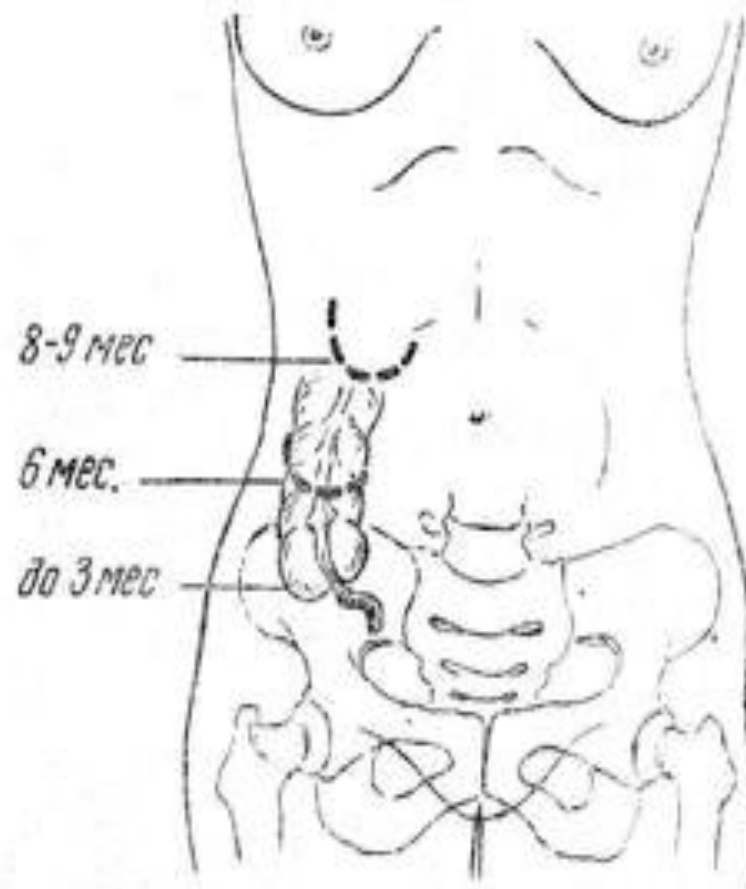
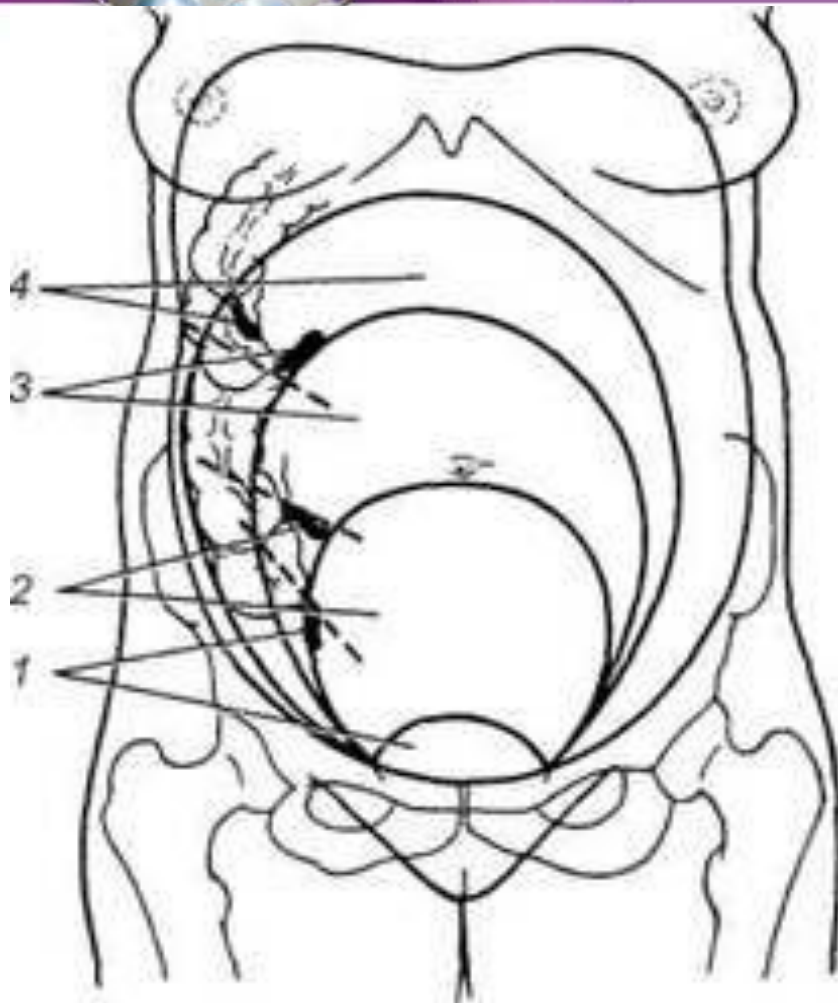
Растущая матка

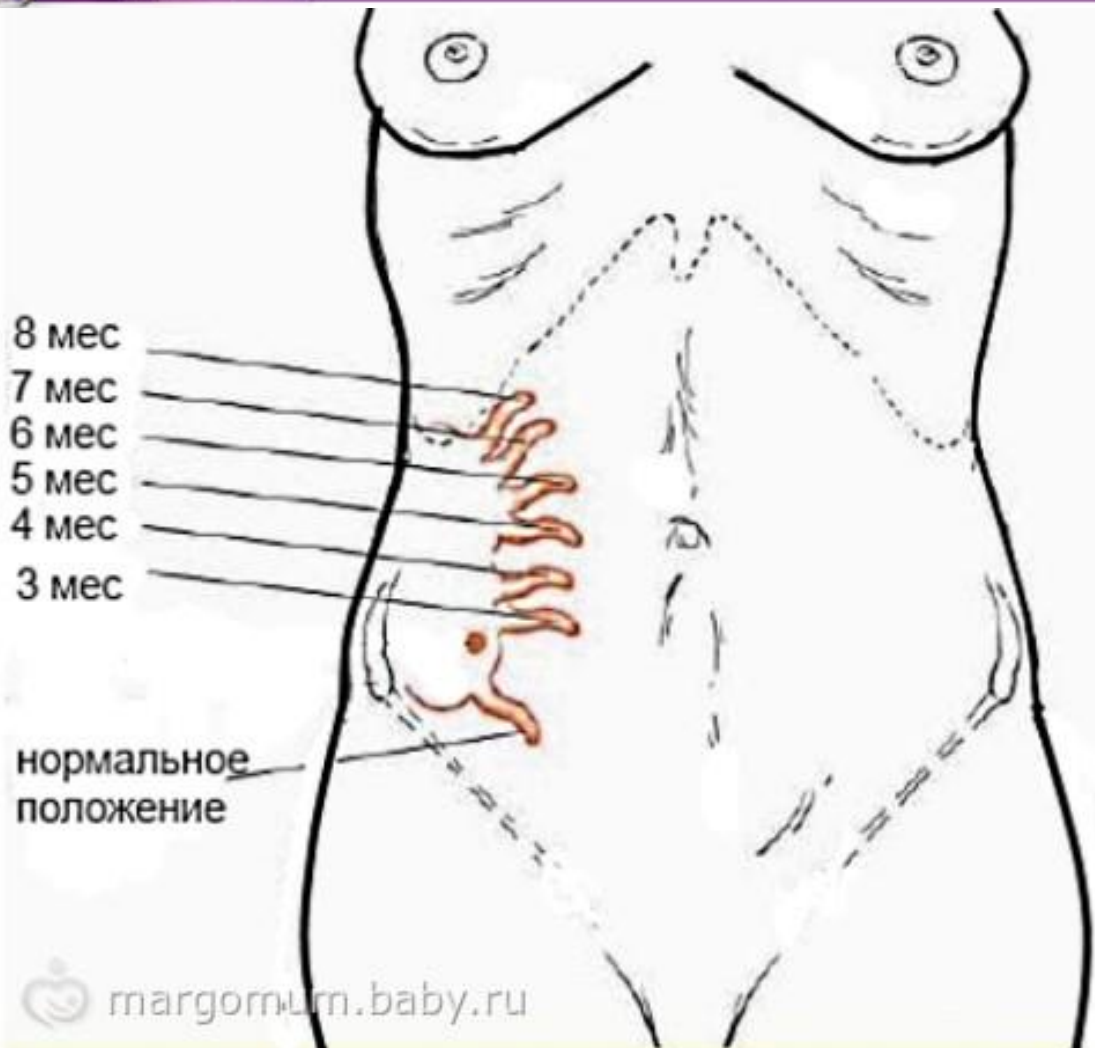
Склонность к
запорам

Иммуносупрессия

Предрасположенность к
сосудистым тромбозам и спазмам.

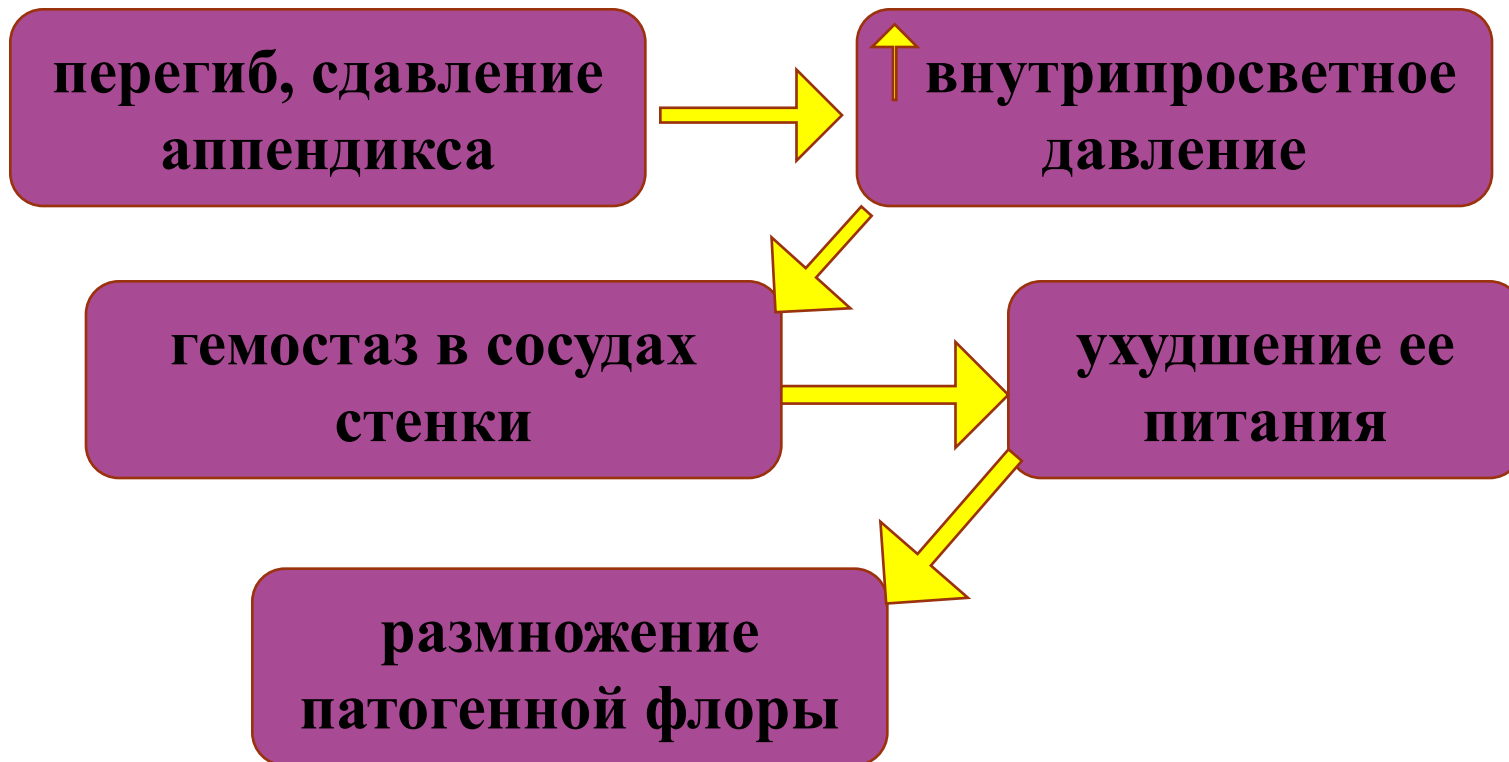
Положение слепой кишки в различные сроки беременности

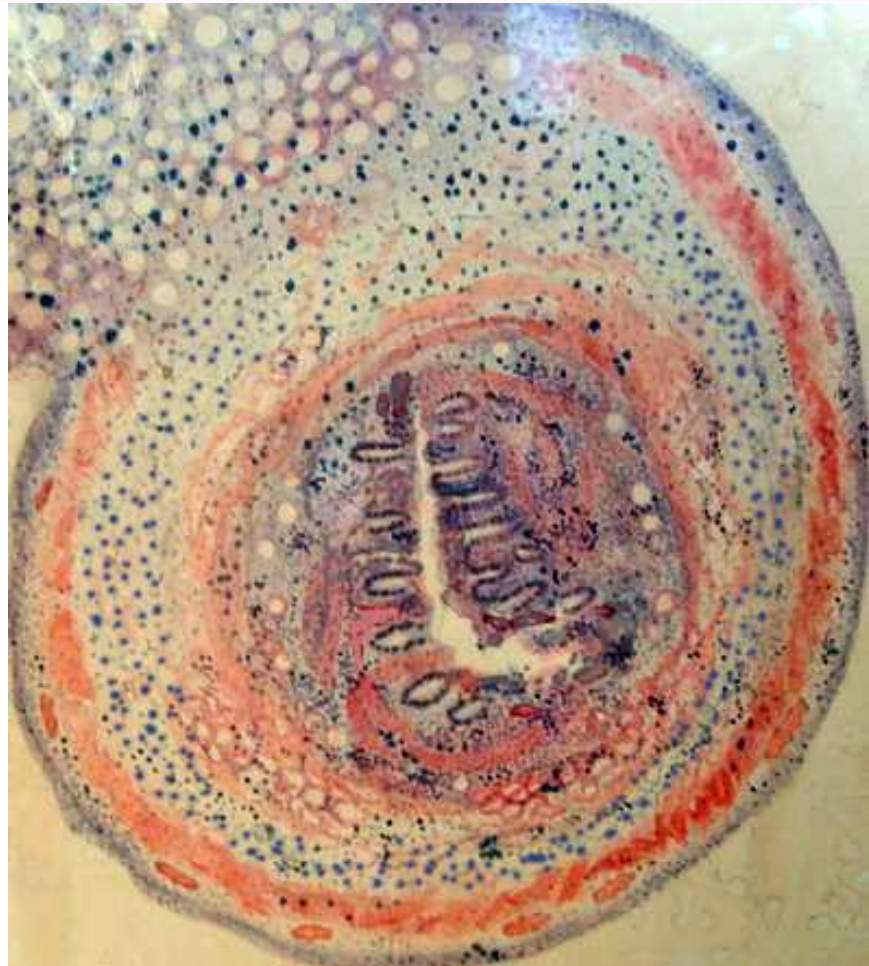
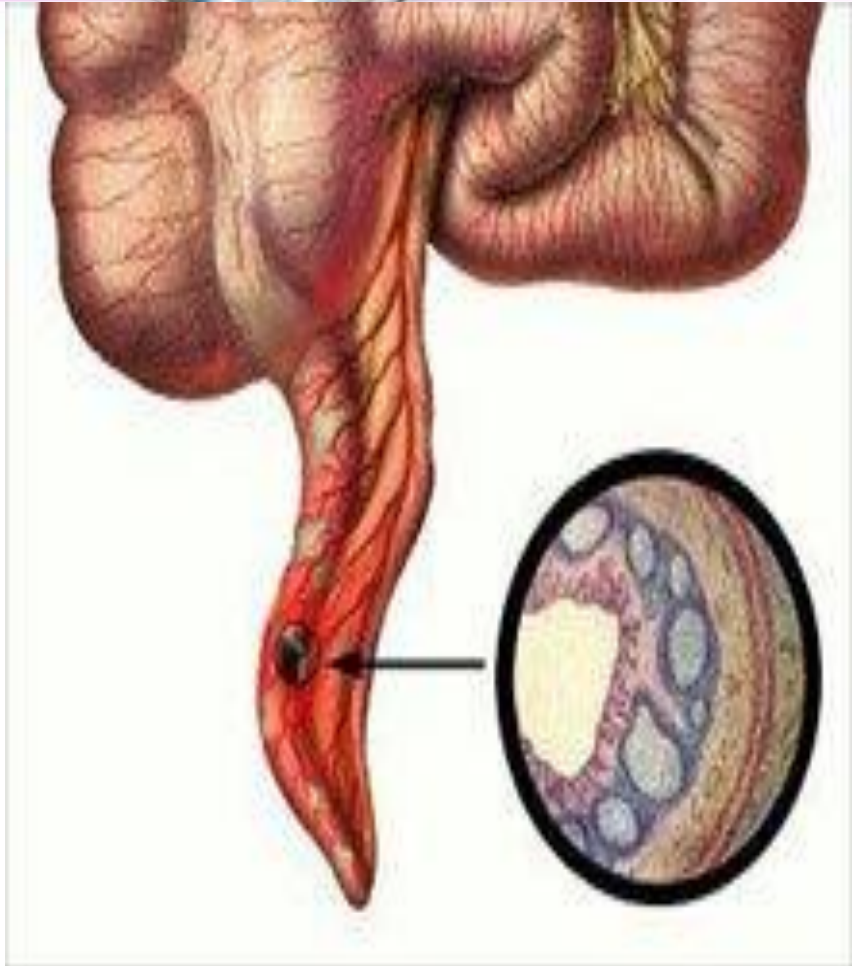






Патогенез







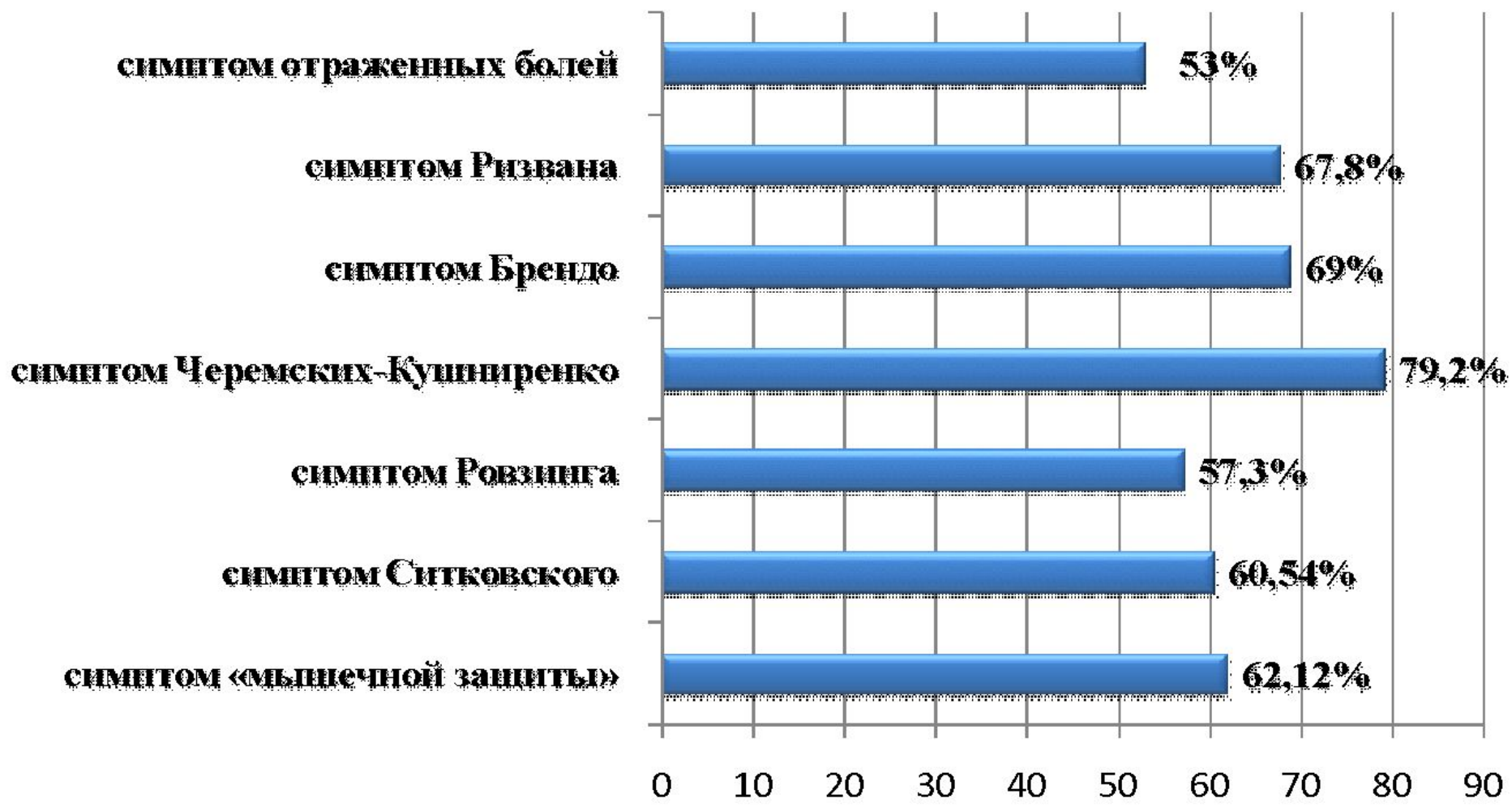
Клиническая картина

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

Во II половине беременности характер течения заболевания зависит от АФО.

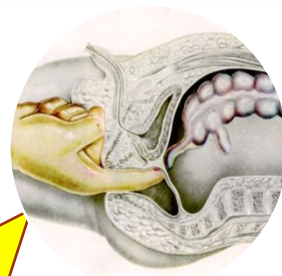
Общеклиническая симптоматика: боль в животе, увеличение частоты P_s , подъем температуры тела, рвота, вздутие живота, колики, одышка, затрудненное дыхание.

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**

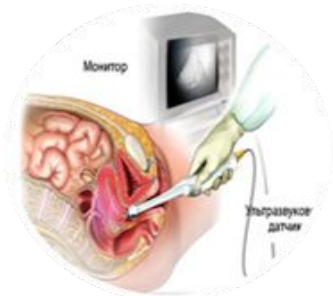
лимфоцитопения

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

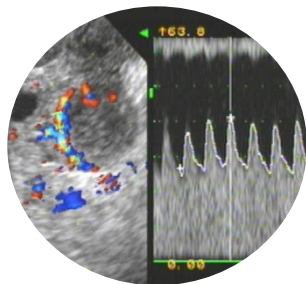
Дополнительные методы исследования



Трансабдоминальная
сонография



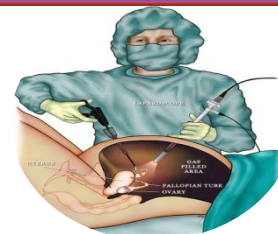
Трансвагинальное
сканирование



Доплерометрия



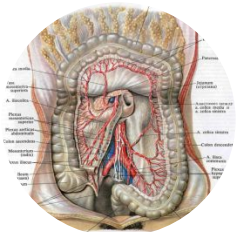
Кардиотокография



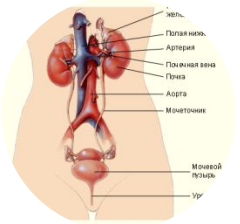
Лапароскопия

Дифференциальная диагностика

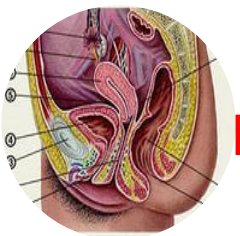
Локализация, характер, интенсивность и частота возникновения боли заставляет предполагать патологию:



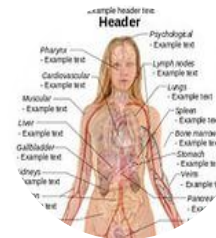
□ абдоминальную



□ 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



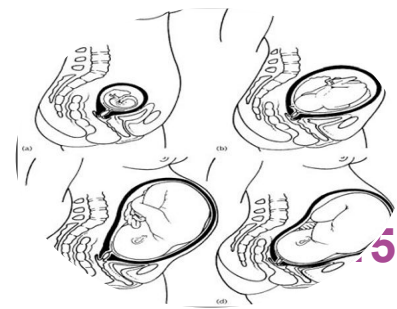
Цель лечения:

□ Экстренная госпитализация в х/о

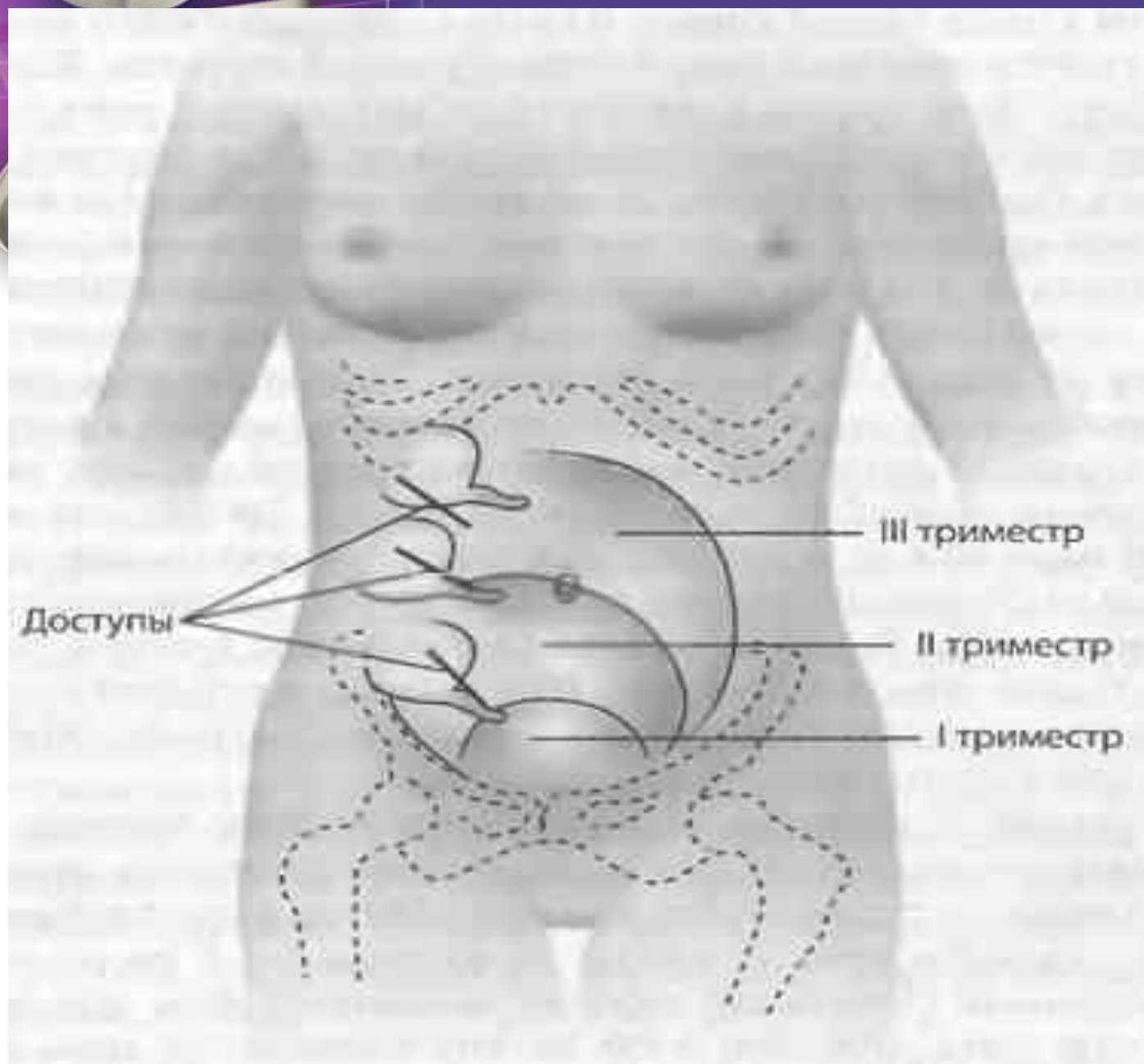
□ Любая форма ОА, в том числе, осложненная перитонитом, не является показанием к прерыванию беременности

□ Принцип хирургической тактики :

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





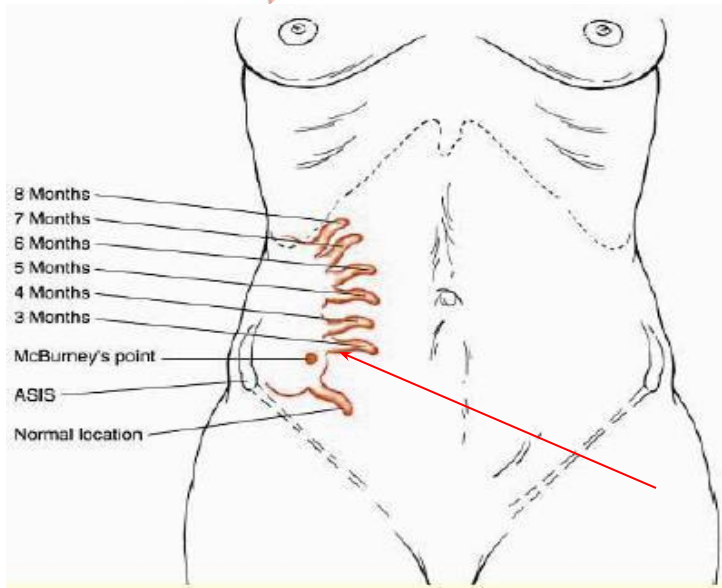


В связи с этим рациональным хирургическим доступом во время беременности следует считать:

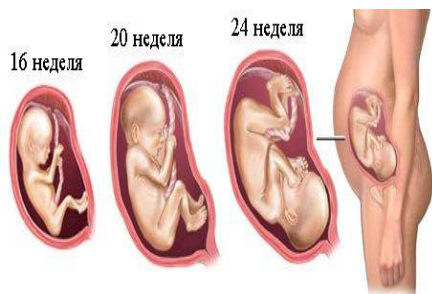
I триместр



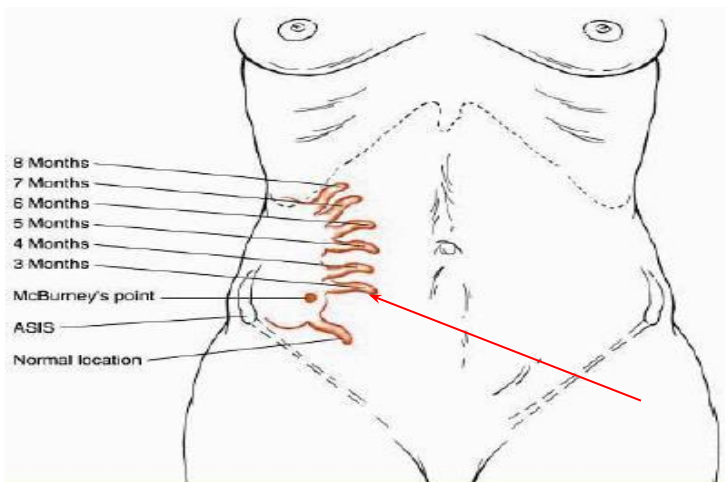
типичный косой переменный разрез в правой подвздошной области (по методике Волковича-Дьяконова); возможно использование оперативной лапароскопии;



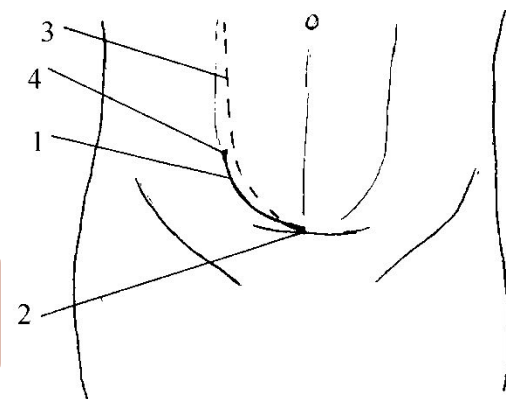
II триместр



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);



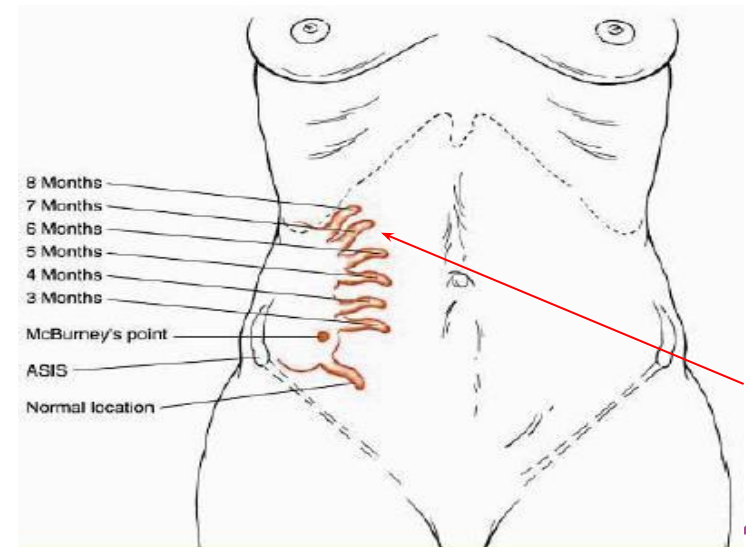
Параректальный доступ



III триместр



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



The image shows a close-up of surgical lights in an operating room. The lights are white with blue-tinted lenses and are mounted on a metal arm. The background is a blurred purple and white pattern.

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



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 two surgical lamps with glowing blue lights, set against a purple and pink background with abstract 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