

УДК 616.346.2-002.1:618.2

ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ В ПОЗДНИЕ СРОКИ БЕРЕМЕННОСТИ**И. Ф. Крот, Е. А. Эйныш, А. А. Призенцов****Гомельский государственный медицинский университет**

Острый аппендицит является самым распространенным острым хирургическим заболеванием брюшной полости у беременных и в большинстве случаев имеет атипичное и осложненное течение. Приведен обзор литературы и описаны два клинических случая возникновения осложненных форм острого аппендицита в III триместре беременности. В первом примере на фоне запоздалой диагностики развился аппендикулярный абсцесс, оперативное лечение произведено на 17-е сутки от начала заболевания при беременности 35 недель. Во втором случае на сроке 35–36 недель произведена аппендэктомия, на 2-е сутки послеоперационного периода произошли роды через естественные родовые пути, на 9-е сутки развилась спаечная кишечная непроходимость. Роды у обеих женщин произошли преждевременно через естественные родовые пути на 2-е и 9-е сутки послеоперационного периода.

Ключевые слова: аппендицит, беременность, родоразрешение.

ACUTE APPENDICITIS DURING LATE PREGNANCY**I. F. Krot, E. A. Eynysh, A. A. Prizentsov****Gomel State Medical University**

Acute appendicitis is the most common acute surgical abdominal disease in pregnant women, and in most cases has a non-typical and complicated course. The article presents a brief literature review and describes two clinical cases of the complicated forms of acute appendicitis in the III trimester of pregnancy. In the former case, there was appendicular abscess caused by untimely diagnosis, the surgery was performed on the seventeenth day from the onset of the illness at a term of 35 weeks. In the latter case, a woman at a term of 35–36 weeks was performed appendectomy and two days after the surgery she gave birth vaginally and then on the ninth day developed adhesive intestinal obstruction. Both the women had a preterm vaginal delivery on days 2 and 9 of the postoperative period.

Key words: appendicitis, pregnancy, delivery.

Острый аппендицит — самое распространенное острое хирургическое заболевание органов брюшной полости у беременных, частота которого, по данным разных авторов, составляет 0,05–5 % [1–5]. Эта частота превышает популяционный уровень у женщин репродуктивного возраста, что является следствием физиологических изменений во время беременности: иммуносупрессии, гормонального влияния прогестерона на моторику кишечника, топографических особенностей расположения органов брюшной полости при беременности.

Наиболее часто острый аппендицит встречается в I и II триместрах беременности (19–36 и 27–60 % соответственно), реже — в III (15–33 %) и в послеродовом периоде (6–8 %). Трудность диагностики, физиологические изменения у беременных, запоздалое оперативное вмешательство приводят к увеличению частоты осложненных форм острого аппендицита. Так, перфоративные формы острого аппендицита у беременных диагностируются чаще, чем в популяции (30–40 против 5–10 % в общей популяции). В результате летальность при остром аппендиците у беременных в 10 и более раз выше, чем вне беременности и составляет 1,0–1,1 против 0,1–0,3 % у небере-

менных, а при осложненном аппендиците доходит до 16,7 % [1, 4]. Чем больше срок беременности, тем выше уровень летальности. Летальность в поздние сроки беременности при разлитом перитоните составляет до 20–50 % для матери и до 40–90 % для плода. Даже своевременно произведенная аппендэктомия не всегда позволяет избежать акушерских и хирургических осложнений, которые встречаются в 17 % случаев [1, 6]. Высока частота и диагностических ошибок при остром аппендиците. Она составляет у беременных от 11,9 до 44,0 %, причем в равной мере допускается гипо- и гипердиагностика, соотношение частот которых составляет, соответственно, 25 и 31 % [1, 4, 7].

Небезопасен острый аппендицит у беременной и для плода. При неосложненном аппендиците перинатальные потери составляют 2–17 % и возрастают до 19,4–50 % при осложненных формах аппендицита [1, 4]. В исследованиях обнаружено, что риск преждевременного прерывания беременности в течение первой недели после аппендэктомии существенно повышается и составляет 14–28 % [1]. Кроме того, неоправданная аппендэктомия тоже в 2–2,5 раза повышает риск прерывания беременности в послеоперационном периоде.

Трудности диагностики аппендицита во многом зависят от физиологических изменений во время беременности. Смещение слепой кишки зависит от положения пациентки, сроков беременности, тонуса передней брюшной стенки, формы живота. В первой половине беременности слепая кишка находится на 5–7 см ниже уровня гребня подвздошной кости, во второй половине — на уровне гребня подвздошной кости или на 3–5 см ниже него, а также смещается кзади. В то же время существуют данные, что беременность не приводит к смещению слепой кишки с червеобразным отростком. Это объясняется тем, что частота атипичного расположения отростка у женщин вне беременности не отличается от таковой во время беременности [8, 9].

При беременности кишечник становится толерантным к простагландинам, серотонину, ацетилхолину и другим биологически активным веществам в связи с повышением порога чувствительности специфических хеморецепторов. Гипотонию кишечника поддерживает также высокий уровень прогестерона. Снижение тонуса гладких мышц кишечника и сдавление его маткой, перегибы червеобразного отростка приводят к нарушению эвакуации из него и внутристеночной ишемии, что способствует развитию воспаления. К факторам, затрудняющим диагностику, относятся также расслабление мышц брюшного пресса, физиологический лейкоцитоз беременных, наличие различных диспепсических расстройств, снижение системного иммунного ответа. В связи со смещением вверх большого сальника реже наступает ограничение процесса, а при больших сроках беременности ввиду закрытия маткой входа в малый таз выпот распространяется преимущественно вверх, формируя разлитой перитонит и поддиафрагмальные абсцессы. Также диагностику затрудняют часто симулирующие острый аппендицит угроза прерывания, пиелонефрит беременных, преждевременная отслойка плаценты.

Течение аппендицита в первой половине беременности почти не отличается от течения острого аппендицита вне беременности. Во второй половине на течение острого аппендицита влияют вышеуказанные факторы. При этом болевой синдром может быть невыраженным, вследствие чего пациентки не фиксируют на нем внимания. Рвота часто наблюдается при беременности и не имеет диагностического значения. Температурная реакция выражена слабее, чем при аппендиците вне беременности. Следует также учитывать, что лейкоцитоз до $15 \times 10^9/\text{л}$ у беременных — явление физиологическое. В некоторых случаях локальная болезненность будет определяться не в правой подвздошной области, а несколько вы-

ше и латеральнее. Вследствие растяжения передней брюшной стенки локальное напряжение мышц выражено слабо, а на поздних сроках может отсутствовать из-за того, что слепая кишка прикрыта маткой. По той же причине могут быть отрицательными симптомы раздражения брюшины. Основное значение имеют положительный симптом Михельсона (усиление болей в положении на правом боку) и усиление болей при смещении матки слева направо [2, 3, 7].

Применение диагностической лапароскопии при больших сроках беременности ограничено высоким риском повреждения матки и других органов, а также сложностью визуализации всех отделов брюшной полости. В случае необходимости лапароскоп вводится по «открытой» методике, а для лучшей визуализации правого бокового канала пациентку укладывают на левый бок. В I триместре проведение диагностической лапароскопии более безопасно и не вызывает особых сложностей [10, 11, 12].

При установлении диагноза: «Острый аппендицит» показано оперативное лечение в экстренном порядке. При этом никакая форма аппендицита не является показанием к прерыванию беременности, которая ведется максимально консервативно. Используют токолитические, спазмолитические, седативные препараты. В I и II триместрах применяют доступы Волковича — Дьяконова, реже — Леннандера, в III — доступ Волковича — Дьяконова, но выполняют его выше гребня подвздошной кости или срединную лапаротомию. Если после аппендэктомии на поздних сроках беременности развивается родовая деятельность, родоразрешение ведется через естественные родовые пути. Кесарево сечение выполняется только по строгим показаниям.

При разлитом аппендикулярном перитоните у беременных под эндотрахеальным наркозом производят срединную лапаротомию, аппендэктомию, санацию и дренирование брюшной полости, рану брюшной стенки зашивают наглухо.

При доношенной беременности ввиду предстоящих родов операцию на фоне перитонита начинают с кесарева сечения, затем после ушивания и перитонизации раны матки производят аппендэктомию, санацию и дренирование брюшной полости. В современных условиях при наличии мощных антибактериальных средств удается избежать ампутации матки, что в недавнем прошлом было обязательным в подобных ситуациях. При развитии острого аппендицита в нормально протекающих родах необходимо скорейшее родоразрешение через естественные пути, а затем производится аппендэктомия. При развитии острого аппендицита в патологически протекающих родах необходимы одновременные кесарево сечение и аппендэктомия [4, 5, 6, 13, 14].

Приводим описание двух клинических случаев, представляющих интерес с точки зрения диагностики, лечения и акушерской ситуации при развитии аппендицита в поздние сроки беременности.

Первобеременная К., 25 лет, обратилась в приемный покой одной из больниц города 30.03.2012 г. на сроке беременности 32 недели с жалобами на жидкий стул, тошноту, неоднократную рвоту, боли в животе, повышение температуры тела. Заболела остро 30.03.2012 г. Была осмотрена акушером-гинекологом, рекомендована госпитализация в инфекционный стационар, где находилась на стационарном лечении с 30.03.2012 по 02.04.2012 г. с диагнозом: «Острый гастроэнтерит неуточненной этиологии». Консультирована хирургом: данных об острой хирургической патологии не было выявлено. С 03.04 по 08.04 находилась под наблюдением участкового акушера-гинеколога

и терапевта. Повторно поступила в терапевтическое отделение 09.04.2012 г. с жалобами на потливость, повышение температуры тела до 38 °С в вечернее время с диагнозом: «Пневмония?». Проведено обследование. Флюорография 10.04.2012 г.: очаговых и инфильтративных теней не выявлено, корни структурные, синусы свободные. В биохимическом анализе крови от 10.04.2012 г. патологических изменений не выявлено (С-реактивный белок не определялся). Общий анализ мочи, анализ мочи по Нечипоренко: без патологии. Мазок из цервикального канала и уретры: без патологии. ЭКГ от 10.04.2012 г.: ритм синусовый. Анализ мазка на тифо-паратифозную группу от 10.04.2012 г.: патогенные энтеробактерии не обнаружены. УЗИ плода от 10.04.2012 г.: беременность 33–34 недели. УЗИ органов брюшной полости и почек 10.04.2012 г.: патологии не выявлено.

Таблица 1 — Данные общего анализа крови в динамике

Дата	Эритроциты $\times 10^{12}/л$	Гемоглобин, г/л	Лейкоциты $\times 10^9/л$	Палочко-ядерные нейтрофилы, %	Сегментоядерные нейтрофилы, %	Эозинофилы, %	Моноциты, %	Лимфоциты, %	СОЭ, мм/ч
10.04	4,19	124	13,96	20	60	2	10	7	58
12.04	4,25	129	10,56	11	62	3	6	18	58
16.04	3,68	113	16,6	13	62	2	1	22	65

Проведен консилиум от 16.04.2012 г. и выставлен диагноз: «Лихорадка неясного генеза. Беременность 34 недели. Истмико-цервикальная недостаточность (корригирована акушерским пессарием)». Проведено УЗИ органов брюшной полости от 16.04.2012 г.: в мезогастрии справа за маткой выявлено образование 86 на 47 мм, неправильной формы, с неровным наружным контуром, паренхима образования неоднородная с жидкостным включением. Заключение: УЗИ-признаки аппендикулярного инфильтрата с абсцедированием.

Пациентка переведена 17.04.2012 г. в хирургическое отделение ГКБ №3 для дальнейшего лечения. При переводе предъявляла жалобы на ноющие боли в животе и повышение температуры тела. При общем осмотре: сознание ясное, кожные покровы обычной окраски, чистые. Дыхание свободное, 20 в минуту, границы легких перкуторно не изменены, при аускультации — дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс — 100 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительных свойств. АД — 120/80 мм рт. ст. на обеих руках. Тоны сердца ясные, ритмичные. Язык сухой чистый. Живот увеличен за счет беременной матки, при пальпации болезненный в правой боковой области, дефанса мышц нет. Перистальтика активная. Симптомы Пастернацкого, Воскресенского, Щет-

кина-Блюмберга, Ровзинга отрицательные, симптомы Ситковского, Бартomme-Михельсона сомнительные. Печень, почки, селезенка не пальпируются. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Стул регулярный, оформленный, 1 раз в сутки. Проведено полное лабораторное и инструментальное обследование. Общий анализ крови: эритроциты — $4,13 \times 10^{12}/л$, гемоглобин — 123 г/л, тромбоциты — $334 \times 10^9/л$, лейкоциты — $17,9 \times 10^9/л$, палочкоядерные нейтрофилы — 9 %, сегментоядерные нейтрофилы — 82 %, лимфоциты — 6 %, моноциты — 3 %, СОЭ — 66 мм/ч. УЗИ органов брюшной полости: справа от матки определяется неоднородное гипо- и изоэхогенное образование с нечеткими контурами, размерами $5 \times 4 \times 6$ см, болезненное при пальпации. Свободной жидкости в малом тазу и других отделах брюшной полости не выявлено. Печень, желчный пузырь, поджелудочная железа, селезенка, левая почка без особенностей. Правая почка не увеличена, лоханка расширена до 25 мм, паренхима сохранена. Заключение: инфильтрат правой подвздошной области. Правосторонняя пиелктазия и гидрокаликоз. УЗИ плода: беременность 34–35 недель. Синдром задержки роста плода 1 ст., асимметричная форма. Нарушений маточно-плацентарного и фето-плацентарного кровотоков не выявлено. Кардиотокография: не-

стрессовый тест реактивный; STV-5,9, критерии Доуза-Редмана соблюдены. Пациентка была осмотрена консилиумом врачей. Выставлен диагноз: «Аппендикулярный абсцесс. Беременность 34–35 недель. Истмико-цервикальная недостаточность (корригирована акушерским пессарием). Синдром задержки роста плода I ст. асимметричная форма». Учитывая данный диагноз, рекомендовано оперативное лечение. 17.04.2012 г. под эндотрахеальным наркозом косо-переменным разрезом в правой подвздошной области вскрыта брюшная полость. При ревизии в свободной брюшной полости выпота не выявлено. Визуализируется неизменная правая маточная труба. Купол слепой кишки малосмещаем, за ним пальпируется плотный инфильтрат до 8 на 4 см. При разделении инфильтрата вскрылся абсцесс, выделилось около 150 мл густого гноя с неприятным запахом. Дифференцировать в инфильтрированных тканях червеобразный отросток не представляется возможным. Полость абсцесса промыта растворами антисептиков, дренирована перчаточко-марлевым тампоном. На рану наложены наводящие швы, асептическая повязка. При микробиологическом исследовании содержимого абсцесса выделена *E. Coli*, чувствительная к ципрофлоксацину, гентамицину, устойчивая к цефтазидиму, цефатоксиму, амоксиклаву. Послеоперационный период протекал без особенностей, в дальнейшем рана зажила вторичным натяжением. Проводилось обезболивание, антибиотикотерапия (цефепим + метронидазол), инфузионная терапия, токолиз (сернокислая магнезия), профилактика синдрома дыхательных расстройств новорожденного, лечение плацентарной недостаточности, уход за раной. На 2-е сутки пациентка была переведена из отделения интенсивной терапии в хирургическое отделение. На 9-е сутки послеоперационного периода на сроке гестации 36 недель (252 дня) беременная К. была переведена в акушерское наблюдательное отделение в связи с преждевременным излитием околоплодных вод и началом спонтанной родовой деятельности. Роды велись через естественные родовые пути с максимальным обезболиванием, лечением гипоксии плода. Родилась живая девочка массой 2.200 г, ростом 49 см с оценкой по шкале Апгар 8–8 баллов. Общая продолжительность родов составила 5 часов, кровопотеря в родах — 200 мл. При гистологическом исследовании последа выявлены признаки внутриматочной гипоксии плода и внутриутробного инфицирования (выпадение фибриноида, полнокровие, кровоизлияния, лимфоцитарная инфильтрация оболочек, базальный децидуит, париетальный хориодецидуит.). Послеродовый период протекал без осложнений. На 6-е сутки по-

сле родов пациентка с ребенком переведена в педиатрическое отделение для дальнейшего лечения новорожденного в связи с его недоношенностью.

Пациентка С., 34 лет, повторнوبرеменная, находилась на лечении в одном из стационаров г. Гомеля с угрожающими преждевременными родами на сроке беременности 35–36 недель. 05.09.2012 г. появились жалобы на боли в правой подвздошной области, тошноту, однократную рвоту, сухость во рту, двукратный жидкий стул. Заболела остро утром 05.09.2012 г. Пациентка была направлена для консультации к дежурному хирургу с диагнозом: «Острый аппендицит? Беременность 35–36 недель». Переведена в хирургическое отделение. Осмотрена хирургом, дежурным терапевтом и гинекологом. Проведены лабораторные и инструментальные обследования. Общий анализ крови: эритроциты — $3,31 \times 10^{12}/л$, гемоглобин — 107 г/л, лейкоциты — $21,1 \times 10^9/л$, палочкоядерные нейтрофилы — 16 %, сегментоядерные нейтрофилы — 77 %, моноциты — 3 %, лимфоциты — 3 %, базофилы — 1 %, СОЭ — 19 мм/ч. Данные других результатов обследования без патологических изменений. Выставлен диагноз: «Острый аппендицит. Беременность 35–36 недель». По экстренным показаниям 06.09.2012 г. под эндотрахеальным наркозом пациентке произведена аппендэктомия, дренирование брюшной полости. Клинический диагноз: «Острый гангренозный аппендицит. Беременность 35 недель». В условиях отделения интенсивной терапии проводилось обезболивание, инфузионная терапия, антибиотикотерапия (амоксилав + метронидазол), терапия по сохранению беременности (сернокислая магнезия, гинипрал). 07.09.2012 г. около 5 часов утра у пациентки появились боли в животе, по поводу которых была осмотрена акушером-гинекологом. Учитывая высокий риск преждевременных родов, была переведена в ГКБ № 3, где продолжала лечение в отделении интенсивной терапии с диагнозом: «Беременность 35–36 недель. Угрожающие преждевременные роды. Состояние после аппендэктомии по поводу острого гангренозного аппендицита от 06.09.2012 г.». Проводилось обезболивание, антибактериальная, инфузионная, симптоматическая, токолитическая терапия, профилактика гипоксии плода. 08.09.2012 г. в 8.00 у пациентки произошло преждевременное излитие околоплодных вод и началась родовая деятельность, она была переведена в акушерское наблюдательное отделение для родоразрешения. Роды велись через естественные родовые пути с максимальным обезболиванием, профилактикой гипоксии плода и эпизиотомией во втором периоде. В 10.25 родилась живая недоношенная девочка массой 2880 г, длиной 53 см с оценкой по шкале Ап-

гар 8/8 баллов. Общая продолжительность родов — 3 часа. Кровопотеря в родах — 270 мл. В 22.00 состояние пациентки ухудшилось. Осмотрена дежурным хирургом и акушером-гинекологом. Пациентка предъявляла жалобы на вздутие живота, тошноту, боли тянущего характера в животе без четкой локализации, усиливающиеся при движении, задержку газов. При объективном осмотре — состояние средней степени тяжести. Кожные покровы обычной окраски, чистые. В легких везикулярное дыхание, ЧД — 18 в минуту. Пульс — 78 ударов в минуту, ритмичный. АД — 120/80 мм рт. ст. Язык чистый, влажный. Живот равномерно вздут, участвует в акте дыхания, умеренно болезненный в области послеоперационной раны. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Перистальтика вялая, выслушивается шум плеска. Дно матки на уровне пупка, матка контурируется плохо. Газы не отходили. Стула не было. Выделения из половых путей кровянистые, умеренные. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Был выставлен диагноз: «Первые сутки послеродового периода после вторых преждевременных родов. Состояние после аппендэктомии по поводу острого гангренозного аппендицита от 06.09.12 г. Динамическая кишечная непроходимость». Пациентка переведена в отделение интенсивной терапии, где в течение суток проводилось комплексное лечение кишечной непроходимости (назогастральный зонд, эпидуральная анестезия, стимуляция моторики кишечника, инфузионная терапия, антибактериальная терапия). 10.09.12 г. проведен консилиум, на котором констатировано отсутствие эффекта от проводимого лечения. Выставлен диагноз: «Третьи сутки послеродового периода после вторых преждевременных родов (08.09.2012 г.). Состояние после аппендэктомии по поводу острого гангренозного аппендицита (06.09.12 г.). Ранняя спаечная кишечная непроходимость». Пациентке показано экстренное оперативное лечение. Произведена релапаротомия, ревизия органов брюшной полости. В брюшной полости до 500 мл соломенного выпота. В рану прилежат растянутые до 7 см петли тонкой кишки. Ввиду невозможности детальной ревизии выполнена верхняя срединная лапаротомия. Тонкая кишка растянута жидкостью и газом, стенка ее обычного цвета, перистальтика прослеживается. На расстоянии 20 см от илеоцекального угла подвздошная кишка сложена в виде «двустволки» и припаяна к задней стенке матки на площадке до 5 см, там же имеются наложения фибрина. Нижележащий отдел подвздошной кишки спавшийся. Ободочная кишка без патологии. Ретроградно тонкая кишка опорожнена. Произведена назоинтестинальная ин-

тубация тощей кишки. Брюшная полость промыта, осушена, дренирована трубчатым дренажом. Раны послойно ушиты. В послеоперационном периоде проводилось интенсивное лечение, клиничко-лабораторный и инструментальный мониторинг. 14.09.12 г. пациентка переведена в акушерское наблюдательное отделение. Выписана на 13-е сутки после родов под наблюдение участкового акушера-гинеколога и хирурга. Раны зажили первичным натяжением.

Приведенные случаи демонстрируют сложность диагностики и лечения острого аппендицита во время беременности. В первом клиническом примере имеет место запоздалая диагностика, приведшая к формированию осложненной формы острого аппендицита. Ввиду неоднозначной клинической картины имели место сложности дифференциальной диагностики, хирургическое лечение произведено лишь на 17-е сутки от начала заболевания. Второй случай демонстрирует картину развития послеоперационного осложнения в виде ранней спаечной кишечной непроходимости. Акушерские исходы в обоих примерах показывают высокий риск прерывания беременности после хирургического лечения аппендицита, что соответствует литературным данным. У пациенток на 2-е и 9-е сутки после операции начались преждевременные роды. Характер начала родов с преждевременного излития околоплодных вод свидетельствует об инфицировании фетоплацентарного комплекса. Выбор тактики родоразрешения во втором клиническом примере был особенно сложен, так как роды через естественные родовые пути велись на 2-е сутки послеоперационного периода. Данные литературных источников и собственный клинический опыт свидетельствуют об относительной безопасности ведения родов через естественные родовые пути на 5-7-е и более поздние сутки послеоперационного периода, но приведенный пример показывает возможность ведения родов и в более ранние сроки. Выбранная тактика родоразрешения позволила избежать гнойно-септических послеродовых осложнений.

Таким образом, течение острого аппендицита в поздние сроки беременности отличается от такового при ранних сроках беременности и без нее, что следует учитывать практикующим специалистам для оптимизации диагностики и выбора лечебной тактики.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Шаймарданов, Р. Ш. Острый аппендицит у беременных / Р. Ш. Шаймарданов, Р. Ф. Гумаров // Практическая медицина. Акушерство. Гинекология. Эндокринология. — 2011. — № 6 (54). — С. 53–56.
2. Особенности диагностики острого аппендицита у беременных / С. В. Доброквашин [и др.] // Практическая медицина. Хирургия. — 2010. — № 8 (47). — С. 79–80.
3. Шаймарданов, Р. Ш. Инструментальные методы исследования в диагностике острого аппендицита у беременных /

Р. Ш. Шаймарданов, Р. Ф. Гумаров // Казанский медицинский журнал. — 2010. — Т. 91, № 5. — С. 622–625.

4. Национальное руководство «Акушерство» / под ред. Э. К. Айламазяна [и др.]. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — С. 678–679.

5. Дивакова, Т. С. Особенность ведения беременных с острым аппендицитом / Т. С. Дивакова, Е. А. Киселева // Фундаментальные науки и достижения клинической медицины и фармации: Тез. докл. — Витебск, 2002. — С. 106–107.

6. Острый аппендицит и беременность / В. Н. Сидоренко [и др.] // Медицинская панорама. — 2011. — № 6. — С. 44–47.

7. Амельчя, О. А. Дифференциальная диагностика острого аппендицита у беременных / О. А. Амельчя, Н. Е. Николаев // Мед. журнал. — 2010. — № 3. — С. 29–31.

8. Гринберг, А. А. Неотложная абдоминальная хирургия / А. А. Гринберг. — М., 2000. — 456 с.

9. Эффективность лапароскопии в диагностике острого аппендицита / Ю. Г. Шапкин [и др.] // Эндоскопическая хирургия. — 2008. — № 1. — С. 15–18.

10. Лапароскопическая аппендэктомия при беременности / В. П. Сажин [и др.] // Хирургия. — 2009. — № 2. — С. 12–15.

11. Safety of laparoscopic appendectomy during pregnancy / B. Kirshtein [at al.] // World J Surg. — 2009. — Vol. 33. — P. 475–480.

12. Laparoscopic appendectomy in pregnant patients: are view of 45 cases / P. Lemieux [at al.] // Surg Endosc. — 2009. — Vol. 23. — P. 1701–1705.

13. Беременность и острый аппендицит / А. Н. Стрижаков [и др.] // Вестник хирургической гастроэнтерологии. — 2010. — № 3. — С. 4–16.

14. Empyema and lung abscess as complication of a perforated appendicitis in a pregnant woman / A. Dietrich [et al.] // Int J Surg Case Rep. — 2012. — № 3 (12). — P. 622–624.

Поступила 29.10.2014

ИЗ МАТЕРИАЛОВ XV ВСЕРОССИЙСКОГО НАУЧНОГО ФОРУМА «МАТЬ И ДИТЯ» «ПЕРСПЕКТИВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РАЗВИТИЯ АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ» (МОСКВА, 23–26 СЕНТЯБРЯ 2014 Г.)

УДК 618.1+618.2/.7

ПЕРСПЕКТИВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РАЗВИТИЯ АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ (по итогам XV Всероссийского научного форума «Мать и дитя»)

Е. А. Эйныш, И. Ф. Крот

Гомельский государственный медицинский университет

Основными вопросами для обсуждения на XV Всероссийском научном форуме явились: организация акушерской и неонатальной помощи, пути снижения материнской и младенческой смертности, осложнения беременности и родов, выхаживание новорожденных с экстремально низкой массой тела, гинекологическая патология, онкологические заболевания и репродукция.

Ключевые слова: Всероссийский научный форум, материнская и перинатальная смертность, осложнения беременности и родов, гинекологическая патология.

PROSPECTIVE AREAS OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY (upon the XV All-Russian Scientific Forum «Mother and Child»)

E. A. Eynysh, I. F. Krot

Gomel State Medical University

The main issues for discussion at the XV Russian Science Forum were: organization of obstetric and neonatal care, ways to reduce maternal and infant mortality, complications of pregnancy and childbirth, nursing of infants with extremely low birth weight, gynecological pathology, oncological diseases and reproduction.

Key words: Russian Scientific Forum, maternal and perinatal mortality, complications of pregnancy and childbirth, gynecological pathology.

Всероссийский научный форум «Мать и дитя» состоялся в г. Москве 23–26 сентября 2014 г. и собрал 3097 участников из 72 регионов РФ, 165 городов страны, 18 стран мира. На церемонии открытия форума выступили директор Департамента развития медицинской помощи детям и службы родовспоможения МЗ РФ Е. Н. Байбарина, директор ФБГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени В. И. Кулакова» Г. Т. Сухих, руководитель Росздравнадзора М. А. Мураш-

ко, которые отметили растущий интерес ведущих отечественных и зарубежных специалистов к главному событию года для профессионального сообщества акушеров-гинекологов России. В докладе Е. Н. Байбариной особое внимание было обращено на профилактику материнской и младенческой заболеваемости и смертности. Отмечено, что материнская смертность в РФ имеет устойчивую направленность к снижению, ее показатель на 100 тыс. живорождений 11,3. Для снижения младенческой смертности осо-