

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У БЕРЕМЕННЫХ

Иванова Д. Д., Махомет А. В.

Гродненский государственный медицинский университет

Научный руководитель: канд. мед. наук Фурс В. В.

Актуальность. Наиболее распространённой неакушерской патологией хирургического профиля, осложняющей течение беременности, является острый аппендицит. Согласно статистическим данным частота встречаемости острого аппендицита во время беременности составляет 1: 1250 и 1: 1500 случаев [1]. Физиологические изменения во время беременности являются этиологическими факторами развития данной острой неотложной патологии и создают нетипичную клиническую картину острого аппендицита.

Цель. Целью данной обзорной статьи является описание клинической картины острого аппендицита у беременных и этиологических факторов, способствующих его развитию.

Методы исследования. В ходе исследования было проанализировано более 20 источников отечественной и зарубежной литературы, а также использована база научных публикаций PubMed на иностранном языке.

Результаты и их обсуждение. В этиологии острого аппендицита ведущую роль играет вегетирующая условно-патогенная аэробная и анаэробная флора. Условия её создания во время беременности обусловлены повышением порога чувствительности специфических хеморецепторов к биологически активным веществам, вследствие чего ослабляется моторная функция кишечника и возникает склонность к запорам. Также повышенная секреция прогестерона в I и II триместре способствует снижению тонуса гладкой мускулатуры кишечной стенки, что объясняет наличие застоя кишечного содержимого и повышение активности кишечной микрофлоры [2].

Беременные довольно редко имеют классическую клиническую картину острого аппендицита, однако первым *основным симптомом* остается болевой синдром. Вне зависимости от срока беременности боль начинается в околопупочной области, затем по мере прогрессирования воспаления мигрирует в правую паховую область. В III триместре купол слепой кишки отесняется беременной маткой кверху и кзади, червеобразный отросток смещается на несколько сантиметров выше, в связи с чем боль может локализоваться в правой боковой области или в правом подреберье [3].

Симптом Мак-Бурнея, который описывается как болезненность при пальпации примерно в 1,5-2,0 см от передней верхней подвздошной ости по прямой линии от этой точки до пупка, у беременных обладает менее выраженной чувствительностью, поскольку беременная матка приподнимает и растягивает переднюю брюшную стенку, увеличивая расстояние до

воспаленного аппендикса. Также матка может препятствовать контакту сальника с воспаленным червеобразным отростком, что повышает вероятность разлитого перитонита, так как плодные оболочки не смогут блокировать воспалительный процесс [4].

К *дополнительным* жалобам относят лихорадочный синдром (повышение температуры тела до 38,3°C), диспептический синдром (длительная, мучительная тошнота и рвота), изжогу, нарушение стула, метеоризм, учащение мочеиспускания, дизурию, а также тенезмы как со стороны желудочно-кишечного тракта, так и мочеиспускательной системы [5].

Выводы. Клиническая картина острого аппендицита у беременных имеет ряд особенностей:

1. Абдоминальная боль, являющаяся первым признаком в классической клинической картине острого аппендицита, не является его абсолютным диагностическим критерием у беременных, а может свидетельствовать об угрозе выкидыша, внематочной беременности.

2. Нетипично локализованная боль в правом подреберье или в правой боковой области, что связано с изменением анатомических взаимоотношений органов брюшной полости, а именно, перемещением аппендикса в верхний отдел брюшной полости, особенно на поздних сроках гестации.

3. Диспептический синдром при остром аппендиците также теряет свою диагностическую ценность: его необходимо дифференцировать с токсикозом беременных. Тошнота и рвота при аппендиците носят более продолжительный характер и не зависят от времени суток.

4. Нарушение стула может быть связано с повышенной секрецией прогестерона в I и II триместре.

5. Лихорадочный синдром характерен для острого воспалительного процесса и является отличительным признаком от акушерско-гинекологической патологии.

Таким образом, зная особенности клинической картины острого аппендицита у беременных, можно отдифференцировать его от других хирургических или акушерско-гинекологических патологий, тем самым провести своевременную диагностику и лечение и не допустить развитие осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Возможность раннего хирургического вмешательства при остром аппендиците у тяжелых пациентов / С.А. Мир[и др.] // Саудовский хирург. – 2017. – №5 (3). – С. 111.

2. Современные технологии в диагностике острого аппендицита при беременности / Ю.Г. Шапкин [и др.] // Бюллетень медицинских интернет-конференций. – 2011. –Т. 1; № 2. – С. 29–37.

3. Chung, C. H. Delays by patients, emergency physicians, and surgeons in the management of acute appendicitis: retrospective study / C. H. Chung, C. P. Ng, K. K. Lai// Hong Kong Med J. – 2020. – №6(3). – P. 254–9.

4. Sivanesaratnam, V. The acute abdomen and the obstetrician / V. Sivanesaratnam // Baillieres Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. –2000. – №14(1). – P.89–102.

5. Острый аппендицит у беременных/ А. В. Сажин[и др.] // Хирургия.Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2019. – № 1. – С. 70–77.