

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РФ
«Медицинская академия имени С.И. Георгиевского
ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского»

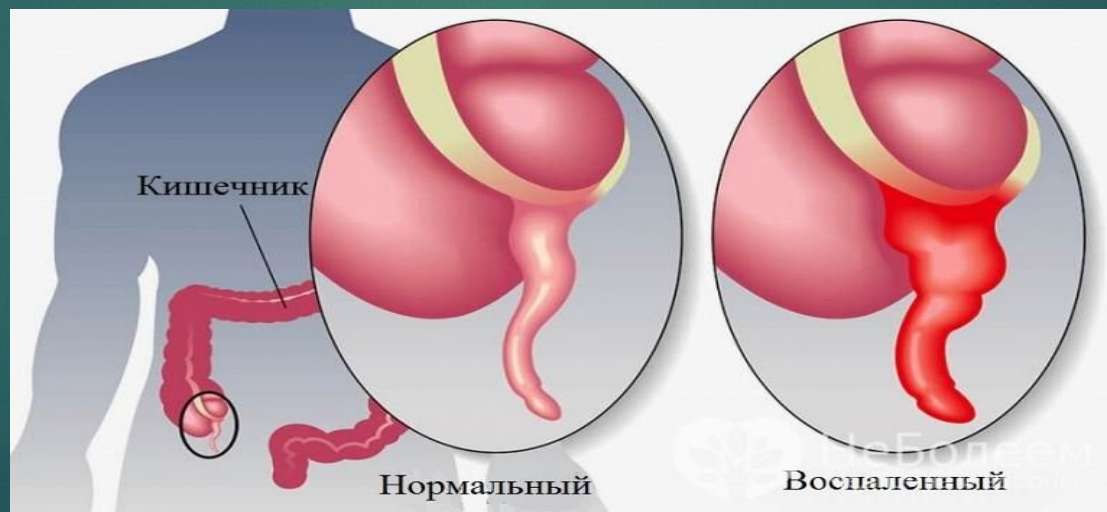
Кафедра Акушерства, гинекологии и перинатологии № 1


***ОСОБЕННОСТИ
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ
ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО
АППЕНДИЦИТА У БЕРЕМЕННЫХ***

Выполнила:
студентка группы Л1-С-О-171А
Болдырева Т.С.
Проверил:
д.м.н., проф. Баскаков П.Н.

Острый аппендицит (ОА)– это воспаление червеобразного отростка слепой кишки, обусловленное внедрением в его стенку патогенной микробной флоры.

Острый аппендицит — самая частая причина неотложных хирургических операций у беременных. Около 80 % случаев приходится на 1 и 2 триместр, 14% - на 3 триместр, 6% - послеродовой период.





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%.

Этиология



ДФО беременной

Растущая матка

**Склонность к
запорам**

Иммunosupрессия

**Предрасположенность к сосудистым тромбозам и
спазмам.**

Патогенез

перегиб, сдавление
аппендикса

↑
внутрипросветное
давление

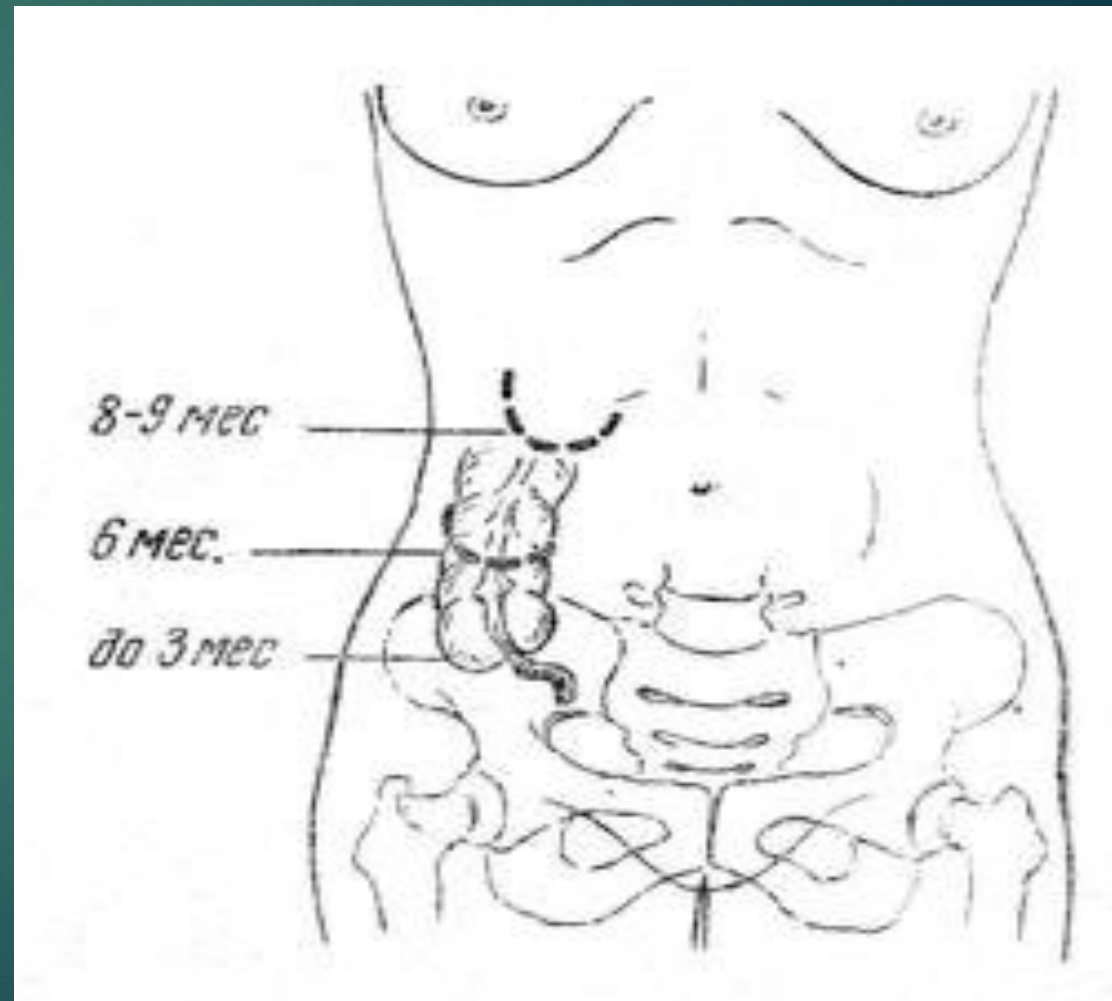
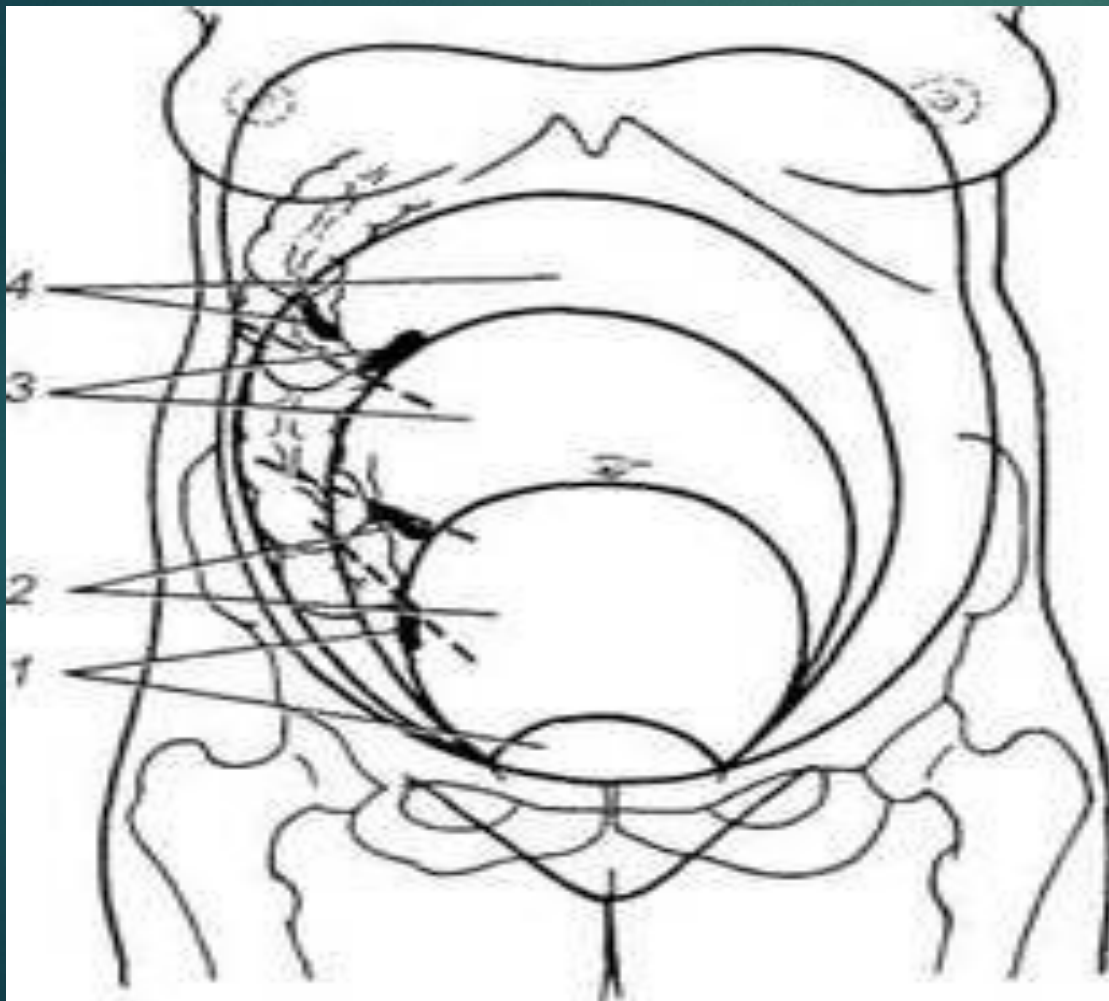
гемостаз в сосудах
стенки

ухудшение ее
питания

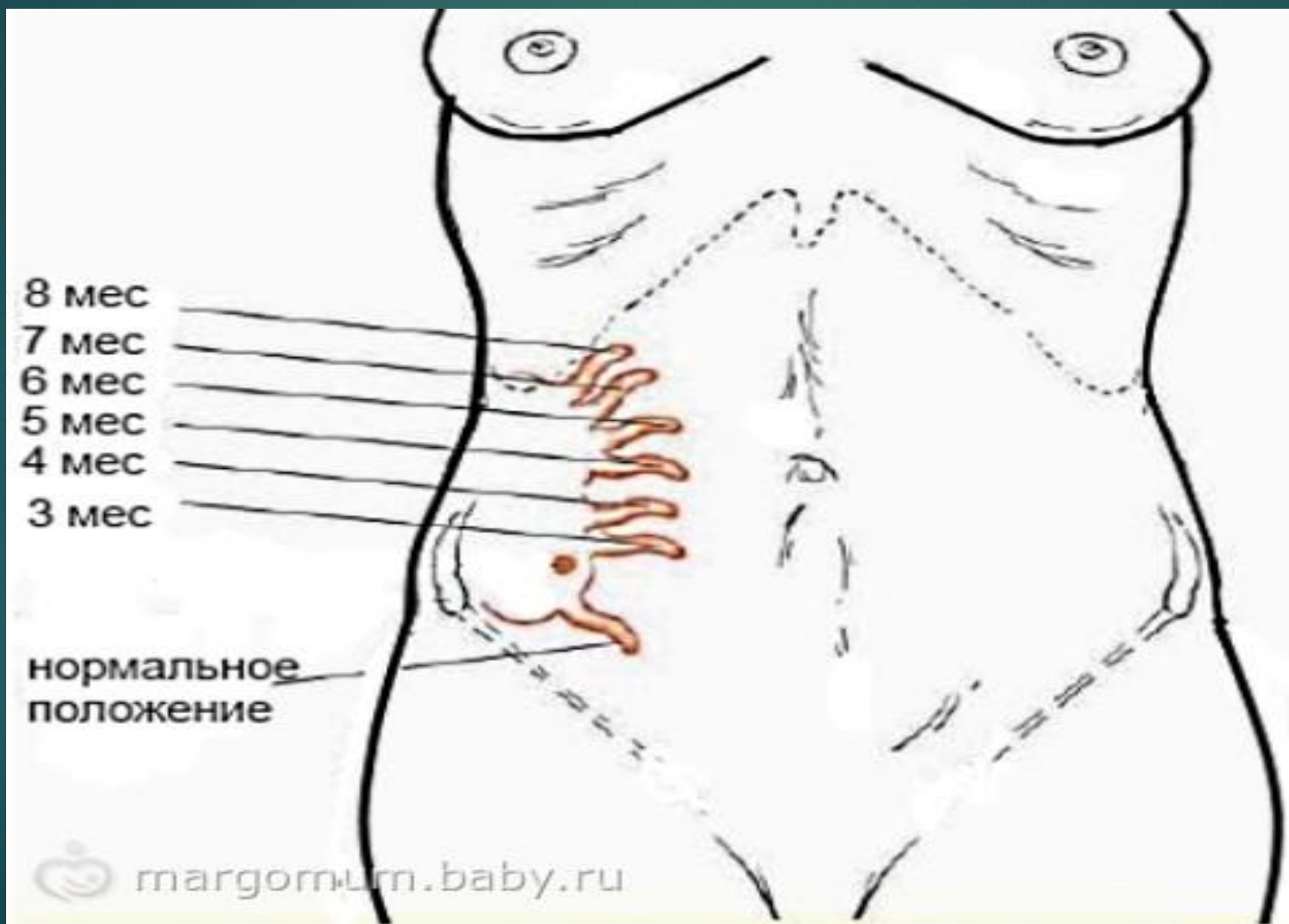
размножение
патогенной флоры



Положение слепой кишки в различные сроки беременности



В первой половине беременности проявления острого аппендицита не отличаются от обычных его проявлений



Особенности течения острого аппендицита у беременных

Во второй половине беременности изменяется локализация болей и болезненности (смещение слепой кишки и червеобразного отростка увеличенной маткой). Заболевание часто начинается внезапно с появления острых болей в животе, носящих постоянный характер, тошноты рвоты. В связи с изменением локализации аппендикса боли в животе могут определяться не только в правой подвздошной области, но и правом боковом фланке живота, правом подреберье и даже в эпигастральной области. Мышечное напряжение удается обнаружить не всегда, особенно в последнюю треть беременности, из-за выраженного перерастяжения передней брюшной стенки. Из болевых приемов наибольшую диагностическую ценность представляют симптомы Щеткина-Блюмберга, Воскресенского, Роздольского. Лейкоцитоз при остром аппендиците у беременных в большинстве случаев $8 \times 10^9 - 12 \times 10^9 / \text{л}$, часто со сдвигом влево.

Особенности клиники ОА

- ▶ Жалобы пациентки на боль в области пупка , которая распространяется по всему животу, позже переходит в правую подвздошную область;
- ▶ Учащение частоты пульса (90-100 в мин),
- ▶ Повышение температуры тела до 38 и выше,
- ▶ Тошнота , рвота.

Наиболее опасен острый аппендицит во второй половине беременности, особенно в III триместре.

- Несмотря на остроту и тяжесть течения воспалительного процесса, четкие клинические признаки аппендицита часто отсутствуют из-за изменения локализации аппендикса, больших размеров матки и перерастяжения брюшной стенки

СИМПТОМЫ:

- ▶ - симптом Щеткина — Блумберга часто выражен, возникает рано. Легко определить в I триместре и сложнее или невозможно во второй половине беременности, тк аппендикс не имеет близкого контакта с париетальной брюшиной.
- ▶ - симптом Ровзинга (усиление болей в области слепой кишки при надавливании в левой подвздошной области)
- ▶ - симптом Ситковского (усиление болей в положении больной на левом боку)

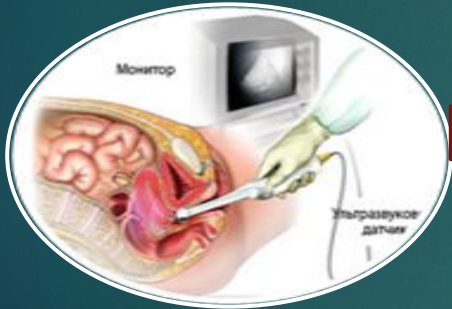
Диагностика

- Жалобы
- Анамнез
- Динамика заболевания (контролируют динамику температуры тела в течение 2 часов, общий анализ крови (лейкоцитоз $>12 \cdot 10^9$, сдвиг лейкоцитарной формулы влево) , биохимическое исследование крови, анализ мочи)
- Визуальный осмотр живота
- Поверхностная пальпация, затем глубокая (Пальпацию живота у беременной проводят не кончиками пальцев, а "плоской рукой", поскольку при ОА ищут не конкретную болезненную точку, а достаточно обширную область без четко выраженных границ)
- УЗИ органов малого таза и органов брюшной полости

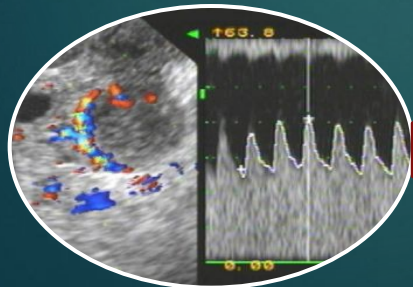
Дополнительные методы исследования



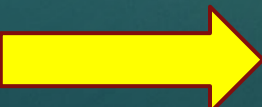
Трансабдоминальная
сонография



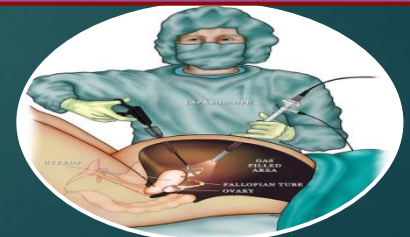
Трансвагинальное
сканирование



Доплерометрия



Кардиотокография



Лапароскопия

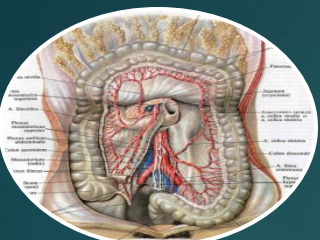


Эхографические признаки острого аппендицита:

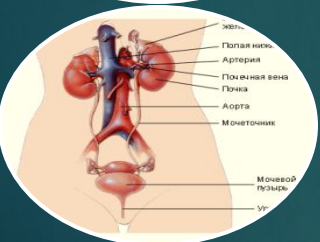
- ▶ Увеличение диаметра червеобразного отростка более 6мм, повышение контрастности структур, утолщение стенки.
- ▶ Ригидность червеобразного отростка при дозированной компрессии.
- ▶ Отсутствие перистальтической активности аппендикса.
- ▶ Паретические петли кишечника в правой подвздошной области.

Дифференциальная диагностика

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



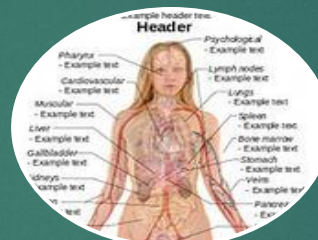
□ абдоминальную



□ 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!!!

I этап

Клинико-лабораторная диагностика

(Оценка клинических, параклинических и лабораторных данных)

Подтверждение диагноза

Операция

Невозможность подтвердить или исключить острый аппендицит

II этап

УЗИ брюшной полости и малого таза

Подтверждение диагноза

Операция

Невозможность УЗ-визуализации червеобразного отростка

III этап

Диагностическая лапароскопия

Исключение диагноза

Консервативное лечение

Подтверждение диагноза

Операция

Открытая или лапароскопическая аппендэктомия

Невозможность лапароскопической
визуализации или технического
выполнения лапароскопической
аппендэктомии

Операция

Лечение



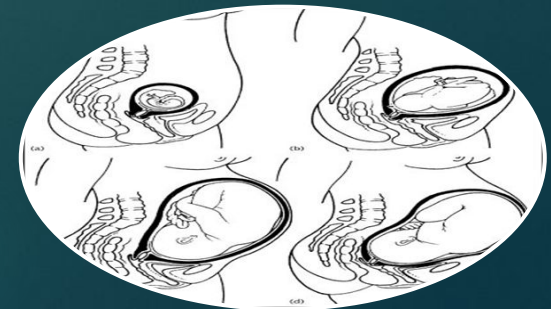
Цель лечения:

□ 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

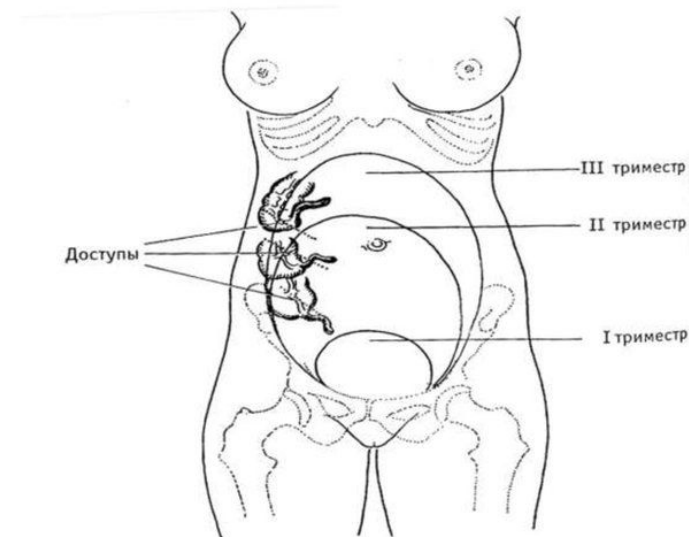


Хирургические доступы

Первые 12 ч с момента возникновения клинических симптомов – наилучшее время для операции – аппендэктомии.

- I триместр и поздний послеродовой период: доступ Волковича Дьяконова (типичный косой разрез в правой подвздошной области)
- Во вторую половину беременности, в родах и в первые 5 дней послеродового периода, а так же при перфорации или деструкции червеобразного отростка: нижнесрединная лапаротомия.
- У беременных, оперированных по поводу деструктивных форм аппендицита, показана антибактериальная терапия, которая проводится с I триместра В-лактамазными пенициллинами и цефалоспоридами. Терапия начинается с момента хирургического вмешательства и продолжается в течение 5-7 дней до полной санации воспалительного очага.

Доступы от срока беременности



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