

*Газизов Р.А.*

*студент 4 курса лечебного факультета*

*Ижевская государственная медицинская академия*

*Россия, г. Ижевск*

*Шуклин И.А.*

*студент 4 курса лечебного факультета*

*Ижевская государственная медицинская академия*

*Россия, г. Ижевск*

*Научный руководитель:*

*Стяжкина С.Н., доктор медицинских наук,*

*профессор кафедры факультетской хирургии*

*Ижевская государственная медицинская академия*

*Россия, г. Ижевск*

*Gazizov RA*

*student 4 year, faculty "Medical"*

*Izhevsk State Medical Academy*

*Russia, Izhevsk*

*Shuklin IA*

*student 4 year, faculty "Medical"*

*Izhevsk State Medical Academy*

*Russia, Izhevsk*

*Scientific director:*

*Styazhkina SN, Doctor of Medical Sciences,*

*Professor of the Department of Faculty Surgery*

**ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ У БЕРЕМННЫХ**  
**ACUTE APPENDICITIS IN PREGNANT WOMEN**

Аннотация: острый аппендицит распространен среди всех возрастных групп населения. Около 10% жителей высокоразвитых стран сталкиваются с этой патологией. В статье рассматриваются особенности хода развития этого заболевания в организме беременной женщины. Излагаются методы лечения и диагностики. В конце представлен клинический пример.

The summary in English: acute appendicitis is common among all age groups of the population. About 10% of the inhabitants of highly developed countries face this pathology. The peculiarities of the development of this disease in the organism of a pregnant woman are considered in the article. Outlines the methods of treatment and diagnosis. At the end, a clinical example is presented.

Ключевые слова: аппендицит, беременная женщина, лечение, клиника, плод.

Key words: appendicitis, pregnant woman, treatment, clinic, fetus.

Острый аппендицит – острое неспецифическое инфекционно-воспалительное заболевание червеобразного отростка слепой кишки (аппендикса) требующее экстренной операции.

Своеобразное клиническое течение данного заболевания в организме беременной обеспечивается анатомическими изменениями и перемещениями положения отростка в различные сроки беременности.

Приступ острого аппендицита начинается с жалоб на внезапные режущие постоянные боли в животе. Наиболее часто боль локализуется в правой подвздошной области, хотя в поздние сроки беременности возможно смещение локальной болезненности выше, в зависимости от местонахождения купола слепой кишки. В первой половине беременности боль может иррадиировать вниз живота и поясницу, во второй - в правое

подреберье. Температура тела повышается до субфебрильных цифр, при этом определяется значительная разность ректальной и подмышечной температуры. Тошнота, рвота наблюдаются редко. При их возникновении следует провести дифференциальную диагностику с токсикозом беременных. Живот, как правило, не принимает участия в акте дыхания, определяется локальная болезненность в его правых отделах. Мышечное напряжение в правой подвздошной области во второй половине беременности определяется хуже из-за растяжения мышц, особенно у первородящих. Пальпировать живот у беременных лучше в положении на левом боку, так как матка смещается влево, илеоцекальный отдел кишечника открывается и становится доступным для обследования. Дифференцировать мышечное напряжение и напряжение матки можно следующим способом: кончиками пальцев массируется область дна матки, возникающие при этом периодические сокращения матки легко отличить от мышечного дефанса передней брюшной стенки.

При диагностике острого аппендицита необходимо все клинические симптомы учитывать с позиции функциональных изменений в организме при беременности и с учетом возможных патологических процессов, развивающихся в период беременности (токсикоз, нефропатия).

Оперировать беременных необходимо под общим обезболиванием с применением миорелаксантов и ИВЛ, так как необходима достаточная оксигенация тканей матери и плода. При современных возможностях анестезиологии оперативное пособие вполне безопасно. Аппендэктомия производится обычным способом с погружением перевязанной культи в кيسетный и Z-образные швы.

Выписка беременной из стационара происходит через 7-10 дней после операции при отсутствии признаков угрозы прерывания беременности и общем удовлетворительном состоянии.

Ведение после операции во втором и третьем триместрах беременности: психотерапия и бромиды 3 раза в день - 2-3 суток; 2%

промедол 1 мл в/м 3 раза в день 1-3 дня, далее при необходимости переходят на введение ненаркотических анальгетиков; спазмолитики (но-шпа 2 мл в/м 2 раза в день, потом 1 таблетка 3 раза в день, или 25% раствор магния сульфата 10 мл/сут в/м до 5 дней, или 2 % папаверин в/м 2-3 раза в сутки); витамины; антибиотики (пенициллины, цефалоспорины).

При угрозе прерывания беременности назначают гинипрал 10 мкг на 200 мл физиологического раствора NaCl в/в или партусистен 0,5 мг на 200 мл физиологического раствора NaCl в/в медленно. По окончании парентерального введения возможен переход на пероральное применение препарата.

При выраженных явлениях перитонита и эндогенной интоксикации оперированные беременные должны находиться в отделении реанимации и интенсивной терапии.

В анализах чаще всего (90 %) обнаруживают лейкоцитоз более  $10 \times 10^9/\text{л}$ , у 75 % больных лейкоцитоз достигает значения  $12 \times 10^9/\text{л}$  и более. Кроме того, у 90 % больных лейкоцитоз сопровождается сдвигом лейкоцитарной формулы влево, при этом у 2/3 больных обнаруживают более 75 % нейтрофилов. В анализе мочи у 25 % больных обнаруживают незначительное количество эритроцитов и лейкоцитов, что обусловлено распространением воспаления на стенку мочеочника (при ретроцекальном, ретроперитонеальном расположении отростка) или мочевого пузыря (при тазовом аппендиците). Вряде случаев целесообразно прибегать к лучевым методам диагностики (обзорная рентгеноскопия органов грудной клетки и брюшной полости, УЗИ, КТ).

Клинический пример:

В хирургическое отделение «N-больницы» в экстренном порядке доставлена пациентка 24 лет с диагнозом: – «Беременность 31 неделя». Пациентка предъявляет жалобы на постоянную боль в правой боковой области живота.

Из анамнеза: боль появилась внезапно 09.01.16 вечером, интенсивность боли усиливалась с каждым часом и носила постоянный ноющий характер. Была однократная рвота. Повышение температуры тела до 37,6 С. 10.01.16 утром вызвала скорую помощь, на которой была доставлена в приёмное отделение « X-больницы », где была осмотрена врачом-гинекологом, который выполнил ультразвуковое исследование и собрал все необходимые анализы (ПАК, БХ крови, ОАМ) ,после оценки результатов исключил гинекологическую патологию и перенаправил пациентку к хирургу, который поставил заключительный диагноз « Острый аппендицит».

Общий осмотр: состояние средней степени тяжести. Положение - лёжа на левом боку Сознание ясное. Кожные покровы бледные. Язык сухой. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 25\мин, ЧСС 120 уд\мин. Сердцебиение плода ясные, ритмичные до 120 уд\мин.

Объективное исследование: больная малоподвижна в постели, боль усиливается при перемене положения тела на правый бок. Отмечает болезненность при пальпации правой боковой области живота. Аппендикулярные симптомы: Михельсона, Брендо, Бартомье-Михельсона-положительные. Симптом сотрясения отрицательный с обеих сторон. Перистальтика выслушивается. Печёночная тупость сохранена. Матка в нормотонусе. Патологических выделений из родовых путей нет.

Дополнительные методы исследования:

1)По УЗИ: над эпицентром боли определяется аппендикс: переднезадний размер 10мм; стенка имеет слоистую структуру; окружающая жировая клетчатка с признаками отёка- гиперэхогенна; при ЦДК кровотоков в стенке и жировой клетчатке вокруг усилен. Отросток не сжимаем, локально болезненный, перистальтика не определяется.

2)Полный анализ крови -лейкоцитоз  $19 \cdot 10^9$ л, со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, $E_r-3,28 \cdot 10^{12}$ л;  $H_b$  100г\л; ЦП 0,85; СОЭ-20мм\час;

2) БХ анализ крови- С-РБ(2 мг\л), фибриноген(15 мкмоль\л); общий белок 55 г\л

3)Полный анализ мочи- протеинурия, микрогематурия.

После постановки диагноза была направлена на оперативное лечение.

В ходе операции была проведена боковая трансмукулярная лапаротомия, ревизия брюшной полости, аппендэктомия, ушивание операционной раны и наложение асептической повязки. Отросток длиной 8 см, гиперемирован, утолщён. В послеоперационном периоде проведена антибактериальная терапия: Цефтриаксон 1,0 х 2р в\м, дезинтоксикационная терапия-р.р.Рингера60-120 мл капельно. Так же были назначены успокоительные препараты «Персен» по 1 таблетке 3 раза в день, и поливитаминные комплексы «Элевит- Пренаталь» по 1 таблетке перед приёмом пищи. Для борьбы с анемическим синдромом осуществлено переливание эритроцитарной массы.

На данный момент пациентка предъявляет жалобы на умеренные боли в послеоперационной ране, общую слабость. Стул был, газы отходят. Диурез в норме. Общее состояние удовлетворительное. АД 110\80 мм.рт.ст. ЧСС 80 уд\мин, ЧДД19 в мин. Кожные покровы физиологической окраски. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот умеренно болезненный в области полсеоперационной раны. Рана сухая. В настоящее время больной выписан в удовлетворительном состоянии. Угрозы для беременности нет.

#### **Использованные источники:**

1)Острый аппендицит. Учебное пособие / составители: С.Н.Стяжкина, В.А.Ситников, М.Н.Климентов – Ижевск, 2008,- 72 с.

2) Кузин М.И: Хирургические болезни, Москва : Медицина, 2005.

3) Острый аппендицит: Учеб. пособие / И.В. Михин, А.Е. Бубликов. – Волгоград: Изд-во ВолгГМУ, 2013.– 44с.