

<sup>1</sup>Бовтюк Н.Я., <sup>2</sup>Дудко А.А., <sup>2</sup>Савенок А.А., <sup>1</sup>Желенговская М.Н.  
**ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ФОРМ ОСТРОГО  
АППЕНДИЦИТА В РАЗНЫЕ ТРИМЕСТРЫ БЕРЕМЕННОСТИ И В  
ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ ДО 42 ДНЕЙ**

<sup>1</sup>УО «Белорусский государственный медицинский университет»,  
г. Минск, Республика Беларусь

<sup>2</sup>УЗ «3-я городская клиническая больница имени Е.В. Клумова»,  
г. Минск, Республика Беларусь

***Аннотация.** В работе изучена частота встречаемости морфологических форм острого аппендицита (ОА) в разные сроки беременности и в послеродовом периоде (п/р период) до 42 дней. Установлено, что деструктивные формы ОА преобладали в I триместре (88,0%) и п/р периоде (90,9%), что связано в большинстве случаев с поздней госпитализацией в хирургическое отделение и подлежит коррекции лечебных мероприятий для сохранения беременности и ведения п/р периода.*

***Ключевые слова:** беременность, острый аппендицит, деструктивные формы острого аппендицита, малоинвазивная хирургия.*

Bovtyuk N.Y., Dudko A.A., Savenok A.A., Zhelengovskaya M.N.  
**THE FREQUENCY OF OCCURRENCE OF MORPHOLOGICAL FORMS OF  
ACUTE APPENDICITIS IN DIFFERENT TRIMESTERS OF PREGNANCY AND IN  
THE POSTPARTUM PERIOD IS UP TO 42 DAYS**

***Abstract.** The study investigated the frequency of morphological forms of acute appendicitis at different stages of pregnancy and in the postpartum period up to 42 days. It was found that destructive forms of acute appendicitis prevailed in the first trimester (88,0%) and the postpartum period (90,9%), which in most cases is associated with late hospitalization to the surgical department and is subject to correction of therapeutic measures to preserve pregnancy and manage the postpartum period.*

***Keywords:** pregnancy, acute appendicitis, destructive forms of acute appendicitis, minimally invasive surgery.*

**Актуальность.** Острый аппендицит — одна из ведущих причин госпитализаций по поводу urgentных заболеваний органов брюшной полости в общей популяции, включая беременных женщин. Аппендэктомия является одним из наиболее часто выполняемых оперативных вмешательств [1]. Трудности диагностики ОА во время беременности могут приводить либо к напрасно выполненной операции, либо к поздней диагностике данного заболевания, что способствует развитию осложнений [2]. Сведения о частоте и причинах встречаемости деструктивных форм ОА необходимы для снижения риска преждевременных родов и материнской смертности. Анализ этих исходов имеет приоритетное значение в Республике Беларусь и других странах, сталкивающихся с проблемой снижения рождаемости.

**Цель:** изучить частоту встречаемости различных морфологических форм ОА в разные сроки беременности и в п/р периоде до 42 дней, а также оценить их роль на тактику ведения беременности.

**Материалы и методы.** Исследованы медицинские карты 558 пациенток, находившихся на лечении в городском центре для беременных с

подозрением на неотложную хирургическую патологию на базе УЗ «3-я городская клиническая больница имени Е.В.Клумова» с 2020 по 2024 гг.

Дизайн исследования: ретроспективное, одноцентровое, когортное. Применены статистический и аналитический методы исследования. Обработка данных осуществлялась с помощью Microsoft Excel 2020.

**Результаты.** В период с 2020 по 2024 гг. было прооперировано 132 (23,7%) женщины. Целевую группу составили 99 (75,0%) пациенток в возрасте от 16 до 40 лет, средний возраст - 29,3 года,  $M_o = 32$ ;  $M_e = 30$  лет, которым была выполнена аппендэктомия.

В I триместре оперированы 29 (22,0%) пациенток. Аппендэктомия выполнена у 25 (86,2 %): из лапароскопического доступа (ЛД) 23 (92,0%), с конверсией из ЛД и первично из открытого доступа (ОД) по одной операции. В 3 (12,0%) случаях выявлен катаральный, 18 (72,0%) - флегмонозный и 4 (16,0%) - гангренозный аппендицит. Длительность лечения составила 6,9 койко-дня (к/д),  $M_o = 5$ ;  $M_e = 6$  дней. В первые 6 часов от начала заболевания поступило 6 человек (24,0%), 7-24 ч – 15 пациенток (60,0%), позднее 24-х часов – 4 беременные (16,0%). Время от момента поступления в отделение до начала операции составило от 1 до 48 часов, среднее время – 8,1 часа,  $M_o = 3$ ;  $M_e = 5$  часов. Через 24 часа поступило 3 (12,0%) пациентки с деструктивными формами, из них одна прооперирована через 6 часов.

Во II триместре было 64 (48,5%) операции. Аппендэктомии составили 46 (71,9%), из них ЛД – 38 (82,6%), с конверсией из ЛД – один случай, первично из ОД – 7 (15,2%). При патоморфологическом исследовании было выявлено 10 (21,7%) катаральных, 36 (72,3%) флегмонозных форм. Длительность лечения составила 6,4 к/д,  $M_o = 5$ ;  $M_e = 6$  дней. В первые 6 часов от начала заболевания поступило 12 человек (26,1%), 7-24 ч – 28 пациенток (60,9%), позднее 24-х часов – 6 беременных (13,0%). Время от момента поступления в отделение до начала операции составило от 40 минут до 48 часов, среднее время – 8,2 часа,  $M_o = 4$ ;  $M_e = 6$  часов. Через 24 часа поступило 4 (8,7%) пациентки с деструктивными формами, из них одна прооперирована через 6 часов.

В III триместре прооперирована 21 (15,9%) беременная, аппендэктомия выполнена у 17 (80,9%): из ЛД – 3 (17,6%), первично из открытого доступа 14 (82,4%) вмешательств. Морфологически зарегистрировано 4 (23,5%) катаральных, 11 (64,7%) флегмонозных, 2 (11,8%) гангренозных случая. Средний срок лечения составил 6,0 к/д,  $M_o = 6$ ;  $M_e = 6$  дней. В первые 6 часов от начала заболевания поступило 2 человека (11,8%), 7-24 ч – 13 пациенток (76,4%), позднее 24-х часов – 2 беременные (11,8%). Время от момента поступления в отделение до начала операции составило от 1 часа 30 минут до 18 часов, среднее время – 6,0 часа,  $M_o = 2,3$ ;  $M_e = 4,3$  часа. Через 24 часа поступила одна пациентка с деструктивной формой, прооперирована через 1 час.

В п/р период до 42 дней было сделано 18 (13,6%) операций, из них выполнено 11 (61,1%) аппендэктомий ЛД. При патоморфологическом

исследовании выявлен 1 случай катарального аппендицита, 5 (45,4%) флегмонозных и 5 (45,4%) гангренозных случаев. Средний к/д составил 7,6 дня,  $M_o = 4$ ;  $M_e = 7$  дней. В первые 6 часов от начала заболевания поступило 2 человека (18,2%), 7-24 ч – 2 пациентки (18,2%), позднее 24-х часов – 7 пациенток (63,6%). Время от момента поступления в отделение до начала операции составило от 2 часов 30 минут до 14 часов 30 минут, среднее время – 6,3 часа,  $M_o = 3$ ;  $M_e = 5,4$  часа. Через 24 часа поступило 7 (63,6%) пациенток с деструктивными формами, из них 3 (42,9%) прооперировано через 6 часов.

У пациенток с катаральными формами ОА средняя длительность пребывания в стационаре составила 5,6 к/д,  $M_o = 6$ ;  $M_e = 5$  дней. Для флегмонозных форм — 6,3 к/д,  $M_o = 5$ ;  $M_e = 5$  дней. Для гангренозных форм – 7,9 к/д,  $M_o = 9$ ;  $M_e = 8$  дней. Статистически значимых различий между группами не выявлено.

Коррекция лечения проводилась совместно хирургами с акушер-гинекологами, а при наличии другой патологии привлекались смежные специалисты. В результате совместного лечения все беременности были пролонгированы, случаев прерывания беременности не зафиксировано. Все пациентки в удовлетворительном состоянии переведены в зависимости от сроков гестации в акушерско-гинекологические стационары или выписаны на амбулаторное лечение под наблюдение профильных специалистов.

#### **Выводы.**

1. Деструктивные формы ОА преобладали в I триместре беременности и п/р периоде, что связано в большинстве случаев с поздней госпитализацией.

2. Полученные данные требуют от врачей-хирургов, и акушер-гинекологов увеличения санитарно-просветительской работы на амбулаторном уровне и указывают на необходимость более тщательной диагностики у этого социально значимого контингента пациентов на этапе стационара.

3. Госпитализация беременных в единый городской центр, где имеется возможность оказывать квалифицированную хирургическую и акушерско-гинекологическую помощь, позволяет при поступлении своевременно коллегиально проводить дифференциальную диагностику и корректировать лечение, что позволяет сохранять беременность и оказывать полноценную помощь в п/р периоде.

4. Средняя продолжительность госпитализации увеличивается с прогрессированием морфологических форм заболевания, однако статистически значимых различий нет.

#### **Литература**

1. Лечение осложненного острого аппендицита у взрослых пациентов [Электронный ресурс] / З. А. Дундаров [и др.] // Интраабдоминальная инфекция. Вопросы диагностики и лечения: сб. материалов респ. науч.-практ. видеоконф. с междунар. участием, Минск, 20 нояб. 2020 г. / под ред. Г.Г. Кондратенко. – Минск, 2020. – С. 53–55.

2. Амельчя, О. А. Дифференциальная диагностика острого аппендицита у беременных / О. А. Амельчя, Н. Е. Николаев // Медицинский журнал. – 2010. – № 3. – С. 29-31.
3. Лапароскопическая диагностика и лечение острого аппендицита у беременных / О. А. Амельчя, Г. П. Рычагов, О. А. Пересада [и др.] // Здоровоохранение. — 2011. — № 4. — С. 49-52.
4. Хасанов, А. Г. Диагностика и лечебная тактика при остром аппендиците у беременных с большими сроками гестации / А. Г. Хасанов, Я. Р. Шевченко, Ф. Ф. Бадретдинова, Э. Р. Ибатуллин, Д. Г. Шайбаков // Креативная хирургия и онкология. – 2019. – № 2. – С. 100-105.
5. Сажин, А. В. Острый аппендицит у беременных / А. В. Сажин, А. И. Кириенко, М. А. Курцер, А. Г. Коноплянников, А. В. Панин, Д. А. Сон, Г. Д. Шуляк // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2019. – № 1. – С. 70-77.