





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%.

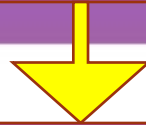


У беременных ОА встречается в 0,05-0,13% случаев. Наиболее часто он возникает в I (19-32%) и II триместрах (44-66%) беременности, реже в III триместре (15-16%) и послеродовом периоде (6-8%).





Этиология



АФО беременной

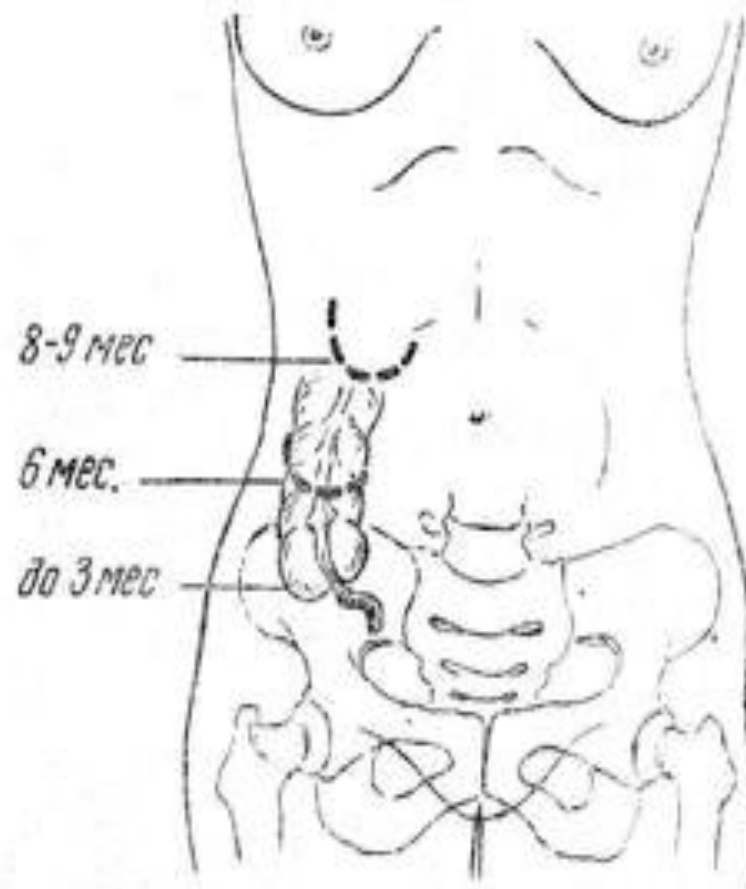
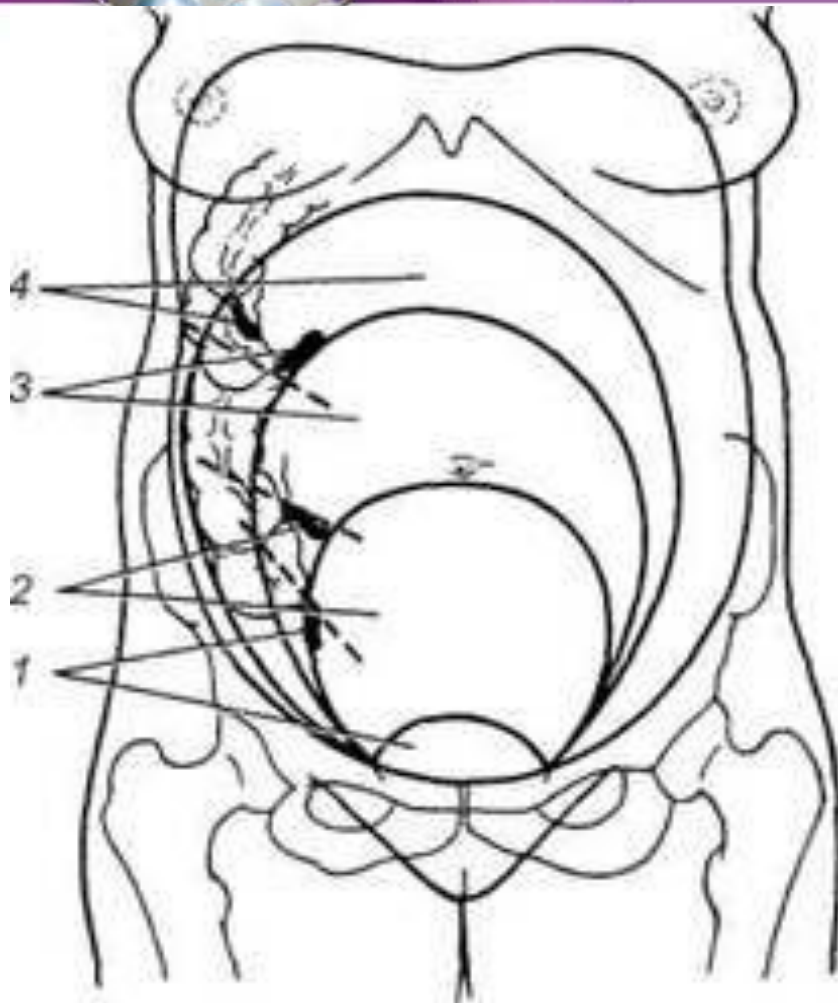
Растущая матка

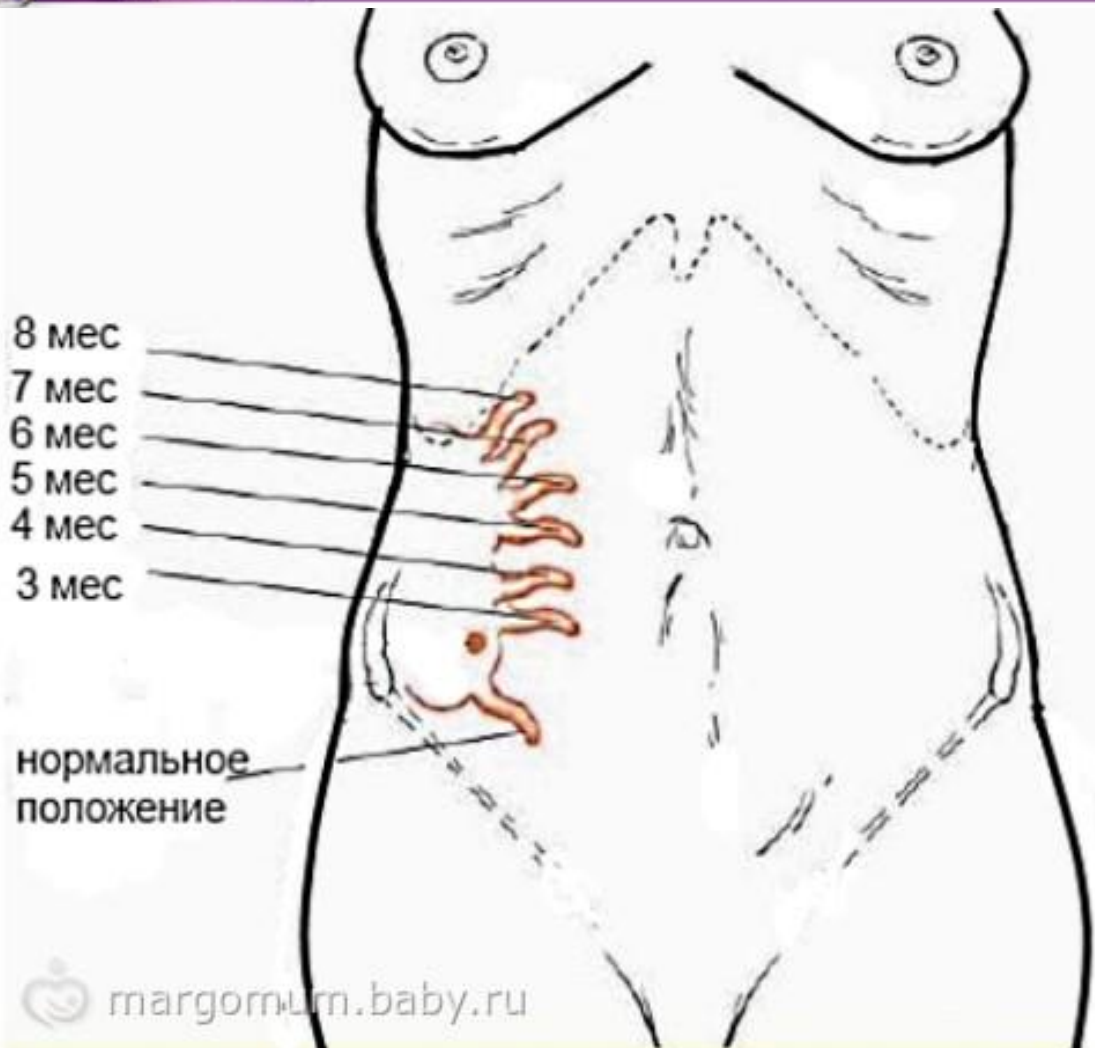
Склонность к
запорам

Иммуносупрессия

Предрасположенность к
сосудистым тромбозам и спазмам.

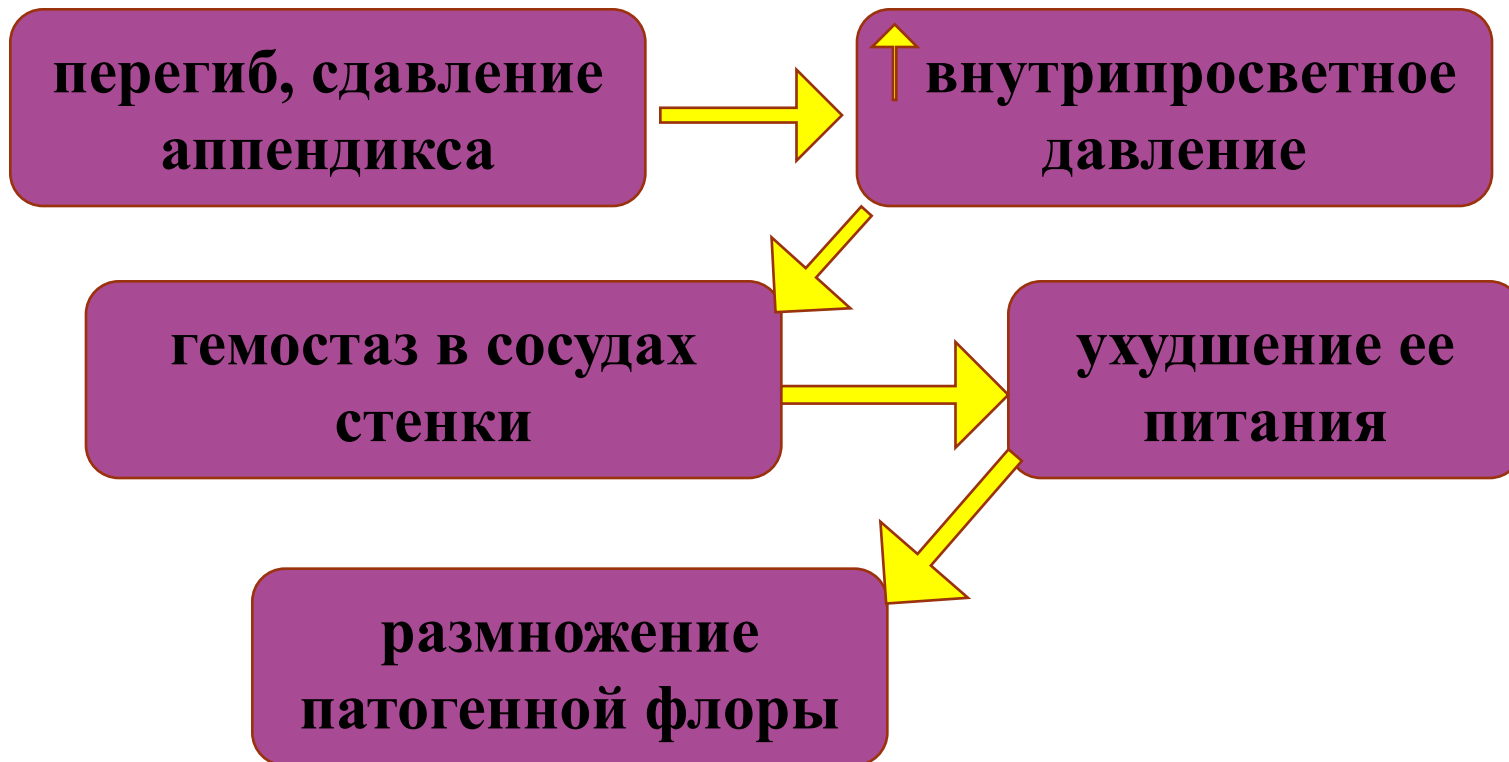
Положение слепой кишки в различные сроки беременности

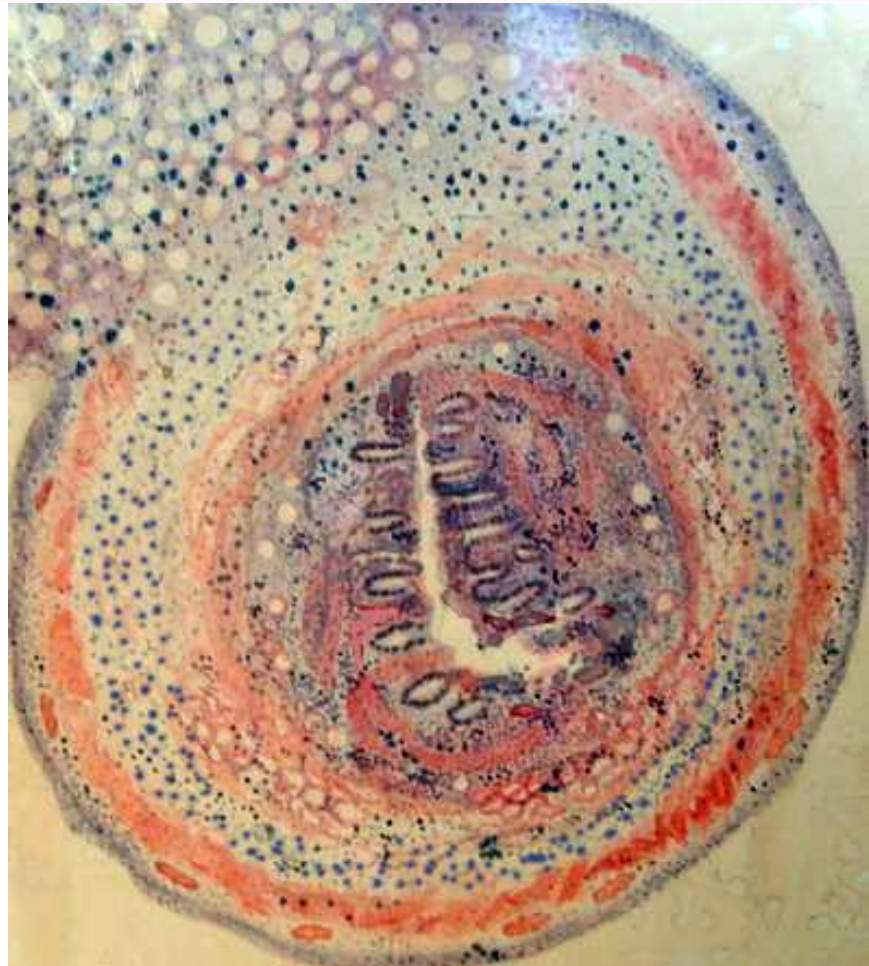
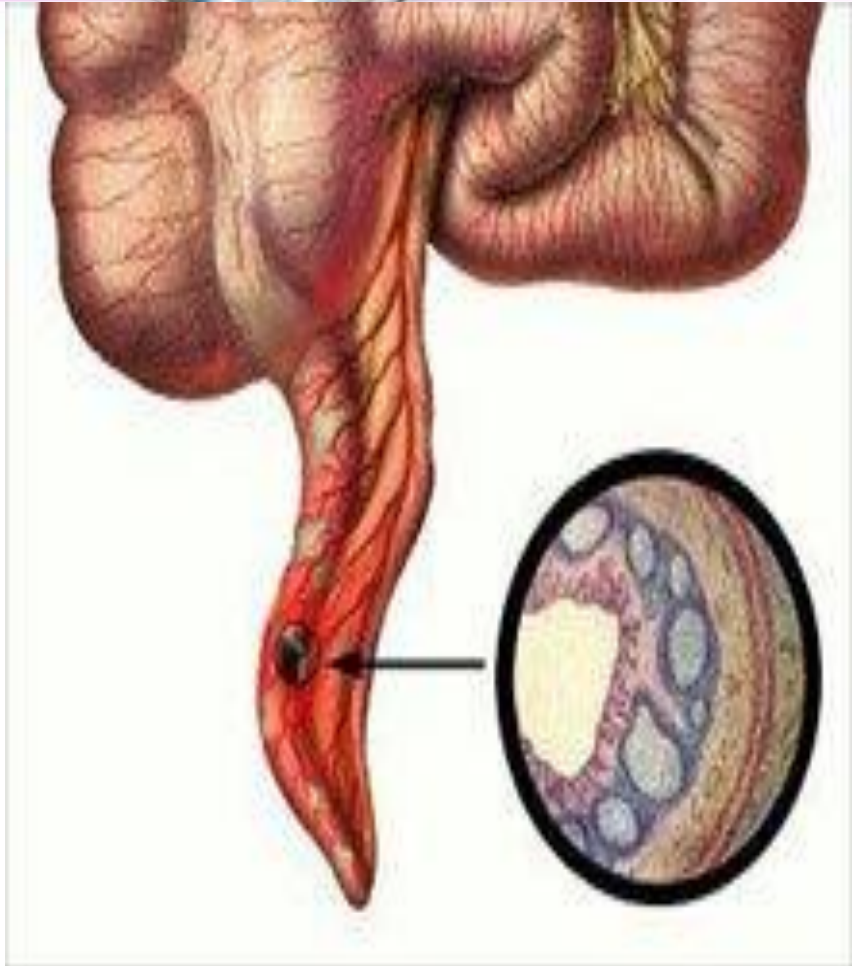






Патогенез







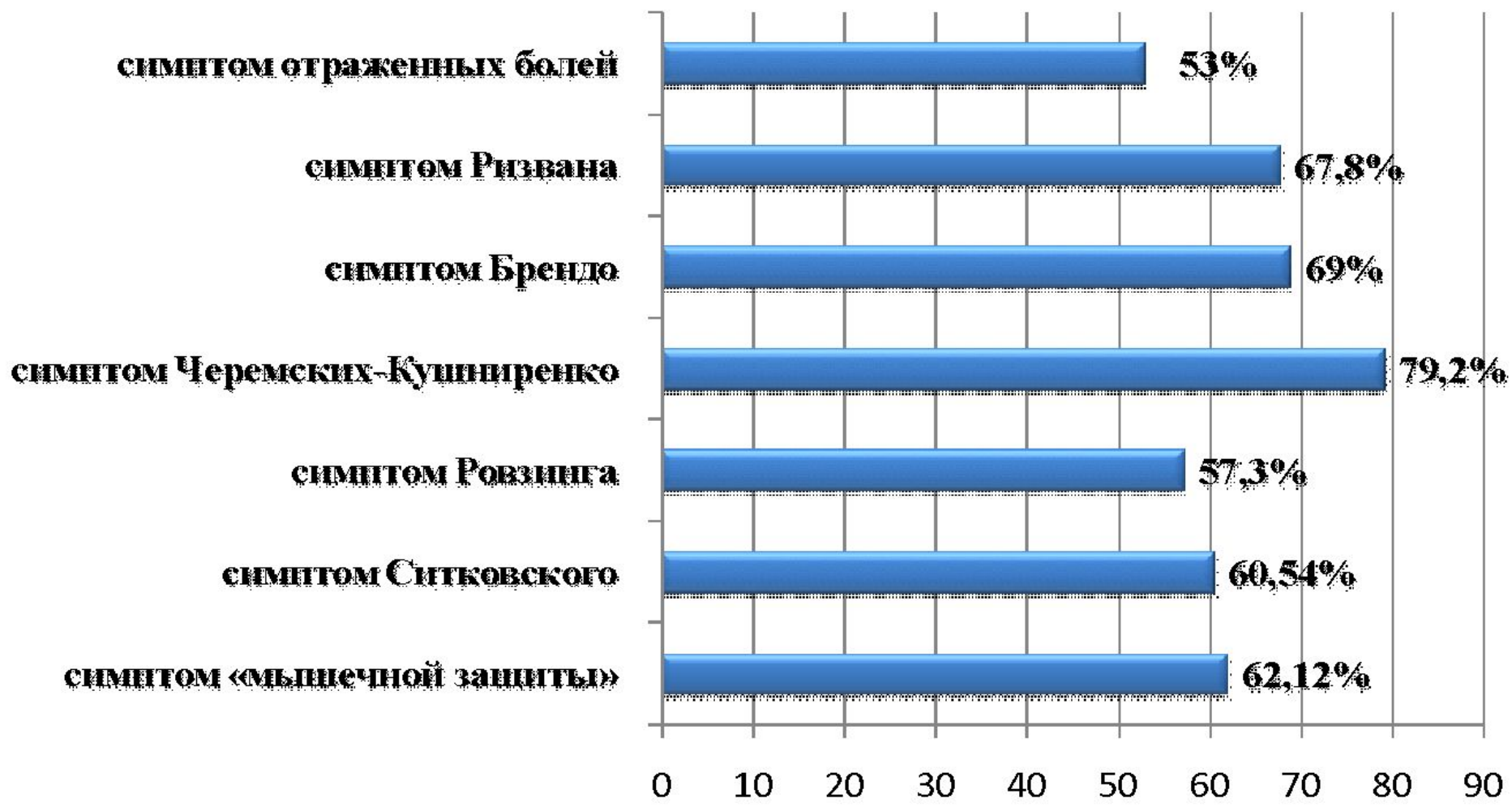
Клиническая картина

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

Во II половине беременности характер течения заболевания зависит от АФО.

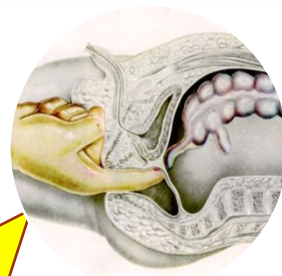
Общеклиническая симптоматика: боль в животе, увеличение частоты P_s , подъем температуры тела, рвота, вздутие живота, колики, одышка, затрудненное дыхание.

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**

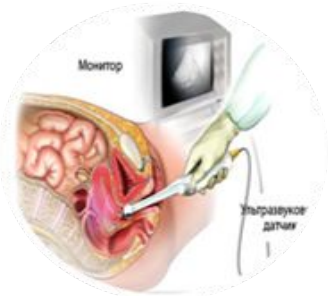
лимфоцитопения

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

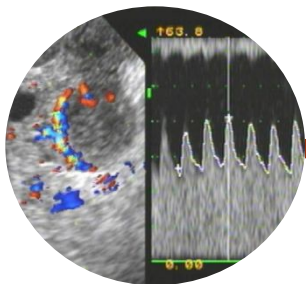
Дополнительные методы исследования



**Трансабдоминальная
сонография**



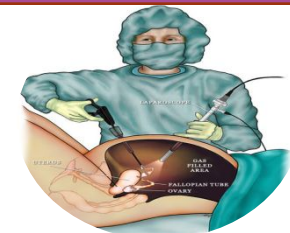
**Трансвагинальное
сканирование**



Доплерометрия



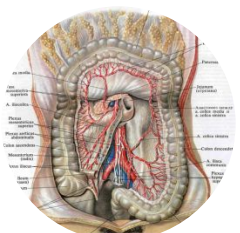
Кардиотокография



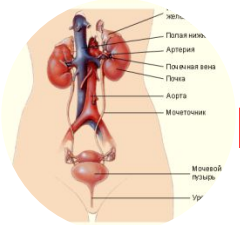
Лапароскопия

Дифференциальная диагностика

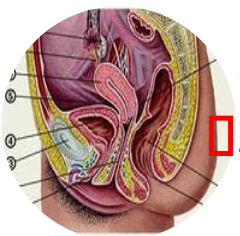
Локализация, характер, интенсивность и частота возникновения боли заставляет предполагать патологию:



□ 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



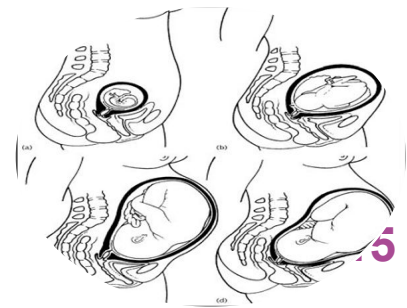
Цель лечения:

□ Экстренная госпитализация в х/о

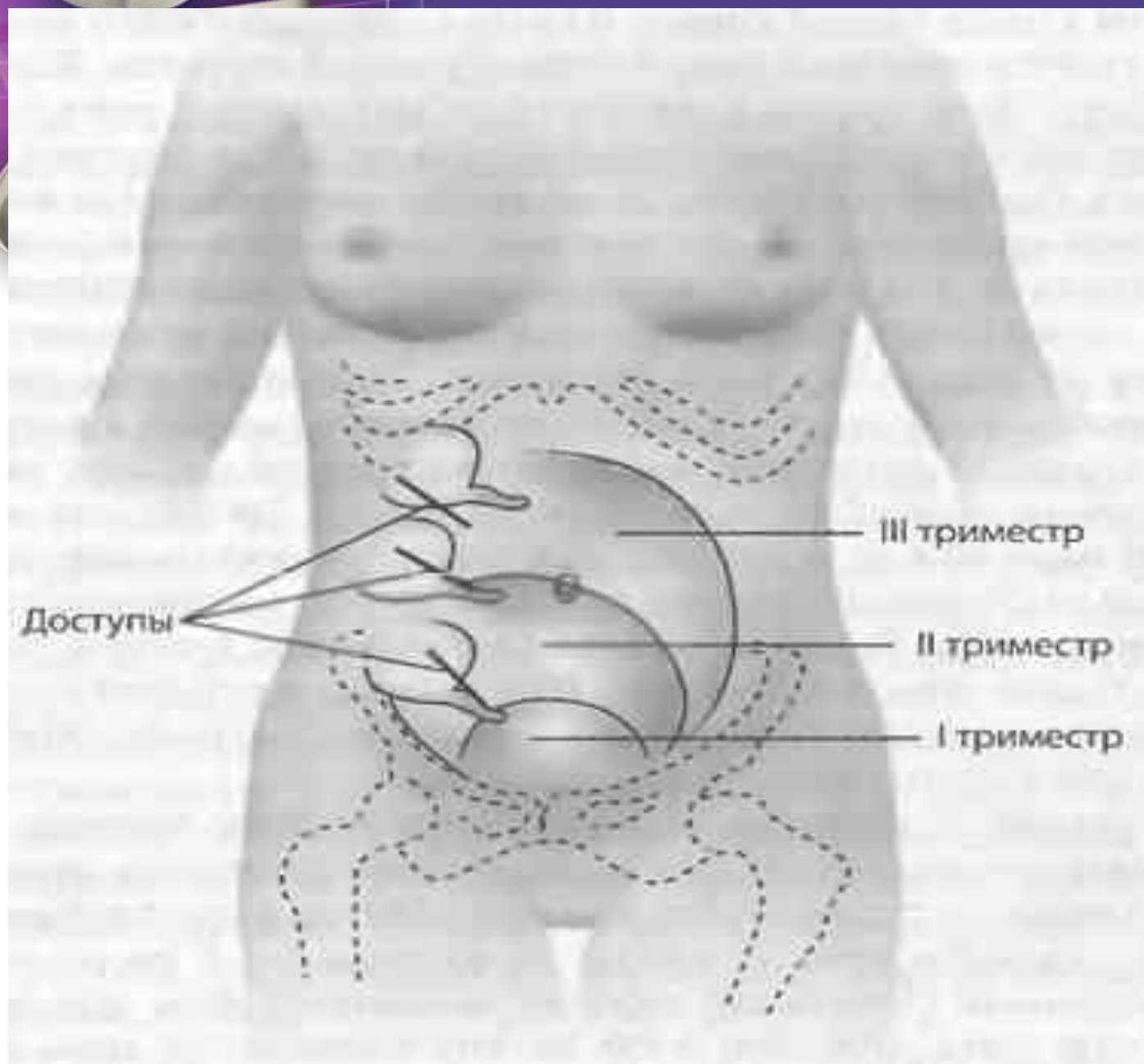
□ Любая форма ОА, в том числе, осложненная перитонитом, не является показанием к прерыванию беременности

□ Принцип хирургической тактики :

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





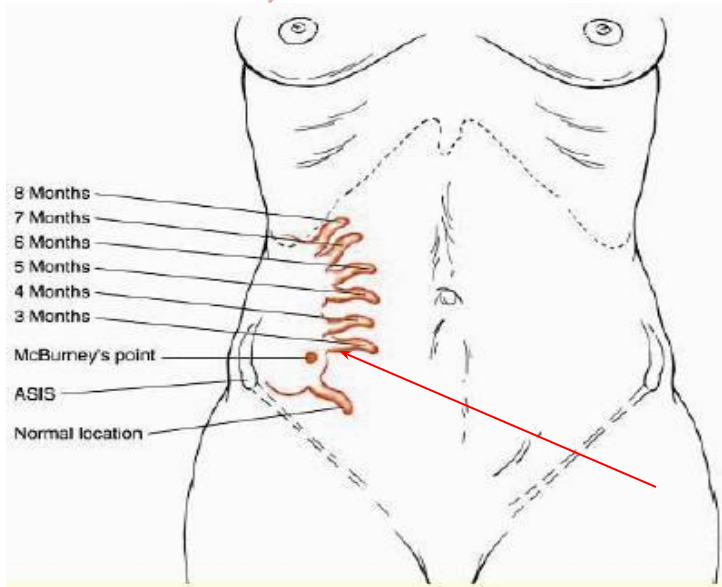


В связи с этим рациональным хирургическим доступом во время беременности следует считать:

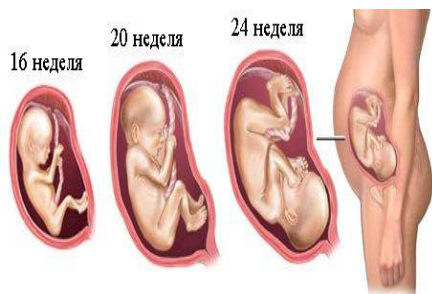
I триместр



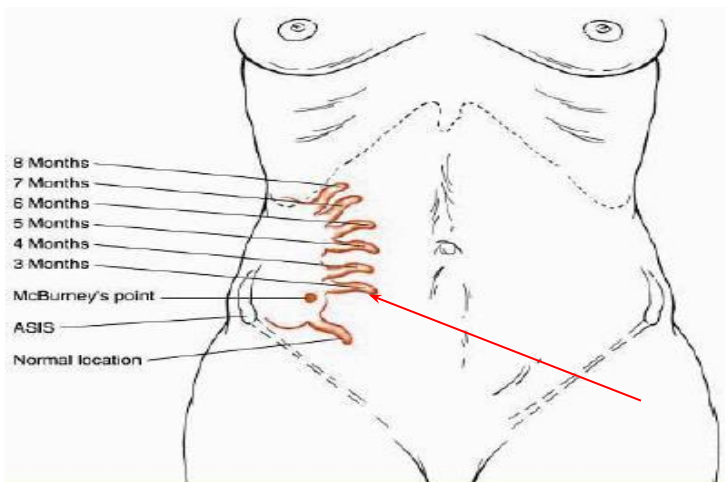
типичный косой переменный разрез в правой подвздошной области (по методике Волковича-Дьяконова); возможно использование оперативной лапароскопии;



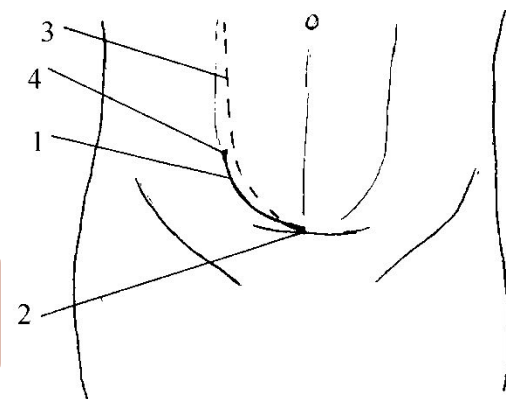
II триместр



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);



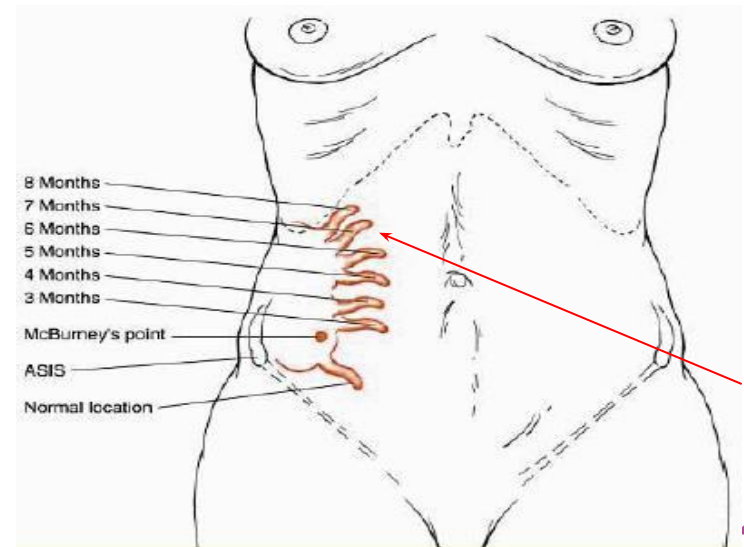
Параректальный доступ



III триместр



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



The background of the slide features a purple and pink gradient with abstract geometric shapes. In the upper left, there is an illustration of surgical lamps with glowing blue lights.

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 аппендэктомии 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 blue light, mounted on a wall against a purple background with abstract geometric patterns.

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