**ОГЛАВЛЕНИЕ**

[ВВЕДЕНИЕ..............................................................................................................3](#_Toc61703064)

[1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АППЕНДИЦИТА У БЕРЕМЕННЫХ 5](#_Toc61703065)

 [1.1. Общее представление об остром аппендиците у беременных 5](#_Toc61703066)

 [1.2. Этиология, патогенез и классификация острого аппендицита у беременных 8](#_Toc61703067)

[2. ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЯ И ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У БЕРЕМЕННОЙ ...................................................................11](#_Toc61703068)

 [2.1. Клиническая картина острого аппендицита у беременных 11](#_Toc61703069)

 [2.2. Диагностика и лечение острого аппендицита у беременных................14](#_Toc61703070)

[ЗАКЛЮЧЕНИЕ 20](#_Toc61703071)

[СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ 22](#_Toc61703072)

**ВВЕДЕНИЕ**

**Актуальность темы.** В настоящее время острый аппендицит - самая частая причина неотложных хирургических операций у беременных. Так среди всех беременных женщин встречается от 2 и до 5% женщин, у которых все же развивается такое состояние как аппендицит. Основным предрасполагающим фактором может выступать резкое увеличение матки в своем объеме, что, конечно же, может вызывать некоторое смещение всего червеобразного отростка и как следствие нарушение его нормального кровоснабжения. А уже это, в свою очередь, и может приводить к различным воспалительным процессам [3].

Острый аппендицит (острое воспаление червеобразного отростка) - наиболее частое заболевание органов живота. Различают катаральный и деструктивный (флегмонозный, гангренозный) аппендицит. Гангренозная форма характеризуется наличием некроза стенки отростка разной глубины и протяженности, может быть без перфорации и с перфорацией.

Острый аппендицит является наиболее распространённой абдоминальной хирургической патологией у беременных. Заболеваемость воспалением аппендикулярного отростка при беременности несколько выше, чем у небеременных. До 19-32% случаев острого аппендицита возникает в 1-м триместре, 44-66% — во 2-м, 15-16% — в 3-м, 6-8% — после окончания родов. Отмечаются спорадические случаи воспаления аппендикса в [родах](https://www.krasotaimedicina.ru/treatment/childbirth/) [7].

Актуальность рассмотрения [аппендицита](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_gastroenterologia/appendicitis) при гестации как особой разновидности заболевания обусловлена стёртостью клинической картины и его выявлением на поздних деструктивных стадиях, когда прогноз для матери и ребёнка ухудшается. Так, у беременных гангренозная форма воспаления наблюдается в 5-6 раз, а перфоративная — в 4-5 раз чаще по сравнению с небеременными женщинами. Именно деструктивные варианты зачастую провоцируют прерывание гестации и [гибель плода](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_gynaecology/antenatal-fetal-death) [1].

Надо сказать, что существует и ряд других реальных причин для развития аппендицита в период беременности. А это: и склонность к запорам, и смещение слепой кишки, и различные сбои во всей иммунной системе женщины, что может приводить к изменениям общих свойств крови. Огромную роль в этом играет нормальное сбалансированное питание и, конечно же, аномальное расположение отростка непосредственно в брюшной полости. Общеизвестна трудность распознавания острого аппендицита, особенно у беременных женщин. Клиника, развивающаяся, например, при преждевременном прерывании беременности или его угрозе, способна при определенных условиях стимулировать картину острого аппендицита. Такое же состояние может иметь место при неполных неинфицированных выкидышах, прободении матки при криминальном аборте и других патологических состояниях органа.

**Цель исследования**: изучение особенностей проявления и диагностики острого аппендицита у беременных.

**Объект исследования**: беременные с острым аппендицитом.

**Предмет исследования**: особенности проявления и диагностики острого аппендицита у беременных.

**Задачи исследования**:

1. Изучить общее представление об остром аппендиците у беременных.

2. Рассмотреть этиологию, патогенез и классификацию острого аппендицита у беременных.

3. Определить клиническую картину острого аппендицита у беременных.

4. Рассмотреть диагностику и лечение острого аппендицита у беременных.

**Методы исследования**: анализ литературы, описательный, систематизация данных.

**1. ТЕОРТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У БЕРЕМЕННЫХ**

**1.1.**  **Общее представление об остром аппендиците у беременных**

**Аппендицит при беременности** — это острое или хроническое воспаление червеобразного отростка, возникшее у женщины во время гестации, в родах или сразу после них.

Острый аппендицит является наиболее часто встречающейся внематочной хирургической неотложной патологией у беременных. По данным различных авторов, частота острого аппендицита колеблется от 0,38 до 1,41 на 1000 беременных. Однако в целом частота острого аппендицита у беременных не повышается. Диагноз острого аппендицита у беременных поставить довольно сложно, особенно в III триместре беременности. Главные трудности состоят в том, что анорексия, тошнота, рвота и неясные боли в животе часто отмечаются во время беременности [15].

Пальпацию живота выполнять также значительно труднее вследствие увеличения матки. Защитное напряжение мышц передней брюшной стенки и симптомы раздражения брюшины встречаются реже, поскольку мускулатура живота в значительной степени ослаблена. Кроме того, постановка диагноза острого аппендицита у беременных женщин осложняется тем, что слепая кишка и червеобразный отросток смещены увеличенной маткой [9].

В 1932 г. Байер обследовал 78 беременных. Он выполнял ирригоскопию, в результате чего отметил степень смещения червеобразного отростка в зависимости от срока беременности. После III месяца беременности червеобразный отросток смещается выше точки Мак-Бернея. К VIII месяцу у 93% женщин червеобразный отросток обнаружен выше гребня подвздошной кости, и у 80% основание отростка было развернуто в горизонтальной плоскости [11].

При увеличении матки происходит вращение червеобразного отростка против часовой стрелки со смещением его верхушки в головном направлении. В результате этого локализация максимальной болезненности, выявляемой при пальпации живота, также меняется в зависимости от срока беременности. Кроме того, при беременности большой сальник не может смещаться в правую подвздошную область, отграничивая воспалительный процесс, что приводит к более высокой частоте развития диффузного перитонита. Во время объективного обследования беременной с болями в животе рекомендуется выполнить следующий прием. Пациентку просят повернуться на левый бок. Если боли при этом мигрируют, то, вероятнее всего, причина их возникновения находится в матке. Если же боли сохраняются в правой подвздошной области, то, вероятнее всего, это острый аппендицит. Лабораторные данные не играют большой роли при дифференциальной диагностике, поскольку умеренный лейкоцитоз, который характерен для острого аппендицита, как правило, встречается и при нормально протекающей беременности. Однако сдвиг лейкоцитарной формулы влево для нормальной беременности не характерен [10].

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 (по данным литературы, до 25%). Лучшим правилом при подозрении на острый аппендицит является лечение пациенток таким образом, как если бы они не были беременны. При перфорации червеобразного отростка могут начаться роды, что приведет к выкидышу или рождению недоношенного ребенка. Перитонит приводит к увеличению частоты потери плода, которая, по данным разных авторов, колеблется от 35 до 70%. При сроке беременности от 24 до 36 нед почти у 25% женщин наступают преждевременные роды приблизительно через неделю после аппендэктомии. Кроме того существует повышенный риск рождения недоношенных детей у тех женщин, которым во время беременности была выполнена аппендэктомия [5].

Высказывание Баблера в самом начале века остается актуальным и в наши дни: «Причиной летальности от аппендицита у беременных являются поздняя диагностика и несвоевременное лечение пациенток». Для того чтобы выявить основные признаки аппендицита, следует узнать механизм возникновения болезни. Как известно, матка при беременности увеличивается в размерах и слепая кишка с червеобразным отростком поднимаются выше своего обычного положения. Данное физиологическое изменение зачастую ведет к запорам, а те, в свою очередь, - к нарушению микрофлоры в кишечнике, а также к тому, что содержимое кишечника застаивается. Через просвет червеобразного отростка в него внедряются возбудители (стафилококки и кишечные палочки), именно из-за этого фактора и возникает аппендицит во время беременности [12].

Помимо этого, причиной возникновения заболевания могут быть также физиологические особенности организма, например, расположение червеобразного отростка.

У беременной женщины, особенно на поздних сроках беременности, может не отмечаться симптомов, считающихся «типичными» для небеременных. Практически всегда присутствует болевой синдром в правом нижнем или среднем квадранте живота, но при беременности он иногда расценивается как растяжение круглых связок или инфекция мочевыводящих путей. При беременности происходит смещение червеобразного отростка кверху и кнаружи. После I триместра беременности отросток существенно смещается от точки Мак-Бурнея с горизонтальной ротацией его основания.

Такая ротация продолжается до 8-го месяца беременности, когда более 90% аппендиксов располагается выше подвздошного гребня и 80% ротировано кпереди к правому подреберью. Немаловажную роль играет имеющаяся при беременности наклонность к запорам, что вызывает застой содержимого кишечника и повышение вирулентности кишечной флоры, а также гормональные сдвиги, приводящие к функциональной перестройке лимфоидной ткани [2].

Наиболее постоянным клиническим симптомом у беременных с аппендицитом является боль в правых отделах живота, хотя боль и локализуется чаще атипично. Напряжение мышц и симптомы раздражения брюшины выражены тем меньше, чем больше срок беременности. Тошнота, рвота, анорексия - как и у небеременных. В начале заболевания температура и частота пульса относительно нормальные. Высокая лихорадка для заболевания не характерна, у 25% беременных с аппендицитом температура нормальная. Для установления диагноза показана диагностическая лапароскопия, особенно на ранних сроках беременности [14].

**1.2. Этиология, патогенез и классификация острого аппендицита у беременных**

**Этиология**

Аппендицит при беременности возникает за счёт патологической активации смешанной микрофлоры, которая обитает в просвете кишечника. Возбудителями заболевания обычно становятся анаэробные неспорообразующие бактерии (кокки, бактероиды), реже — стафилококки, энтерококки, кишечные палочки. При беременности существует ряд дополнительных факторов, способствующих развитию аппендицита:

1. Смещение слепой кишки и аппендикса. Под давлением растущей матки начальные отделы толстого кишечника постепенно смещаются вверх и кнаружи. В результате червеобразный отросток может перегибаться, растягиваться, нарушается его опорожнение, ухудшается кровоснабжение. Подвижность и нетипичное размещение органа препятствуют защитному спаечному ограничению воспаления.

2. Запоры. До двух третей беременных и каждая третья роженица испытывают затруднения с опорожнением кишечника. Это связано с ухудшением перистальтики из-за снижения чувствительности мышечной стенки к стимуляторам сокращений и угнетающим действием прогестерона. При запорах содержимое аппендикулярного отростка застаивается, а вирулентность кишечной флоры повышается.

3. Снижение кислотности желудочного сока. Хотя для беременности более характерна повышенная кислотность, у части пациенток, страдающих хроническим [гипоацидным гастритом](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_gastroenterologia/low-acidity-gastritis), смещение внутренних органов приводит к обострению заболевания. Желудочный сок перестаёт выполнять защитную функцию, что приводит к активации микрофлоры желудочно-кишечного тракта.

4. Нарушение иммунной реактивности. Относительный физиологический иммунодефицит является одним из механизмов защиты плода от отторжения организмом матери. Кроме того, при беременности происходит перераспределение антител для обеспечения гуморального иммунитета ребёнка. Дополнительным фактором становится компенсаторная перестройка лимфоидной ткани слепой кишки [5].

**Патогенез**

В развитии аппендицита во время беременности играет роль сочетание окклюзивных и неокклюзивных механизмов. Почти в двух третях случаев заболевание начинается с нарушения оттока содержимого аппендикса из-за запоров, перегиба и гиперплазии лимфоидной ткани. У части беременных аппендицит становится результатом ишемии смещённого отростка. Постепенное растяжение стенок органа под давлением скапливающейся слизи, выпота и газов делает его уязвимым для повреждения микроорганизмами, обитающими в кишечнике. Ситуация усугубляется нарушениями кровоснабжения, возникшими в результате смещения и растяжения органа, а также изначально высокой вирулентностью флоры на фоне снижения иммунитета [8].

Под действием токсинов, массово производимых микроорганизмами, изъязвляется слизистая оболочка отростка (первичный аффект Ашоффа). В ответ на действие инфекционных агентов начинается локальная воспалительная реакция с выделением большого количества интерлейкинов и других медиаторов. Сначала процесс воспаления локализуется в червеобразном отростке, однако деструкция мускульного слоя приводит к разрыву органа и вовлечению брюшины. Особенностью аппендицита при беременности является более быстрая генерализация за счёт смещения аппендикса и иммунных нарушений.

**Классификация**

Систематизация форм заболевания у беременных соответствует общеклинической классификации, используемой отечественными [абдоминальными хирургами](https://www.krasotaimedicina.ru/treatment/surgeon/consultation). В её основу положены критерии остроты патологии, наличия осложнений и особенностей морфологических процессов, происходящих в аппендикулярном отростке. По скорости развития, длительности и выраженности симптоматики различают острый и хронический (первичный или рецидивирующий) аппендицит. С клинической точки зрения важно учитывать морфологические формы заболевания, которые фактически являются стадиями его развития. Выделяют такие варианты воспаления, как:

1.  Катаральное. В воспалительный процесс вовлечены слизистая аппендикса и его подслизистый слой. Наиболее лёгкая форма заболевания, которая длится около 6 часов и диагностируется у 13-15% беременных.

2. Флегмонозное. Воспаление распространяется на мышечный слой и серозную оболочку. Прогноз аппендицита становится более серьёзным. Флегмона аппендикса наблюдается в 70-72% случаев и продолжается от 6 до 24 часов.

3. Гангренозное. Характеризуется частичной или полной деструкцией аппендикулярного отростка. Прогностически наиболее неблагоприятная форма заболевания. Выявляется у 12-17% пациенток через 24-72 часа от начала воспаления [7].

**2. ОСОБЕННОСТИ ПРЯВЛЕНИЯ И ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У БЕРЕМЕННЫХ**

**2.1.** **Клиническая картина острого аппендицита у беременных**

Не существует единого мнения о влиянии беременности на возникновение, клиническое течение аппендицита у беременных. В целом клиническая картина острого аппендицита у беременных складывается из многоликой симптоматики, которая изменяется еще и под влиянием особенностей беременности, сроков и течения ее [14].

Клиническая картина и течение острого аппендицита у беременных также имеют особенности. По мере роста матки слепая кишка вместе с червеобразным отростком смещается кверху. Это ведет к изменению локализации боли и болезненности при остром аппендиците. Часто сами пациентки связывают возникшие боли в животе с развивающейся беременностью и не придают им большого значения.

Заболевание начинается внезапно среди полного здоровья. Основной симптом - боль, носящая ноющий характер без иррадиации. В начале заболевания боль ощущается во всем животе или в эпигастральной области, а затем локализуется в правой подвздошной области (симптом Волковича-Кохера). Боль усиливается при физическом напряжении, во время ходьбы при нагрузке на правую ногу. Пациенты не спят из-за болей, но не мечутся в постели, как при почечной колике. Обычно они принимают вынужденное положение на правом боку. В первые часы заболевания бывает тошнота и одно-двукратная рвота. Может быть задержка стула или однократная диарея. Температура тела не выше 38 °С [12].

При объективном обследовании обращают внимание на обложенный и суховатый язык. Определяют отставание в дыхании правой подвздошной области. При поверхностной пальпации выявляют мышечное напряжение брюшной стенки в правой подвздошной области.

Второй важный объективный симптом - локальная болезненность в правой подвздошной области. К сожалению, эти симптомы могут быть и при других заболеваниях (воспаление придатков матки, почечные колики и др.).

В I триместре признаки заболевания практически такие же, как и вне периода беременности. Пациентка обычно ощущает внезапную режущую боль справа в подвздошной области, которая носит постоянный или приступообразный характер, может иррадиировать в низ живота и поясницу. Иногда болевые ощущения сначала возникают в эпигастрии и лишь потом перемещаются в типичное место. Возможны [тошнота](https://www.krasotaimedicina.ru/symptom/nausea/pregnancy), [рвота](https://www.krasotaimedicina.ru/symptom/vomiting/pregnancy), разовое расстройство стула, [вздутие живота](https://www.krasotaimedicina.ru/symptom/digestive/bloating), гипертермия, напряжение брюшных мышц, ощущение нехватки воздуха. Позднее обращение к специалисту может быть обусловлено объяснением [диспепсических расстройств](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_gastroenterologia/dyspepsia) ранним [токсикозом](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_gynaecology/pregnancy-toxemia), а тазовых болей — угрозой выкидыша.

Специфика проявлений заболевания во II-III триместрах связана со смещённым расположением аппендикса, менее выраженным болевым синдромом и растянутостью мышц передней стенки живота, усложняющей выявление симптомов раздражения брюшины. Болевой синдром чаще умеренный, большинство пациенток связывают его с развивающейся беременностью. Обычно боль локализована в правой части живота ближе к подреберной области [4].

В родах патология наблюдается крайне редко, отличается неблагоприятным течением. Характерный для аппендицита болевой синдром и напряжение мускулатуры живота маскируются схватками. Воспаление аппендикса можно заподозрить по гипертермии, ослаблению или [дискоординации родовой деятельности](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_gynaecology/discoordinated-labor), сохранению и даже усилению боли в правой половине живота в межсхваточном периоде. После родов обычно отмечается типичное течение аппендицита с возникновением боли, тошноты, рвоты и повышением температуры. Однако мышечное напряжение менее выражено, поскольку мускулатура живота ещё не полностью восстановила тонус после беременности.

Следует помнить, что внезапность и постоянство болей, отсутствие их иррадиации характерны для острого аппендицита.

**Осложнения острого аппендицита**

1. Аппендикулярный инфильтрат. Если своевременно не оперировать пациента с острым деструктивным аппендицитом, через 3-4 сут вокруг червеобразного отростка возникает местный перитонит. Пациенты жалуются на чувство тяжести в правой подвздошной области, повышенную температуру тела до 38 °С, общее недомогание. При пальпации живот мягкий, в правой подвздошной области определяют болезненное неподвижное образование с четкими контурами, гладкой поверхностью, плотной консистенции - аппендикулярный инфильтрат.

Пациентам с таким диагнозом проводят консервативное лечение (диета № 1, постельный режим, антибиотикотерапия, местное применение холода в течение 2-4 сут с последующим физиотерапевтическим лечением). При эффективном лечении инфильтрат исчезает. Аппен-дэктомию выполняют в плановом порядке через 3-4 мес после выписки из стационара.

2. Аппендикулярный абсцесс. При абсцедировании инфильтрата общее состояние пациента ухудшается, боли в животе усиливаются, появляются выраженные симптомы раздражения брюшины в правой половине живота, температура тела повышается, количество лейкоцитов увеличивается. В центре инфильтрата можно обнаружить размягчение (симптом флюктуации), что позволяет поставить диагноз. В этом случае показана операция - экстренная аппендэктомия под эндотрахеальным наркозом, дренирование аппендикулярного абсцесса.

3. Распространенный перитонит часто встречают при перфоративном аппендиците. Это осложнение - основная причина смерти пациентов с острым аппендицитом [6].

**2.2. Диагностика и лечение острого аппендицита у беременных**

**Диагностика**

Беременность затрудняет диагностику аппендицита по следующим причинам:

1. Анорексия, тошнота, рвота расцениваются как признаки беременности, а не аппендицита.

2. Аппендикс по мере увеличения срока беременности поднимается кверху, что приводит к изменению локализации болевого синдрома.

3. Умеренный лейкоцитоз всегда отмечается при нормальной беременности.

Правильный диагноз аппендицита на догоспитальном этапе устанавливается лишь в 42,9% случаях заболевания, у остальных больных предполагается угроза [прерывания беременности](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_gynaecology/spontaneous-abortion). Поздняя диагностика и несвоевременное выполнение операции ухудшают прогноз воспаления. Физикальное обследование у беременных менее информативно [3].

При использовании традиционных методов постановки диагноза у пациенток с возможным аппендицитом необходимо учитывать ряд особенностей, обусловленных спецификой гестационного периода:

1. Опрос пациента.

2. Объективное обследование.

- при остром аппендиците почти всегда наблюдают симптом Щёткина-Блюмберга, который считают патогномоничным для воспаления париетального листка брюшины в правой подвздошной области. Симптом вызывают медленным надавливанием пальцами на брюшную стенку с последующим быстрым отнятием руки. Симптом считают положительным, если при отнятии руки от передней брюшной стенки появляется боль. Руку от передней брюшной стенки необходимо именно отнимать, но не отталкивать, так как дополнительный толчок вызывает боль, и больной не может дифференцировать боль от толчка и боль от отнятия руки;

- симптом Ровзинга бывает положительным в 60-75% случаев в зависимости от формы острого аппендицита. Его вызывают следующим образом: левой рукой надавливают на брюшную стенку в левой подвздошной области, соответственно расположению нисходящей части толстой кишки; не отнимая придавливающей руки, правой надавливают на вышележащий отрезок толстой кишки. Симптом считают положительным, если пациент испытывает боль в правой подвздошной области;

- симптом Ситковского считают положительным, если при повороте пациента со спины на левый бок возникают или усиливаются боли в правой подвздошной области;

- симптом В.М. Воскресенского («скольжения», «рубашки») вызывают следующим образом: левой рукой натягивают нижний край рубашки пациента вниз, а кончиками II, III, IV пальцев правой руки во время выдоха пациента проделывают быстрое скользящее движение из эпигастральной области к правой подвздошной области и там останавливают скользящую руку, не отрывая ее от живота. В момент окончания скольжения пациент испытывает резкое усиление болей в правой подвздошной области;

- симптом Бартомье-Михельсона проявляется более сильной болезненностью при пальпации правой подвздошной области в положении пациента на левом боку [13].

3. Лабораторная диагностика.

- общий анализ крови. Диагностическая ценность лабораторной диагностики аппендицита при беременности невысока. Характерные для заболевания повышение СОЭ и лейкоцитоз могут наблюдаться при физиологическом течении гестации. Полученные результаты рекомендуется оценивать в динамике. О вероятном воспалении аппендикса свидетельствует быстрое нарастание воспалительных изменений в крови;

- общий анализ мочи. Изменений в анализе мочи в раннем периоде острого аппендицита нет. При деструктивных формах острого аппендицита в моче появляются белок, эритроциты, цилиндры.

4. Дополнительные методы диагностики.

- УЗИ брюшной полости. В норме червеобразный отросток не визуализируется. При аппендиците он определяется в виде гиперэхогенного неперестальтирующего образования диаметром от 6,0-10,0 мм с утолщённой стенкой, исходящего из слепой кишки. Чувствительность метода достигает 67-90%. При необходимости УЗИ дополняют допплерометрией, позволяющей обнаружить участок воспаления в брюшной полости [1].

- диагностическая лапароскопия. Хотя с помощью эндоскопа червеобразный отросток можно полностью визуализировать в 93% случаев, существует ряд ограничений для использования метода. Обычно процедуру назначают при атипичном течении воспаления до 16-18 недели беременности, а также после родов. Во второй половине гестации эффективному осмотру червеобразного отростка и купола слепой кишки препятствует увеличенная матка [7].

С учётом клинических данных и результатов исследований острый аппендицит, возникший при беременности, удаётся вовремя выявить в 57,0-83,5% случаев. В зависимости от гестационных сроков дифференциальную диагностику аппендицита проводят с ранним токсикозом, угрозой выкидыша, [внематочной беременностью](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_gynaecology/ectopic_pregnancy), пиелитом беременных, перекрутом ножки [кисты яичника](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_gynaecology/ovarian_cyst), [острым гастритом](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_gastroenterologia/acute-gastritis), [прободением язвы желудка](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_gastroenterologia/perforated-ulcer) или двенадцатиперстной кишки, [холециститом](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_gastroenterologia/cholecystitis), [панкреатитом](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_gastroenterologia/pancreatitis), [почечной коликой](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_urology/renal-colic), [пиелонефритом](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_urology/pyelonephritis). К [ведению беременной](https://www.krasotaimedicina.ru/treatment/program-pregnancy/) с подозрением на воспаление аппендикса обязательно подключают хирурга. По показаниям пациентку консультируют гастроэнтеролог, гепатолог, [уролог](https://www.krasotaimedicina.ru/treatment/consultations-urology/urologist), [нефролог](https://www.krasotaimedicina.ru/treatment/consultations-urology/nephrologist), анестезиолог-реаниматолог [15].

**Дифференциальная диагностика**

Особенно затруднителен дифференциальный диагноз острого аппендицита с такими заболеваниями, как острый пиелонефрит, почечная колика, отслойка плаценты, нарушение питания миоматозного узла.

Острый аппендицит дифференцируют от других острых заболеваний живота и местных симптомов воспаления брюшины (таблица 1).

**Таблица 1 - Дифференциальная диагностика острого аппендицита с другими заболеваниями**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Заболевание** | **Характер боли** | **Симптом Щеткинa-Блюмбepгa** | **Симптом Pовзингa** | **Симптом Cитковcкого** | **Симптом Воскресенского** | **Симптом Opтнepa** | **Симптом Oбyxовcкой больницы** |
| Острый аппендицит | Ноющая в правой подвздошной области | + | + | + | + | - | - |
| Острый холецистит | Приступы боли в правом подреберье с иррадиацией в правое нaдплeчьe | + | - | - | - | + | - |
| Острая кишечная непроходимость | Распирающие схваткообразные боли в животе | - | - | - | - | - | + |
| Острые заболевания женских половых органов | Сильные боли в подвздошно-пaxовой области с иррадиацией в крестец | + | +(-) | +(-) | + | - | - |

**Доврачебная медицинская помощь**

При остром аппендиците доврачебная помощь заключается в местном применении холода и срочной транспортировке пациента в хирургический стационар на носилках в положении лежа на спине [10].

**Лечение аппендицита при беременности**

При выявлении у беременной признаков воспаления аппендикулярного отростка показана срочная госпитализация и выполнение аппендэктомии вне зависимости от гестационного срока. Длительность наблюдения за пациенткой не должна превышать 2 часов, за которые необходимо провести дифференциальную диагностику и определиться с объёмом оперативного вмешательства [11].

Основными терапевтическими целями при аппендиците у беременной являются:

1. Аппендэктомия. До 18-недельного срока и после родов предпочтительна [лапароскопическая операция](https://www.krasotaimedicina.ru/treatment/appendicitis/laparoscopic-appendectomy). В остальных случаях производится лапаротомия через нижнесрединный разрез или модифицированный доступ, соответствующий предположительному расположению смещённой слепой кишки с аппендикулярным отростком. При проведении [аппендэктомии](https://www.krasotaimedicina.ru/treatment/appendicitis/appendectomy) необходимо создать условия для тщательной ревизии брюшной полости и её дренирования по показаниям. Если аппендицит диагностирован в родах, при нормальной родовой деятельности и катаральном или флегмонозном воспалении аппендикса вмешательство осуществляется по завершении родов с укорочением периода изгнания. Наличие клиники гангренозного или перфоративного процесса служит показанием для одновременного проведения [кесарева сечения](https://www.krasotaimedicina.ru/treatment/caesarean-section/) и удаления воспалённого аппендикса.

2. Профилактика осложнений и прерывания беременности. Для ликвидации послеоперационного пареза кишечника беременным женщинам, перенесшим аппендэктомию, запрещено назначать прозерин, гипертонические клизмы, гиперосмотический раствор хлористого натрия, которые способны спровоцировать сокращения миометрия. Обычно для восстановления кишечной перистальтики на ранних сроках гестации применяют диатермию солнечного сплетения, а на поздних — поясничной области. В 1 триместре беременности с профилактической целью используют спазмолитические средства, при необходимости — прогестины, во 2-3 триместрах — токолитики. Для предупреждения инфекционно-воспалительных осложнений показаны антибактериальные препараты. Объём антибиотикотерапии после оперативного вмешательства определяется распространённостью процесса.

**Прогноз и профилактика**

Прогноз аппендицита зависит от времени его выявления, срока гестации, скорости принятия решения о проведении операции и правильности сопровождения беременности в послеоперационном периоде. Чем позже начато лечение, тем выше вероятность потери ребёнка и осложнённого течения аппендицита. При увеличении гестационного срока возрастает вероятность летального исхода у беременной, после 20 недели частота прерывания гестации повышается в 5 раз.

Хотя первичная профилактика аппендицита детально не разработана, в период беременности рекомендована коррекция диеты для обеспечения хорошего пищеварения и предупреждения возможных запоров, соблюдение режима питания с исключением перееданий, достаточная двигательная активность, своевременное лечение хронических заболеваний ЖКТ. При внезапном появлении любых необычных болевых ощущений в животе необходима срочная консультация специалиста в сфере [абдоминальной хирургии](https://www.krasotaimedicina.ru/treatment/surgery/) или акушерства и гинекологии для ранней диагностики заболевания и профилактики осложнений [5].

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Острый аппендицит - наиболее распространенное хирургическое заболевание у беременных, угрожающее жизни матери и плода

Клиническая картина и течение острого аппендицита у беременных также имеют особенности. По мере роста матки слепая кишка вместе с червеобразным отростком смещается кверху. Это ведет к изменению локализации боли и болезненности при остром аппендиците. Часто сами пациентки связывают возникшие боли в животе с развивающейся беременностью и не придают им большого значения.

Заболевание начинается внезапно среди полного здоровья. Основной симптом - боль, носящая ноющий характер без иррадиации. В начале заболевания боль ощущается во всем животе или в эпигастральной области, а затем локализуется в правой подвздошной области (симптом Волковича-Кохера). Боль усиливается при физическом напряжении, во время ходьбы при нагрузке на правую ногу. Пациенты не спят из-за болей, но не мечутся в постели, как при почечной колике. Обычно они принимают вынужденное положение на правом боку. В первые часы заболевания бывает тошнота и одно-двукратная рвота. Может быть задержка стула или однократная диарея. Температура тела не выше 38 °С.

Диагностика острого аппендицита в начальные сроки беременности мало отличается от таковой у небеременных, но и она бывает затрудненной: обилие жалоб у женщин в эти сроки приводит к тому, что им нередко не уделяют должного внимания. Поэтому тошноту и рвоту при аппендиците иногда приписывают токсикозу, боли в животе - угрожающему аборту, перерастяжению брюшины, круглых связок и т. п.

Для диагностики острого аппендицита во время беременности необходимо использовать комплексные клинико-лабораторные и высокотехнологичные методы исследования.

После выписки из стационара таких беременных включают в группу риска по угрозе досрочного прерывания беременности, которое может наступить и в отдаленные после операции сроки, поэтому проводят профилактические мероприятия, направленные на сохранение беременности.

Ведение родов, наступивших в раннем послеоперационном периоде (через 1-3 суток после операции), отличается бережностью. Применяют тугое бинтование живота (для предотвращения расхождения швов), полноценное обезболивание с широким использованием спазмолитиков. Во время родов постоянно проводят профилактику внутриматочной гипоксии(недостаток кислорода) плода. Период изгнания укорачивают рассечением промежности, потому что при потугах увеличивается внутрибрюшное давление с нагрузкой на переднюю брюшную стенку, что отрицательно влияет на послеоперационные швы.

 Как бы далеко по времени не отстояли роды от хирургического вмешательства, их всегда ведут с достаточной настороженностью в связи со склонностью к осложнениям: аномалиям родовых сил, кровотечениям в последовом и раннем послеродовом периодах.

Таким образом, комплексный подход к диагностике острого аппендицита, выработка алгоритма обследования, рациональная хирургическая и акушерская тактика ведения беременных с подозрением на острый аппендицит позволят снизить частоту акушерских и хирургических осложнений, а также перинатальные потери.

**СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ**

1. Айламазян Э.К. Акушерство: учебник для медицинских вузов. – СПб.: Специальная литература, 2020. - 526 с.
2. Акушерство / Под ред. В.Е. Радзинского. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 912 с.
3. Акушерство. Национальное руководство / Под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, В.Н. Серова, В.Е. Радзинского. - М.: ГЭОТАР – Медиа, 2019. - 943 с.
4. Акушерство: учебник / Под. ред. В.Е. Радзинский. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 1056 с.
5. Введениский К.К. Острый аппендицит и беременность / Акушерство и гинекология. – 2019. - №1. - с.68-71.
6. Дехтярь Е.Г. Острый аппендицит у женщин. - М.: Медицина, 2021. - 192 с.
7. Кригер Д.Г., Федоров А.В., Воскресенский П.К. Острый аппендицит. - М.: Медицина, 2019 г. – 234 с.
8. Кулик И.П., Седов В.М., Стрижельцкий В.В. Беременность и острый аппендицит // Вестник хирургии. - 2022. - № 3. - с. 31-33.
9. Ливадный, Г.В. Выбор хирургического доступа и метода обезболивания аппендэктомии у беременных // Анестезия и реанимация в акушерстве и неонатологии: Материалы IV Всероссийского образовательного конгресса. - М. - 2019. - с. 63-65.
10. Ливадный, Г.В. Современные технологии в диагностике острого аппендицита при беременности // Бюллетень медицинских Интернет-конференций. - 2019. - № 2. - с. 29-37.
11. Пряхин, В. Ф. Хирургические заболевания, травмы и беременность : учебник. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 496 с.
12. Пугаев А.В. Острый аппендицит. – М.: ИНФА-М, 2019. – 191 с.
13. Пугаев А.В. Острый аппендицит: клиника, диагностика, лечение. – М.: ИНФА-М, 2020. – 207 с.
14. Серов В.Н. Акушерство и гинекология. – М.: ГЭОТАР - Медиа, 2019. - 1024с.
15. Стражаков А.Н., Игнатко И.В., Давыдов А.И. Акушерство. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 1072 с.