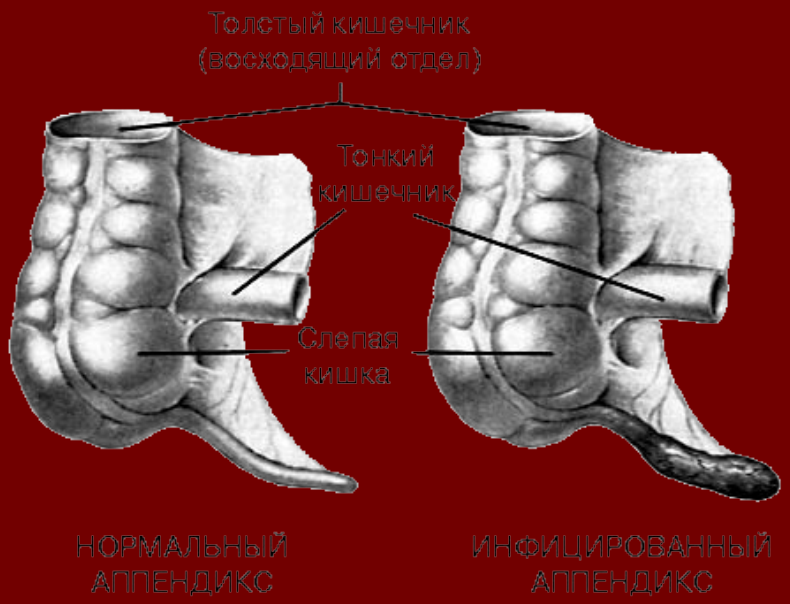
Аппендицит у беременных.

Определение.



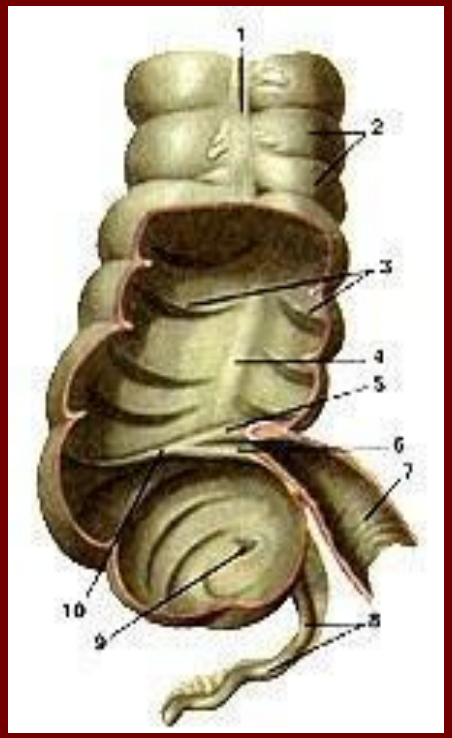
- Аппендицит представляет собой воспаление червеобразного отростка слепой кишки.
- наиболее распространенное хирургическое заболевание у беременных, угрожающее жизни матери и плода

Статистика.

- У беременных данное заболевание встречается с частотой = 1 случай на 800-2000 беременных.
- С увеличением срока беременности частота и тяжесть осложнений от аппендицита возрастает ,что обусловлено трудностями диагностики ,неадекватным ведением пациентки запоздалым оперативным лечением.

Этиология и патогенез

-смещение слепой кишки вместе с червеобразным отростком кверху и кнаружи вследствие увеличения беременной матки. Происходит перегиб отростка .его растяжение ,ухудшение кровоснабжения и нарушение опорожнения.



- Склонность к запорам во время беременности способствует застою кишечного содержимого и повышению активности кишечной микрофлоры.С маткой образуются спайки ,что приводит к усилению ее сократительной деятельности, а у 2,7-3,2% женщин к прерыванию беременности.

Особенности клиники.

- Может носить стертый характер.
- Типичные симптомы при распространенном процессе
- В первой половине беременности практически не отличается от таковой у небеременных
- Во второй половине беременности характер течения заболевания во многом зависит от тех изменений, которые произошли в отростке и от его расположения.

- Боли в животе при аппендиците могут быть не такими выраженными, как у небеременных.
- Наличие болей в животе во время родов может быть замаскировано схватками, а после родов - болями, связанными с воспалительными заболеваниями матки и ее придатков.

Сложности в диагностике

- такие симптомы, как повышение температуры тела, тошнота и рвота в начале беременности теряют свою диагностическую ценность, так как могут быть обусловлены ранним токсикозом, а абдоминальные боли являются типичными для таких осложнений, как угроза выкидыша, внематочная беременность.

- Во второй половине беременности симптомы раздражения брюшины бывают плохо выражены или отсутствуют из-за растяжения передней брюшной стенки и отсутствия прямого контакта отростка с брюшиной, так как этому препятствует увеличенная беременная матка. Начиная со второй половины беременности после 20 недель увеличенная в размерах матка смещает кверху и кзади слепую кишку с червеобразным отростком. Ближе к концу беременности отросток может располагаться ближе к правой почке и желчному пузырю, что изменяет типичную локализацию болей. Вследствие этого боли могут определяться не внизу живота справа, а выше - в правом подреберье.

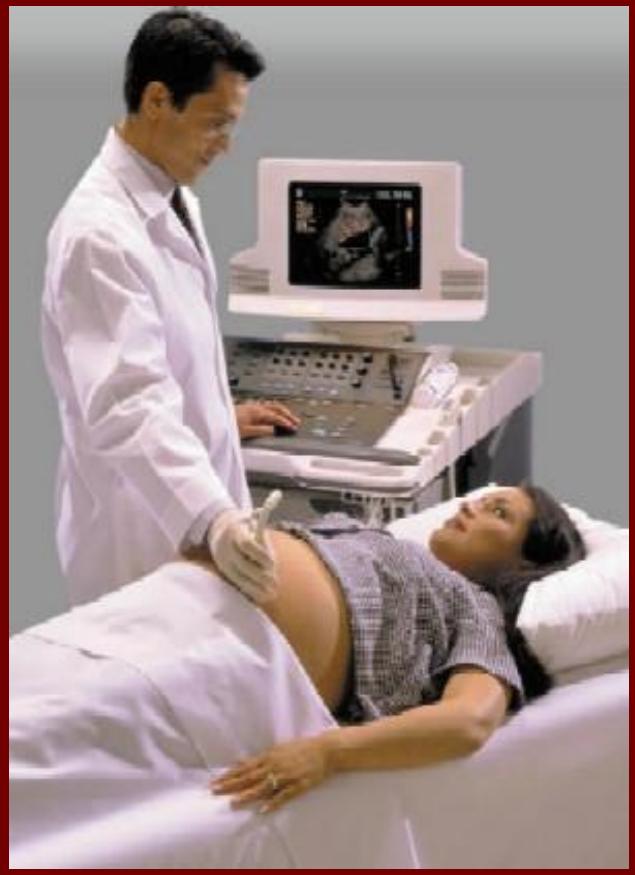
- От качества и своевременности диагностики острого аппендицита у беременных зависит дальнейший прогноз для матери и плода.
- Большая часть беременных с острым аппендицитом поступают в родильный дом с ложным диагнозом угрозы прерывания беременности. Правильный диагноз до госпитализации ставится не более чем в 1/3 наблюдений.

Диагностика

- сопоставление количества лейкоцитов и частоты пульса. Так, при частоте пульса более 100 уд./мин в сочетании с увеличением лейкоцитов более 12-14 Х 109/л даже при нормальной температуре тела с высокой долей вероятности можно предполагать наличие деструктивного процесса.
- Повышение температуры может свидетельствовать об уже начавшемся деструктивном процессе.
-

Ультразвуковое исследование

- возможность исключения другой хирургической и акушерско-гинекологической патологии (холецистит, панкреатит, перекрут ножки кисты яичника, угроза выкидыша, отслойка плаценты и др.)
- разработана методика дозированной компрессии линейным датчиком при трансабдоминальном исследовании в правом нижнем квадранте живота



Допплеровское исследование кровотока

- развитие ОА сопровождается воспалительной гиперемией, проявляющейся увеличением количества допплеровских сигналов и усиление диастолического кровотока по сравнению со здоровыми. Однако следует учитывать, что другие острые воспалительные процессы в правом нижнем квадранте живота также могут приводить к изменению допплеровских кривых, что не позволяет точно дифференцировать источник этих сигналов.

- **ультразвуковые методы исследования (трансабдоминальная сонография с использованием дозированной компрессии, трансвагинальное сканирование, а также допплеровское исследование кровотока) могут быть успешно использованы при обследовании беременных с предположительным диагнозом ОА. Однако вариабельность клинической картины аппендицита и трудности исследования правых отделов живота у беременных не позволяют установить или исключить этот диагноз в 100% наблюдений!**

- Для диагностики заболевания может быть использована лапароскопия, которая позволяет правильно поставить диагноз у 93 % беременных с аппендицитом
- при лапароскопии осуществляется дифференциальная диагностика между аппендицитом и такими заболеваниями, как киста яичника, острый сальпингоофорит, внематочная беременность, холецистит, а также кишечная непроходимость

Лечение.

- При любой форме острого аппендицита у беременных показано **хирургическое лечение**

Лечение

- В первой половине беременности техника операции не отличается от таковой вне беременности.
- В первой половине беременности при неосложненном аппендиците возможно выполнение аппендэктомии с помощью лапароскопии.

- Во второй половине беременности рассечение передней брюшной стенки производят выше, чем обычно. В случае затрудненного доступа к отростку из-за увеличенной матки пациентку следует повернуть на левый бок. Методом выбора является нижнесрединная лапаротомия.

- нижнесрединная лапаротомия:
- для улучшения осмотра червеобразного отростка, прямокишечно-маточное пространство и задней поверхности матки для исключения абсцесса, проведения туалета брюшной полости и установления дренажей.

- **Используют спинномозговую анестезию , эпидуральную анестезию и общее обезболивание.**

- Одним из наиболее сложных вопросов в рассматриваемой проблеме является определение акушерской и хирургической тактики у беременных, имеющих показания к родоразрешению путем кесарева сечения.

- при наличии острого аппендицита абдоминальное родоразрешение может быть проведено только по жизненным показаниям (кровотечение при отслойке нормально расположенной или предлежании плаценты). При этом после выполнения кесарева сечения объем оперативного вмешательства расширяется до экстирпации матки с маточными трубами

- допускают возможность одновременного выполнения аппендэктомии и кесарева сечения (без последующего удаления матки) в отсутствие разлитого перитонита.

- При разлитом гнойном перитоните вследствие флегмонозного или гангренозного аппендицита выполняют кесарево сечение
- При наличии катарального или флегмонозного аппенди цита на фоне нормального течения родов их следует завершить как можно быстрее через естественные родовые пути, а затем выполнить аппендэктомию
- В случае нормального течения родов и возникновении клинической картины гангренозного или перфоративного аппендицита необходимо одномоментно произвести кесарево сечение и последующую аппендэктомию
- Если хронический аппендицит-удаление аппендикса производят в плановом порядке. При переходе хронического процесса в острый необходима экстренная операция.

Осложнения.

- После аппендэктомии у беременных акушерские и хирургические осложнения встречаются в 17% случаев
- Материнская летальность колеблется от 0% при неосложненном аппендиците до 16,7% при перфорации и перитоните [7
- Быстрое хирургическое вмешательство позволяет уменьшить частоту перфорации червеобразного отростка, снижает риск развития аппендикулярного абсцесса, септического шока

Развитие аппендицита у беременных значительно ухудшает прогноз для плода.

- При неосложненном ОА перинатальные потери составляют около 2-17% и возрастают до 19,4-50% при перфорации отростка.
- Наиболее неблагоприятные перинатальные исходы отмечаются при развитии аппендицита во II триместре беременности.

Среди других осложнений

- выделяют послеоперационные инфекционные процессы 8,3-14%, кишечную непроходимость.
- В 86% наблюдений инфекционные осложнения развиваются у беременных с перфорацией отростка .Более редко встречаются преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, хориоамнионит и внутриутробное инфицирование плода .

Профилактика.

- мониторное наблюдение за сократительной деятельностью матки в послеоперационном периоде с назначением токолитиков при необходимости.
- Для профилактики инфекционных осложнений после аппендэктомии у беременных рекомендуют назначение антибиотиков всем оперированным

- *Таким образом, своевременная диагностика аппендицита у беременных часто представляет сложную задачу, решение которой требует знания патофизиологических особенностей данного заболевания во время беременности и умелого использования возможностей дополнительных методов исследования.*

Спасибо за внимание!!!