

Беременность и острый аппендицит.

2016

«Часто хирург не хочет оперировать беременную из-за боязни индуцирования родов и потери плода. Такая позиция является грубейшей ошибкой, приводя к очень высокой частоте развития перфоративного аппендицита. Лучшим правилом при подозрении на острый аппендицит является лечение пациенток, таким образом, как если бы они не были беременны»

**L.M. Nyhus и соавт.,
«Боль в животе: Руководство по неотложной диагностике» 1996 г.**

АКТУАЛЬНОСТЬ

- 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. [Федоров И. В. 2010 г., Фрилэнд М. 2010 г., Шапкин Ю.Г. 2012 г.]
- 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%. [Стрижаков А.Н. 2006 г., Шаймарданов Р.Ш. 2011 г., Шапкин Ю.Г. 2012 г.]

- 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%). [Самойлова Ю. А. 2007 г., Рычагов Г.П. 2011 г.]

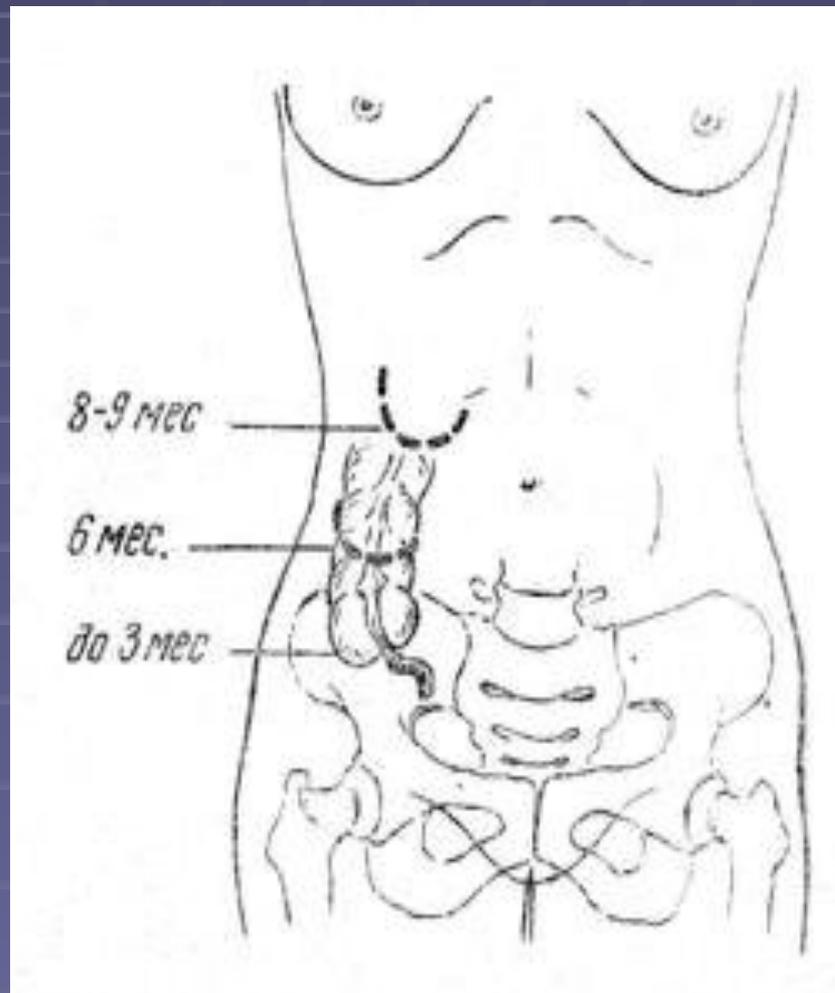
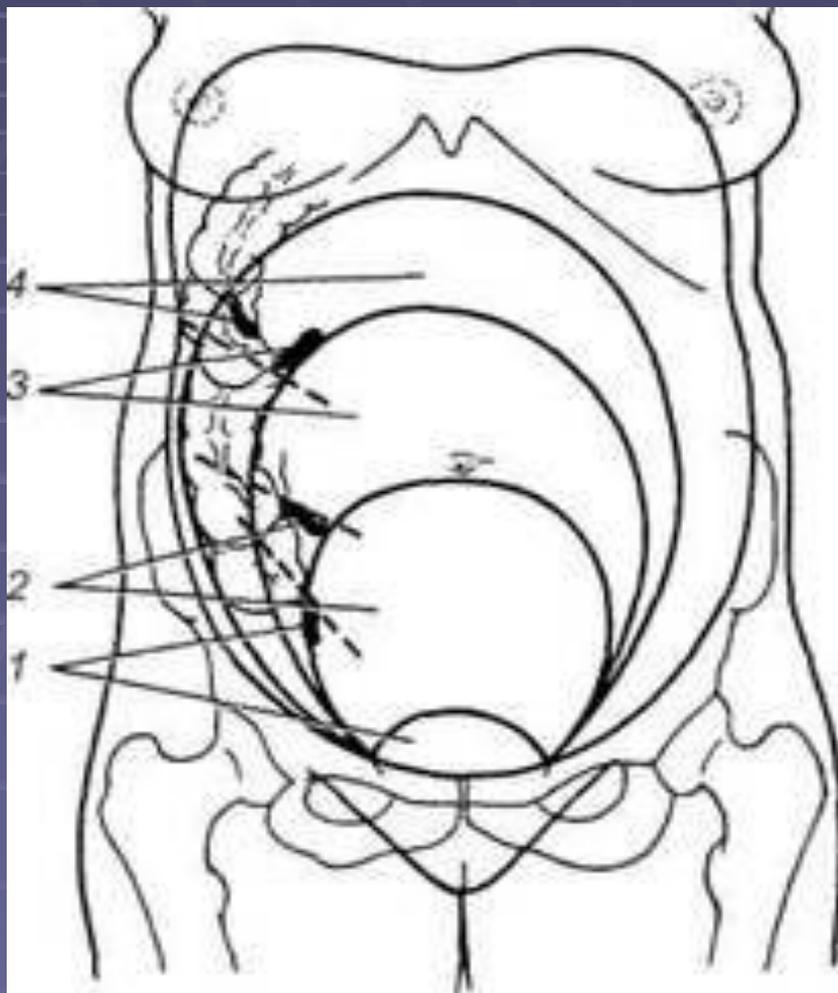


Этиология

ОА возникает из-за АФО беременной:

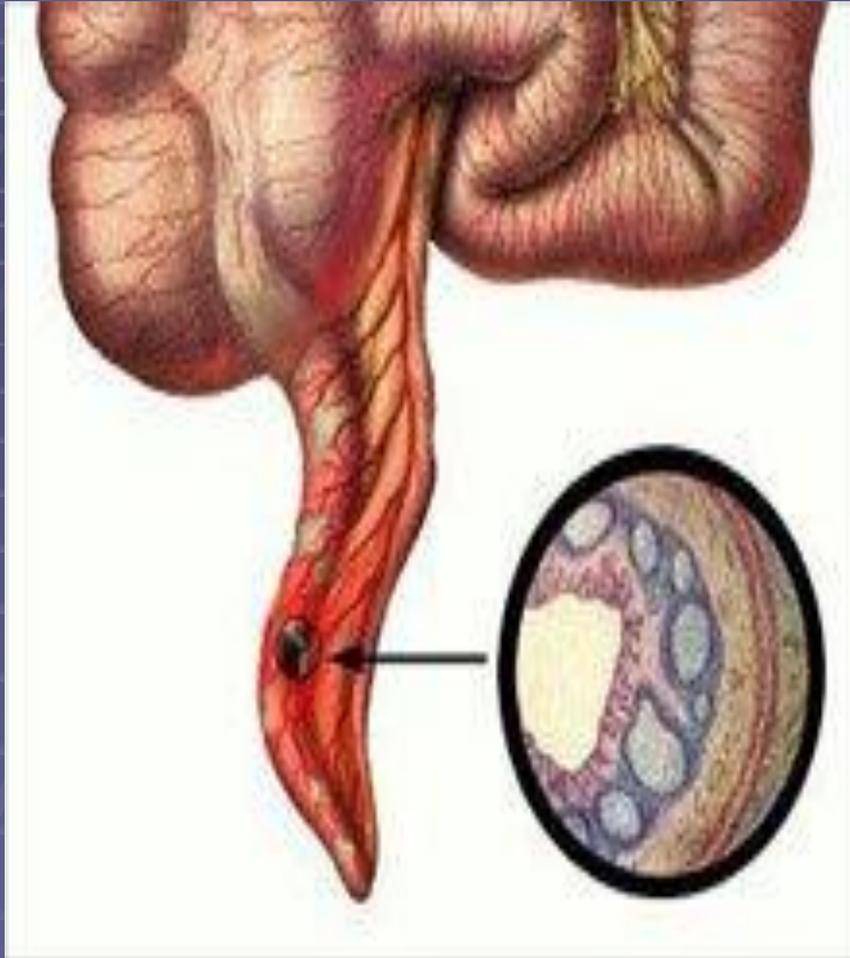
- Растущая матка
 - Склонность к запорам
 - Иммуносупрессия
 - Предрасположенность к сосудистым тромбозам и спазмам.
- + теории возникновения ОА

Положение слепой кишки в различные сроки беременности



Патогенез

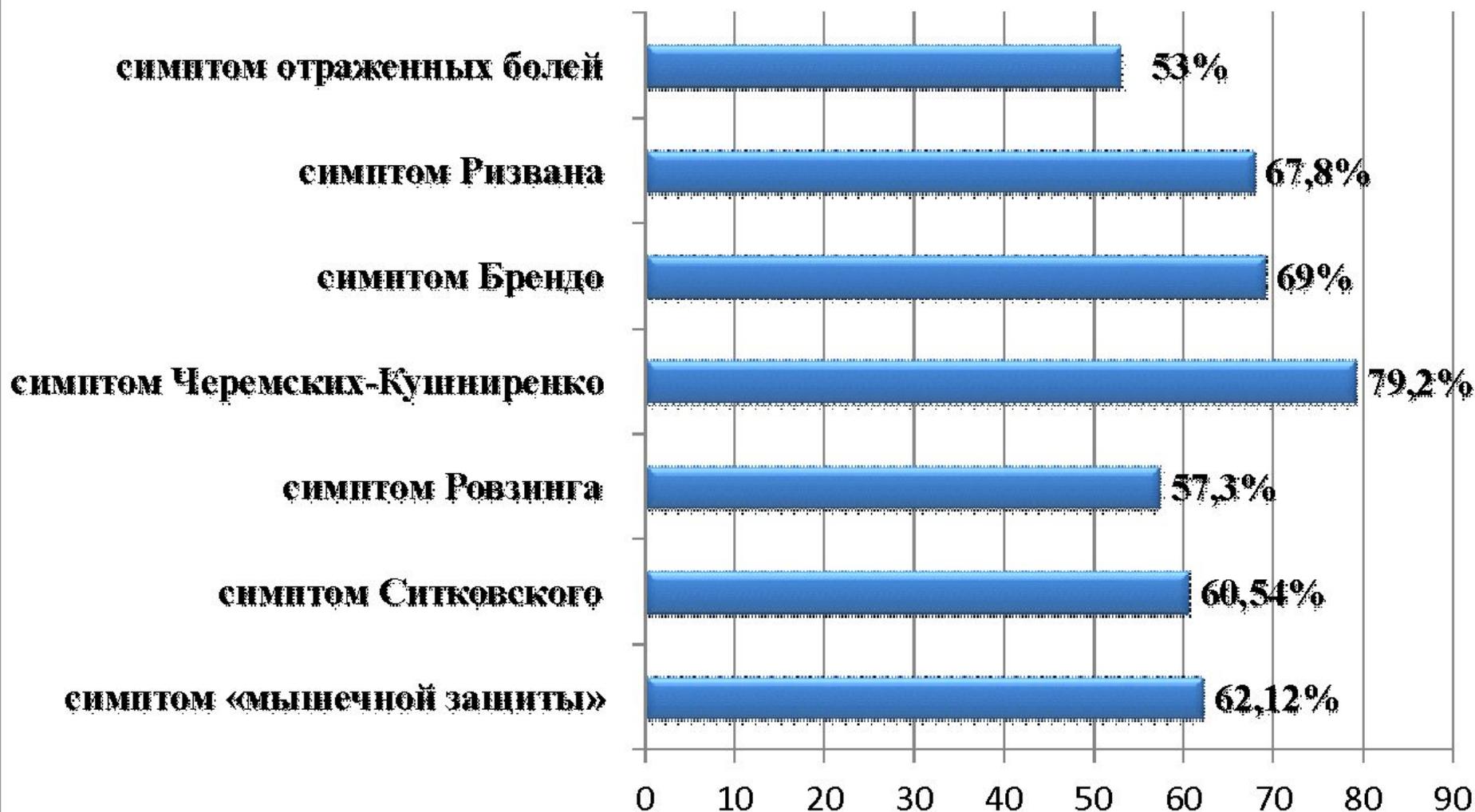
- Развитию воспалительного процесса способствует застой содержимого в appendix vermiformis, вызываемый различными причинами (перегиб, сдавление). При этом в нем повышается внутрипросветное давление и возникает гемостаз в сосудах стенки, что ведет к ухудшению ее питания и усиленному размножению патогенной флоры.
- К предрасполагающим факторам относят питание и различные варианты расположения аппендикса в брюшной полости.



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.

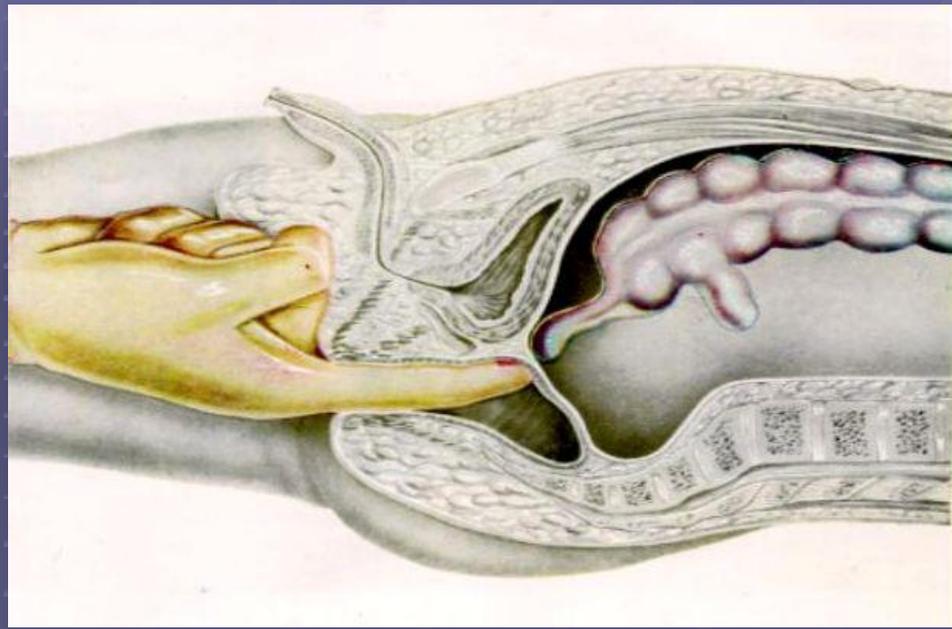
- Тщательный сбор, детализация жалоб больной и анамнеза заболевания.
- Выявление для ОА характерных симптомов.
- Ректальное и вагинальное исследование.
- Лабораторные исследования.
- Исключение заболеваний, симулирующих острую патологию в брюшной полости

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

- **Общий анализ крови (динамическое исследование лейкограммы выявляет: лейкоцитоз, лейкоцитарный сдвиг влево, лимфоцитопения), мочи, определение лейкоцитарного индекса интоксикации.**

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

- **Дополнительные методы исследования: эхография, доплерометрия, кардиотокография, лапароскопия.**



Дифференциальная диагностика

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

- абдоминальную,
- акушерско-гинекологическую,
- урологическую,
- 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

- Экстренная госпитализация в х/о
- Данные литературы в выборе метода анестезии неоднозначны. Используют спинномозговую, эпидуральную анестезию и общее обезболивание.
- Хирургическое вмешательство при ОА и его осложнениях во время беременности должно быть адекватным тяжести патологического процесса в брюшной полости, технически простым, максимально атравматичным.

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

- **в I триместре** - типичный косой переменный разрез в правой подвздошной области (по методике Волковича-Дьяконова); возможно использование оперативной лапароскопии;
- **во II триместре** - параректальный доступ; выполнение аппендэктомии из косого переменного доступа в правой подвздошной области по методике Волковича-Дьяконова до 24 недели беременности (доступ должен быть широким, 7-9 см);
- **в III триместре** и осложненных формах острого аппендицита (независимо от срока гестации) - срединная лапаротомия.

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

Введение беременности после аппендектомии

С целью профилактики послеоперационных гнойно-септических осложнений и внутриутробного инфицирования плода беременным, независимо от гестационного срока и клинико-морфологической формы острого аппендицита, после аппендэктомии показано проведение антибактериальной терапии, которая проводится в I триместре - полусинтетическими пенициллинами, а во II и III триместрах - полусинтетическими пенициллинами или цефалоспорины.

I триместр беременности

- физический покой, соблюдение режима «bed rest»;
- психотерапия, седативные средства: отвар пустырника, валерианы;
- спазмолитическая терапия: но-шпа по 0,04 г 3 раза в сутки, свечи с папаверином гидрохлоридом 0,02 мг 3-4 раза в сутки;
- при появлении клинических симптомов угрозы прерывания беременности и ЭХО признаков повышенного тонуса миометрия после 7-8 недели беременности использование прогестагенов (утрожестан, дюфастон);
- при наличии мажущих кровянистых выделений и ультразвуковых признаках частичной отслойки хориона после 5 недели беременности необходимо использовать малые дозы эстрогенов.

II и III триместр беременности

Проводится токолитическая терапия, включающая:

- проведение инфузионной терапии 25% сульфатом магния на операционном столе во время хирургического вмешательства, с последующим продолжением в послеоперационном периоде;
- применение таблетированных форм (β_2 -адреномиметиков в суточной дозе 3 мг (гексопреналина) в сочетании с блокаторами кальциевых каналов;
- при развитии преждевременных родов в раннем послеоперационном периоде показана профилактика глюкокортикоидными препаратами респираторного дистресс-синдрома у новорожденных;
- при купировании симптомов угрозы прерывания беременности применение таблетированных форм β_2 -адреномиметиков в течение 21-30 дней;
- физический покой, соблюдение режима «bed rest»;
- применение β_2 -адреномиметиков и прогестагенов;
- дополнительные корректирующие средства угрозы прерывания беременности - спазмолитические и седативные препараты (по схеме, как в I триместре беременности);

- **Беременным после аппендэктомии с целью профилактики развития фетоплацентарной недостаточности показано проведение терапии актовегином по 200 мг 3 раза в день, в сочетании с курантилом или тренталом по 100 мг 3 раза в день в течение трех недель.**
- **Методом выбора родоразрешения в раннем п/о периоде является ведение родов через естественные родовые пути.**
- **Показано клинико-лабораторное и эхографическое обследование новорожденных от женщин, перенесших аппендэктомию, с клиническими признаками фетоплацентарной недостаточности.**



Спасибо за