

**Материалы 1-го Международного междисциплинарного конгресса  
«Проблемы репродукции», 27–28 апреля 2017 г., Минск. С.257-258**

Острый аппендицит у беременных.

Васильева Л.Н., Никитина Е.В., Рубахова Н.Н., Жукова Е.М.,  
Наледько В.А., Кузьмич Н. В.

Белорусский государственный медицинский университет, г.Минск,  
Республика Беларусь.

Диагностика острой патологии органов брюшной полости у беременных имеет некоторые особенности. Основными причинами, осложняющими диагностику, являются изменение анатомического соотношения органов во время беременности, затруднение пальпации органов брюшной полости, симптомы, сходные с обычным дискомфортом беременных, сложность дифференциальной диагностики акушерской и хирургической патологии.

Цель исследования: изучить особенности диагностики острого аппендицита у беременных

Материалы и методы: проведен анализ 86 историй болезней беременных, поступивших в хирургическое отделение 3 ГКБ в период с октября 2014 года по май 2015 года с подозрением на острый аппендицит.

Результаты и обсуждение: из поступивших с подозрением на острый аппендицит пациенток 18 находились в 1 триместре беременности, (20,45 %), 44 человека (50 %) во 2 триместре, 24 человека (29,55 %) в 3 триместре. Диагноз острого аппендицита был подтвержден у 10 пациенток (4 пациентки - 1 триместр, 4 пациентки – 2 триместр, 2 пациентки – 3 триместр). Время от госпитализации до оперативного вмешательства составило 4-8 часов. 82 пациенткам было проведено ультразвуковое исследование органов брюшной полости и малого таза, всем были выполнены общие анализы крови, мочи, биохимический анализ крови. Всем пациенткам проводили консервативное лечение в виде инфузионной терапии физиологическим раствором, внутримышечного введения спазмолитиков. В нашем исследовании

выявлено следующее. Острый аппендицит у пациенток в 1 триместре беременности имел типичную клиническую картину, у всех боли локализовались в правой подвздошной области, выявлялись перитонеальные симптомы, в общем анализе крови выражен лейкоцитоз. У пациенток в 2 и 3 триместрах беременности боли локализовались в разных отделах живота, в том числе и в правой подвздошной области, однако перитонеальные симптомы выявлялись только у части пациенток во 2 триместре. В общем анализе крови также выражен лейкоцитоз. Ключевым моментом для постановки диагноза во всех триместрах беременности являлось отсутствие положительной динамики после консервативного лечения. В сомнительных случаях при исключении другой острой хирургической патологии обоснованным явилось использование диагностической лапароскопии. По нашим данным это обследование позволяло уточнить диагноз и сразу провести оперативное лечение пациенткам во 2 и 3 триместрах. Пациенткам с подозрением на острый аппендицит в 1 триместре беременности лапароскопия сразу выполнялась как лечебная.

Заключение: Диагностика острого аппендицита у беременных опирается на комплексную оценку жалоб, результатов объективного обследования, данных лабораторных и инструментальных методов обследования, включая диагностическую лапароскопию, результатов консервативного лечения с учетом особенностей течения заболевания у беременных.

#### Литература

1. Справочник врача женской консультации / под общей ред. Ю. К. Малевича - Минск: Беларусь, 2014. - 415 с.
2. Михин, И. В. Острый аппендицит / И. В. Михин, А. Е. Бубликов. - Волгоград: Вол-гГМУ, 2013. - 76 с.
3. Амельченя, О. А. Дифференциальная диагностика острого аппендицита у беремен-ных / О. А. Амельченя, Н. Е. Николаев // Медицинский журнал. - 2008. - №2.

