

**Корбут И.А.<sup>1</sup>, Дундаров З.А.<sup>1</sup>, Адамович Д.М.<sup>1</sup>,  
Али Моханнад Абд<sup>1</sup>, Ямадов С.А.<sup>1</sup>, Чернов П.О.<sup>2</sup>**

## **ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ И БЕРЕМЕННОСТЬ**

<sup>1</sup>*УО «Гомельский государственный медицинский университет»*

<sup>2</sup>*Учреждение «Гомельская областная клиническая больница»  
Гомель, Республика Беларусь*

**Актуальность.** Острый аппендицит является одной из наиболее частых причин не акушерского острого живота у беременных [Сажин А. В. И и др. 2019; M. Sentürk, 2020], частота которого, по данным разных авторов, составляет от 0,05 до 5 % [Крот И.Ф. и др., 2014; Хасанов А.Г. и др., 2016; Сажин А. В. И др., 2019]. Многими авторами выявлены особенности заболеваемости острым аппендицитом во время беременности указывая на более частое его развитие во II триместре беременности и наименьшее в III триместре [Guttman R. et all, 2004; Ueberrueck T. et all, 2004; Yilmaz HG. et all, 2007; Andersson R.E. et all 2001]. Вместе с тем, есть работы, указывающие на более частое развитие его в I и во II триместре [Крот И.Ф. и др., 2014; M. Frountzas et all, 2019]. Быстрая постановка точного диагноза зачастую затруднена, так как аппендицит развивается на фоне физиологических изменений, характерных для беременности. Такая отсрочка в диагностике повышает риск осложнений, как для матери, так и для плода [Stepp K. Et all, 2004; Pastore P.A. et all, 2006]. Выбор оперативного лечения и его влияние на дальнейшее течение беременности и родов также имеет противоречивые данные. Ряд авторов приводят результаты, которые демонстрируют отсутствие различия между вмешательством лапароскопическим доступом в сравнении с традиционным видом операции на дальнейшее течение беременности [S.H. Lee et all, 2019; A.Tumati et all, 2021]. В других случаях, при объединенном анализе доказательств лапароскопическая аппендэктомия представляла более высокий риск потери плода, но более низкий риск преждевременных родов [J.Chakraborty et all, 2019; J.Zhang et all, 2021]. При этом, уровень перинатальных потерь у женщин при развитии деструктивного аппендицита может достигать 17-50% [Гумаров Р.Ф., 2011; Хасанов А.Г. и др., 2016]. В этом случае, у половины женщин преждевременное прерывание беременности происходит в течении 1 недели после операции. Угроза прерывания настоящей беременности после перенесенной аппендэктомии у большинства женщин (до 68,5%) сохраняется на всем протяжении гестации, и эти пациентки составляют группу риска по недонашиванию беременности [Стрижаков А.Н., и др., 2010].

**Цель:** изучить частоту встречаемости беременных среди пациентов с острым аппендицитом и результаты их лечения.

**Материалы и методы.** Изучены медицинские карты пациентов, госпитализированных в Учреждение «Гомельская областная клиническая

больница» за период 01.01.2014г – 01.10.2021 гг. Статистическая обработка данных проведена с использованием статистической программы «Statistica 10.0». Результаты выражали в виде M (25;75) %.

**Результаты и обсуждение.** За указанный период в первое хирургическое отделение было госпитализировано 26 (5,93%) беременных: первый триместр – 5 (19,2%) пациенток, 2 триместр - 11 (42,3%), третий триместр – 10 (38,5%). Средний возраст пациенток составил 26 (23; 29) лет, статистически достоверных отличий возраста по триместрам не отмечено. Время от начала симптомов заболевания составило 12 (7; 20) часов. Обратившихся позже 24 часов от момента возникновения симптомов было 5 пациенток, одна из которых ранее осматривалась акушер-гинекологом, назначено консервативное лечение и наблюдение. Ещё одна пациентка категорически отказалась от госпитализации и обратилась повторно спустя 24 часа.

Все пациентки были оперированы. Традиционная аппендэктомия произведена у 18 (69,2%) беременных (в первом триместре – у 4 женщин, во втором – у 7 и в третьем у 7 человек, соответственно). У (7,69%) 2 пациенток в сроке 13-27 недель беременности при диагностической лапароскопии после установления диагноза была выполнена конверсия и выполнение аппендэктомии традиционным способом. Из лапаротомного доступа аппендэктомия выполнялась в 4(15,4%) случаях: у одной пациентки с дермоидной кистой яичника (второй триместр беременности), у трех человек в связи с установлением диагноза острый аппендицит в поздних сроках беременности (36,38,39 неделя беременности. После госпитализации в родильное отделение Учреждения «Гомельская областная клиническая больница» аппендэктомия этим женщинам была выполнена в сочетании с операцией кесарево сечение. Традиционная аппендэктомия с дренированием брюшной полости во втором триместре беременности и лапароскопическая аппендэктомия в первом триместре были выполнены по одному случаю (3,8%), соответственно.

В четырех случаях (15,4%) была выявлена катаральная форма воспаления, флегмонозная – у 19 (73,1%) человек, у трех (11,5%) пациенток - острый гангренозный аппендицит. Статистически значимых отличий между триместрами и формами острого аппендицита не было выявлено, что может быть обусловлено размерами выборки и требует дальнейшего изучения.

Осложнения течения беременности отмечены у 3 (11,5%) женщин: после выполнения лапароскопической аппендэктомии в срок 6-7 недель – произошел самопроизвольный аборт, пациентка не была заинтересована в сохранении беременности, у двух пациенток в сроке 29 и 38 недель после традиционной аппендэктомии была диагностирована угроза прерывания беременности. Обеим была назначена консервативная терапия, что позволило пролонгировать беременность до срока родов. У всех остальных пациенток осложнений беременности диагностировано не было.

**Выводы.** Острый аппендицит на фоне беременности оказывает влияние на ее течение, что необходимо учитывать при лечении этих пациенток. При поздних сроках беременности следует отдавать предпочтение традиционной аппендэктомии или родоразрешению с одновременной аппендэктомией во время кесарева сечения. Выбор доступа для аппендэктомии на более ранних сроках требует дальнейшего исследования.