

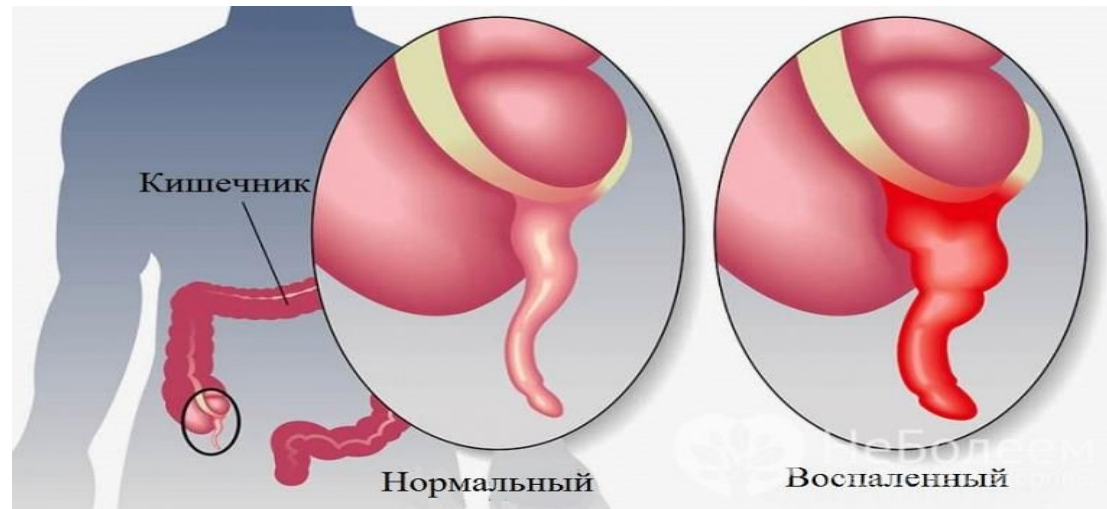
*Медицинская академия имени С.И. Георгиевского  
ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского»*

*Особенности  
дифференциальной  
диагностики острого  
аппендицита у беременных*

**Выполнила:** студентка 4 курса  
группы Л2-172(1)  
Клещукова Елена Олеговна

**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**



```
graph TD; A[Этиология] --> B[ДФО беременной]; B --> C[Растущая матка]; B --> D[Иммуносупрессия]; B --> E[Склонность к запорам]; C --> F[Предрасположенность к сосудистым тромбозам и спазмам.]; D --> F; E --> F;
```

**ДФО беременной**

**Растущая матка**

**Склонность к  
запорам**

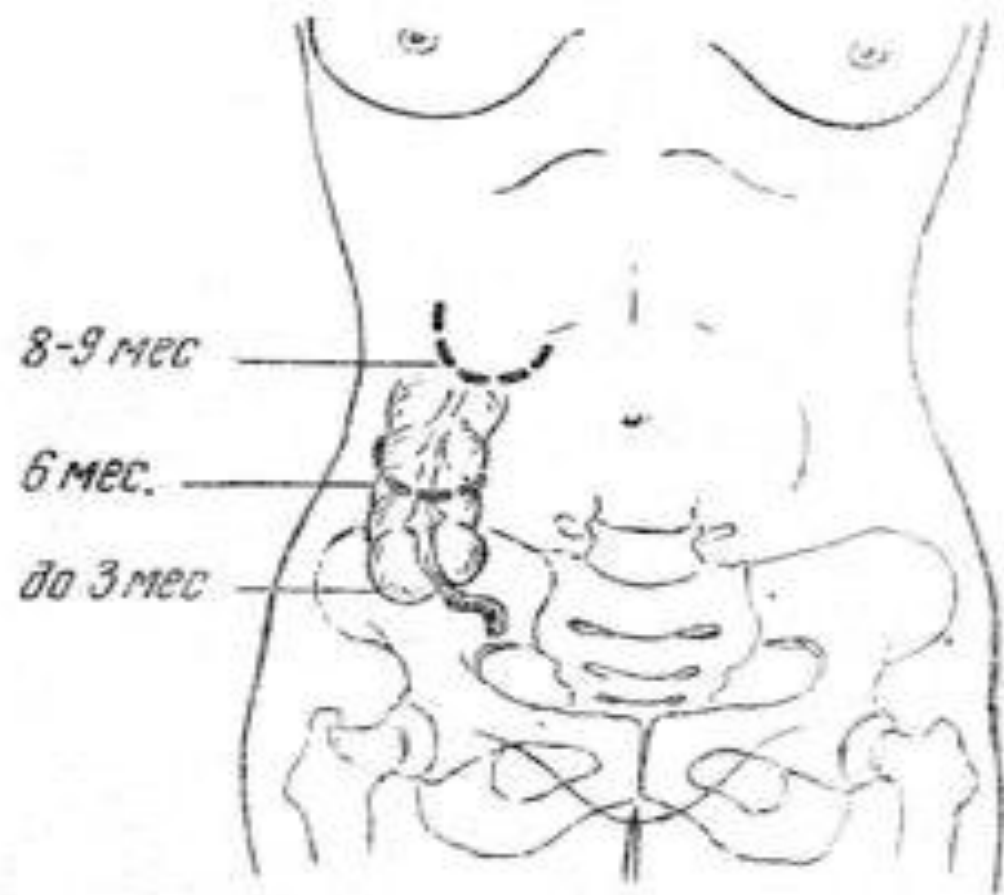
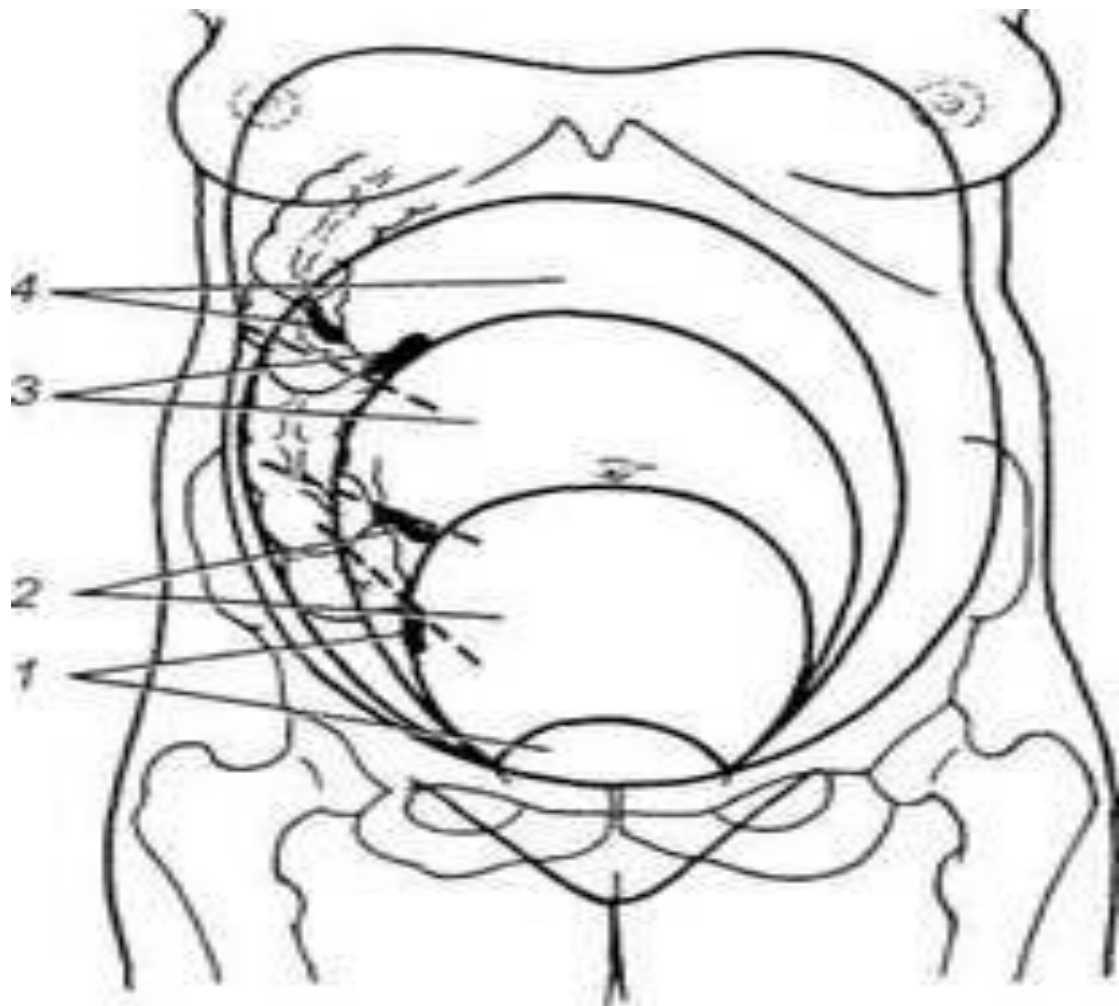
**Иммуносупрессия**

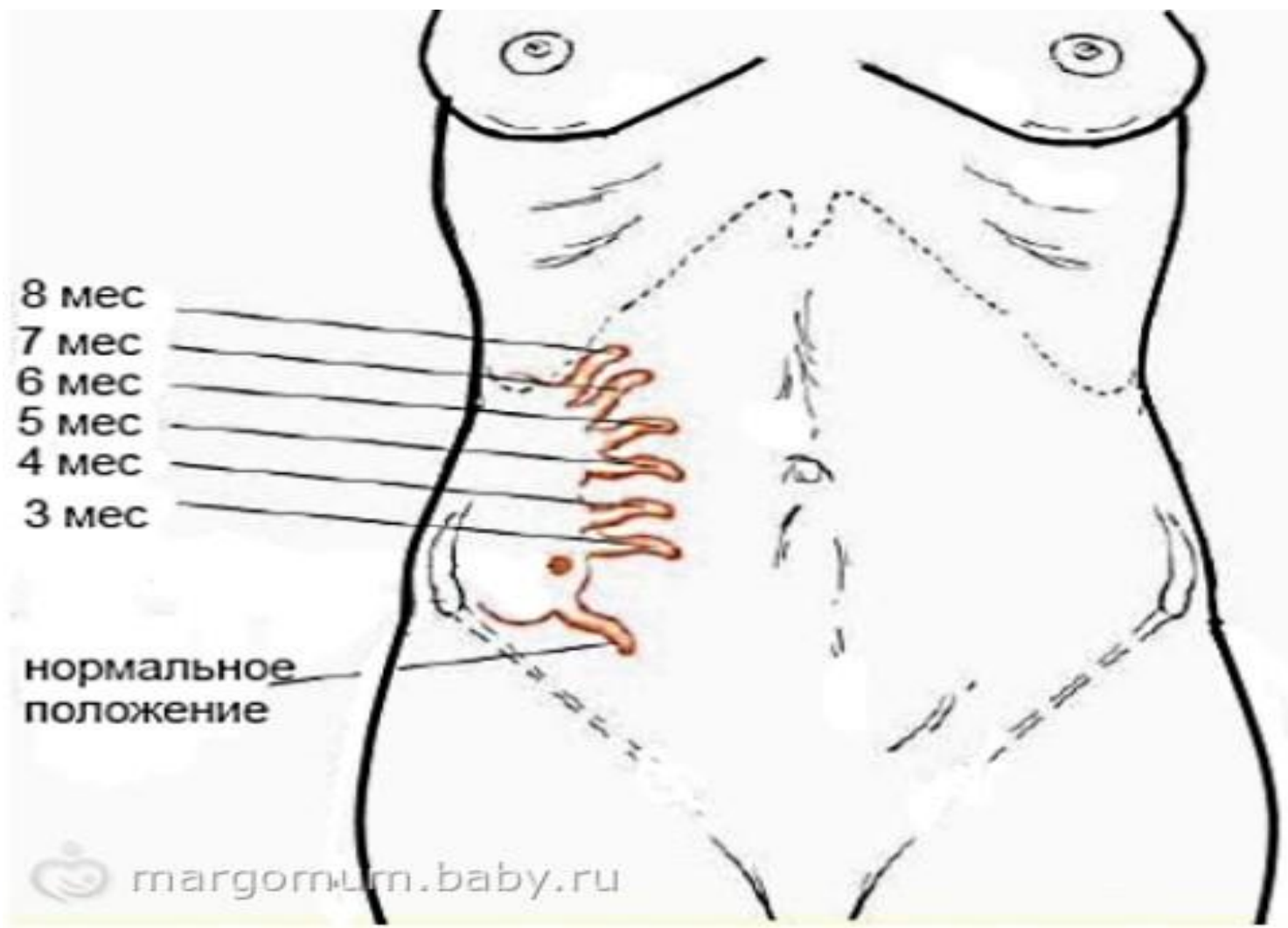
**Предрасположенность к сосудистым тромбозам и  
спазмам.**

# Патогенез



## Положение слепой кишки в различные сроки беременности





## 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 — Блюмберга 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)

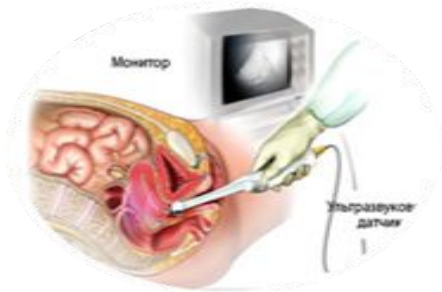
# Диагностика

- 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

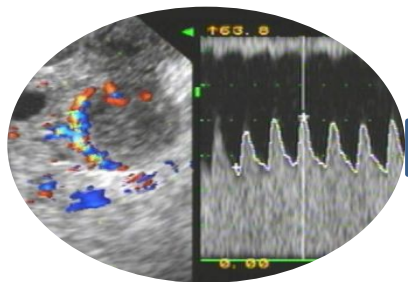
# Дополнительные методы исследования



Трансабдоминальная  
сонография



Трансвагинальное  
сканирование



Доплерометрия



Кардиотокография



Лапароскопия

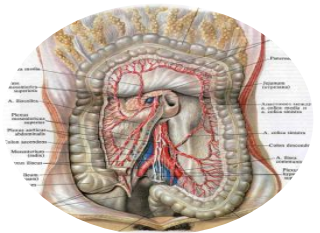
# Эхографические признаки острого аппендицита:

- 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.

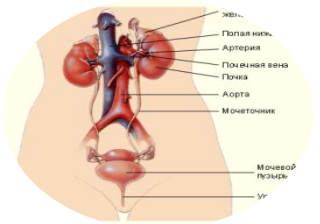
# Дифференциальная диагностика



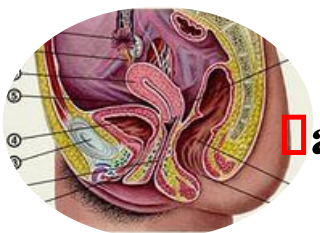
Локализация, характер, интенсивность и частота возникновения боли заставляет предполагать патологию:



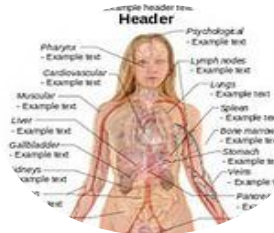
□ абдоминальную



□ 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



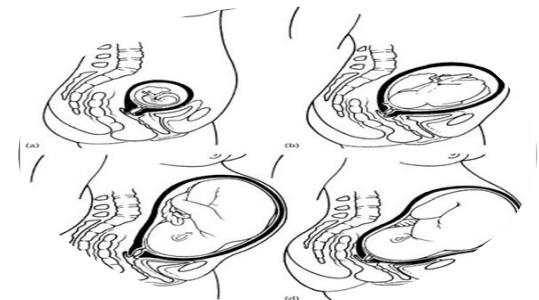
## Цель лечения:

□ Экстренная госпитализация в х/о

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

□ Принцип хирургической тактики :

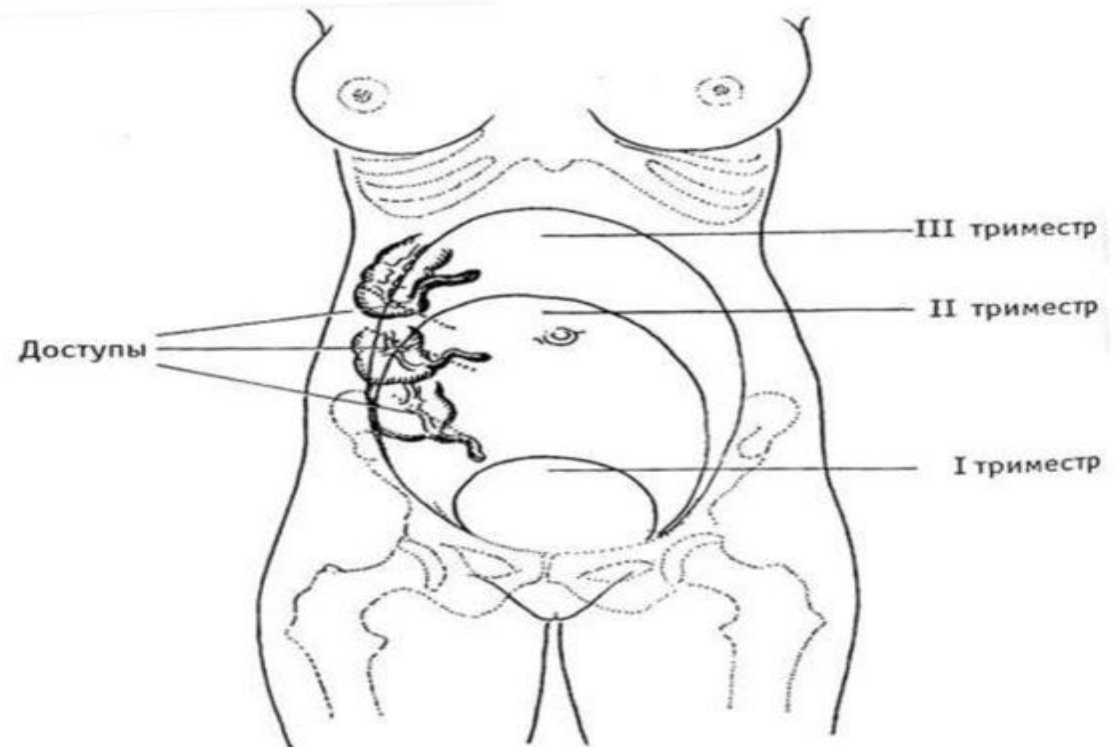
- ✓ Хирургическое вмешательство должно быть технически простым, максимально атравматичным.
- ✓ максимальная активность в отношении перитонита
- ✓ максимальный консерватизм в отношении беременности



## 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.





## **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