Острый аппендицит -это самая частая причина неотложных хирургических операций во время беременности. Аппендицит представляет собой воспаление червеобразного отростка слепой кишки. Примерно в 2-5 процентах во время беременности развивается аппендицит. Беременность подвергает женщину более высокому риску нагноению аппендикса. При этом около в 60 процентах случаев заболевание приходится на первую половину беременности, в основном на первые 10 недель.

 Причины

Основной причиной развития аппендицита во время беременности является смещение слепой кишки вместе с червеобразным отростком вверх и кнаружи вместе , в следствие чего увеличивается матка

Склонность к запорам способствует застою кишечного содержимого и сократительной активности кишечной микрофлоры

Имунная система перестраивается , в том числе и лимфоидный аппарат слепой кишки

Во время беременности ослабляются имунные системы организма , что приводит к изменению свойств крови. Возникает предрасположенность к сосудистым тромбозам и спазмам

Большую роль в развитии воспаления играет питание и различные варианты расположения отростка в брюшной полости.

 Симптомы и диагностика

Наиболее часто – в 63 % случаев, во время беременности встречается катаральный аппендицит, представляющий собой простую форму данной патологии. Более осложненные, деструктивные формы, такие как флегмонозный, гангренозный, перфоративный аппендицит, встречаются во время беременности с частотой до 37% наблюдений. В большинстве наблюдений острый аппендицит встречается в первой половине беременности, а около 25% случаев заболевания отмечается во второй ее половине. Осложненные деструктивные формы в основном имеют место в III триместре беременности и после родов.Для развития этих стадий нужно определенное время : для катарального аппендицита — 6-12 часов, для флегмонозного — 12-24 часа, для гангренозного — 24-48 часов; позднее может наступить и перфорация отростка, при которой содержимое кишечника попадает в брюшную полость.

При беременности защитные силы организма определенным образом ослабевают. В этой связи клиническая картина острого аппендицита может носить стертый характер, и типичные симптомы заболевания могут проявляться только при распространенном процессе.

Боли в животе при аппендиците могут быть не такими выраженными, как у небеременных. В этой связи о наличии и степени выраженности заболевания следует судить и по таким признакам, как увеличение частоты пульса, подъ ем температуры тела, рвота, вздутие живота, одышка, затрудненное дыхание. Наличие болей в животе во время родов может быть замаскировано схватками, а после родов – болями, связанными с воспалительными заболеваниями матки и ее придатков.

У беременных роль ранней диагностики острого аппендицита очень велика, ибо от нее, в конечном счете, зависит прогноз для матери и плода.

Диагностика острого аппендицита у беременных основывается на тех же симптомах, что и вне беременности. Характерными признаками является внезапность заболевания, возникновение болей сначала в эпигастрии, затем смещение их в правую подвздошную область, учащение пульса, появление рвоты, локальная болезненность при пальпации правой подвздошной области, повышение температуры тела. В дальнейшем присоединяются симптомы раздражения брюшины, защитное напряжение мышц и др. аппендикулярные симптомы.

Наиболее яркие отличия от типичного течения острого аппендицита возникают во второй половине беременности. Заболевание начинается внезапной резкой болью в животе, которая приобретает постоянный ноющий характер и перемещается в место локализации отростка (в правой подвздошной области – в нижних отделах живота или выше, вплоть до подреберья, в зависимости от степени смещения отростка маткой). Нередко появляющиеся тошнота и рвота не имеют диагностического значения, так как присущи беременным. У 35— 40 % женщин выявляют тахикардию свыше 100 ударов в 1 мин, у 20 % — температура тела достигает 38 °С и выше. Только у половины беременных при аппендиците определяют незначительное напряжение мышц передней брюшной стенки. Характерно усиление боли в положении лежа на правом боку, вследствие давления беременной матки на воспаленный очаг.

От качества и своевременности диагностики острого аппендицита у беремен ных зависит дальнейший прогноз для матери и плода. Женщины чаще связывают наличие болей в животе с угрозой прерывания беременности и нередко занимаются безуспешным самолечением предполагаемого ими осложнения. Это приводит к позднему обращению к врачу, запоздалой госпитализации, усугублению и осложненному течению острого аппендицита и к поздней операции. Большая часть беременных с острым аппендицитом поступают в родильный дом с ложным диагнозом угрозы прерывания беременности. Правильный диагноз до госпита лизации ставится не более чем в 1/3 наблюдений.

Для диагностики аппендицита, помимо данных осмотра и изучения жалоб, применяют лабораторное, инструментальное обследование. Так, общий анализ крови показывает увеличение количества лейкоцитов.

В начальные сроки беременности диагностика аппендицита мало отличается от таковой у небеременных, но и она бывает затрудненной: обилие жалоб у женщин в эти сроки приводит к тому, что им не уделяется должного внимания. Характерные для беременности запоры, тошнота, рвота и т.п. не могут рассматриваться как признаки аппендицита при отсутствии других симптомов.

Для диагностики острого аппендицита у беременных в настоящее время используются такие методики, как ультразвуковое исследование, допплеровское исследование кровотока в червеобразном отростке и лапароскопия — осмотр брюшной полости с помощью специальных оптических приборов, вводимых через небольшой разрез передней брюшной стенки.

Лечение острого аппендицита

Острый аппендицит независимо от срока беременности подлежит только хирургическому оперативному лечению, так как на фоне ослабления защитных сил организма значительно возрастает вероятность деструктивного процесса со всеми его негативными последствиями. Беременную для аппендэктомии и послеоперационного ведения желательно перевести в хирургическое отделение.

В первой половине беременности техника операции не отличается от та ковой вне беременности. Рану зашивают наглухо. Во второй половине бере менности 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. В первой половине беременности при неосложненном аппендиците возможно выполнение аппендэктомии с помощью лапароскопии.

В случае возникновения осложнений (перитонит, инфильтрат, абсцесс) выполняют дренирование брюшной полости с введением антибиотиков. Последующий объем лечения зависит от распространенности процесса.

Ведение беременных в послеоперационном периоде, профилактика и терапия осложнений острого аппендицита должны проводиться с учетом ряда особенностей. После операции не накладывают груз и лед на живот, соблюдается осторожность в расширении режима, в выборе средств, направленных на борьбу с парезом кишечника — явлением, при котором кишечник не перестальтирует, то есть «не работает». Используется физиотерапия: диатермия (глубокое прогревание тканей токами высокой частоты и большой силы, получаемыми от специального аппарата) области солнечного сплетения (в начале беременности) или поясничной области (в поздние сроки), которые не только помогают справиться с парезом кишечника, но и способствуют сохранению беременности. Также применяется рефлексотерапия, в частности, иглоукалывание.

 Осложнения

Выкидыш при остром аппендиците объясняется:

Сращениями, которые вызывают преждевременные сокращения матки (наблюдались случаи, когда матка была буквально замурована в спайках, исходящих из аппендикса)

Инфицированием матки контактным путем – по брюшине, через свободный фимбриальный конец фаллопиевых труб

Гнойными метастазами из червеобразного отростка в плаценту, оболочки плодного яйца, непосредственно в яйцо и стенку матки.

К этому можно добавить ряд факторов, способствующих сокращению матки при аппендиците: повышение внутрибрюшинного давления при приступе, рефлекторную передачу раздражения с брюшины отростка на брюшину, покрывающую матку.

Никакая форма аппендицита, в том числе и осложненная перитонитом, не является основанием для прерывания беременности любого срока. Опасения генерализации инфекции вследствие наступивших после операции родов представляются преувеличенными. К кесареву сечению, производимому перед аппендэктомией, следует прибегать лишь в исключительных случаях сочетания аппендициты с тяжелой акушерской патологией: кровотечением из-за предлежания или преждевременной отслойки плаценты, угрожающим разрывом матки. Необходимость в опорожнении матки может возникнуть и в тех редких случаях, когда величина ее может явиться препятствием к выполнению основной операции.

После выписки из стационара всех беременных, перенесших аппендицит, включают в группу риска по угрозе преждевременного прерывания беременности, которое может наступить по прошествии значительного времени после операции.