

А.С.ИБАДИЛЬДИН, Г.И.ШАРУНОВ
 Казахский национальный медицинский университет
 и.м. С.Д. Асфендиярова «Кафедра хирургических болезней № 2»

АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ «ОСТРОГО ЖИВОТА» У БЕРЕМЕННЫХ

Пролежено 164 больных с «острым животом» у беременных. Из них 135 с острым аппендицитом, 7 с острым холециститом, 7 с острым панкреатитом, 1 с ОКН, 7 с ущемленной грыжей, 5 с желудочным кровотечением, 1 с эхинококкозом печени, 1 с оментитом. Объем операций: аппендэктомия, грыжесечение, эхинококкэктомия печени, холецистэктомия, холедохолитомия, ХДА. Родоразрешение у 5 больных с острым аппендицитом (3,7%). Согласованная тактика с акушер-гинекологами, преэмптентность в лечении «острого живота» у беременных позволили снизить преждевременное родоразрешение при остром аппендиците до 3,7%, предупредить материнскую летальность.

Ключевые слова: «острый живот», беременность, лечение.

Актуальность темы.

«Острый живот» - не редкость в акушерской практике. Операции по данному поводу производятся примерно у 0,2% беременных. Самым частым из хирургических заболеваний органов брюшной полости является острый аппендицит, составляя при беременности около 90% всех случаев «острого живота» [1]. Летальность при остром аппендиците в последние годы не превышает 0,3% (Савельев В.С., 1986). У беременных она в 6-10 раз выше (Ротков И.Л.1988). За рубежом летальность среди беременных с острым аппендицитом также достигает 2,5-3%. При перфоративном аппендиците летальность среди беременных возрастает в 10-30 раз [2].

Цель работы: улучшение результатов хирургического лечения «острого живота» у беременных.

Наиболее часто острый аппендицит встречается в 1 и 2 триместрах беременности, реже в 3 триместре. Многообразие причин «острого живота» делают его диагностику нелегкой. Клиника любых заболеваний при беременности та же, что и вне её. Симптомы обычно типичные в начальные сроки беременности, могут быть стертыми в поздние сроки беременности и в родах.

Клиническое течение острого аппендицита в первой половине беременности почти не отличается от его течения вне беременности, отличия возникают лишь во второй половине беременности. При исследовании живота необходимо учитывать локализацию червеобразного отростка, который смещается кверху по мере увеличения сроков беременности, локальное напряжение мышц выражено слабо [3,4]. Симптом Щёткина легко определяется в первом триместре, сложнее определить его во второй половине беременности [5]. Температурная реакция выражена слабее, лейкоцитоз умеренный.

В тех случаях, когда у беременных женщин возникают трудности, в диагностике острого аппендицита должны быть использованы неинвазивные дополнительные методы исследования - УЗИ. К ультразвуковому исследованию у беременных нет противопоказаний. В I и II триместре беременности в диагностике может быть использована лапароскопия. Также диагностическая лапароскопия позволяет избежать неоправданного оперативного вмешательства у беременных [4,6]. В отношении обезболивания, - у беременных следует предпочесть общую анестезию, так как только она способна обеспечить достаточную оксигенацию матери и страдающего плода, а также минимальную травматичность операции [2].

В первой половине беременности оптимальным доступом Волковича-Дьяконова, во второй половине его модифицируют по принципу, чем больше срок беременности, тем выше разрез. К срединной лапаротомии прибегают в редких случаях сочетания острого аппендицита и акушерской патологии, требующей немедленного родоразрешения, а также при распространенном перитоните. Результаты лечения аппендицита существенно ухудшаются по мере отдаления операции от начала приступа [2,7]. По данным гинекологов, преждевременное прерывание беременности после аппендэктомии наступило у 7,5% женщин, общая потеря плодов и новорожденных составила 3,9%. Невынашивание беременности при операциях во второй половине беременности встретилось в 11 раз чаще, чем при операциях, проведенных в первой половине беременности, при деструктивном аппендиците в 11 раз чаще, чем при простом [2].

Летальность при распространенном перитоните остаётся очень высокой и составляет, по данным различных авторов 23-55% для матери и 40-92% для плода. Принцип хирургической тактики формируется следующим образом: максимальная активность в отношении перитонита, максимальный консерватизм в отношении беременности [1].

Материал и методы исследования.

За 2007-2013 гг. в клинике находилось 164 больных в сочетании с беременностью. Из них 135 больных (82,3%) с острым аппендицитом, 7 с острым холециститом, 7 с острым панкреатитом, 1 с ОКН, 7 с ущемленной грыжей, 5 больных с желудочным кровотечением, 1 с эхинококкозом печени, 1 с оментитом.

Таблица 1 - Возраст поступивших

Возраст больных	Количество больных
17-20лет	20
21-30лет	121
31-40лет	21
41-42лет	2
Итого	164

Сроки беременности у 164 больных: 3-12 недель у 48 больных, 13-20 недель у 47, 21-25 недель у 31, 26-38 недель у 38 больных. За 2007-2013 гг. в клинике оперировано 4686 больных с острым аппендицитом, из них 135 в сочетании с беременностью(2,9%). Больные поступили в клинику со следующими сроками заболевания: Таблица 2.

Таблица 2.

Время	Простой	Флегмонозный	Гангренозный	Всего	
До 3час.	3	7	-	10	80
4-6 час.	8	18	-	26	
7-12 час	8	34	2	44	
13-24 час.	7	23	6	36	55

1-2 суток	5	4	-	9
> 2 сут, до 4сут.	3	2	5	10
Всего	34	88	13	135

Из таблицы видно, что госпитализация после суток составила 19 человек (14,1%). Основная причина поздней госпитализации запоздалое обращение беременных за врачебной помощью.

Результаты:

Местный перитонит был у 50 (37%) больных. Дренирование брюшной полости при перитоните: Таблица 3

Таблица 3.

Форма воспаления отростка	Всего больных	Дренирование бр. полости	Местный перитонит	Периаппендикулярный абсцесс	Дренирование и тампонирование бр. полости
простой	34	2	4	-	-
флегмонозный	88	11	39	-	-
гангренозный	13	12	7	2	2
Всего	135	25	50	2	2

Выпота в брюшной полости было от 10-70 мл, в основном - 30-50мл, серозного характера - у 38 больных, гнойный перитонит - у 12. При посеве: в 12 случаях роста нет, в 13 случаях высевался стафилококк, и в 4 кишечная палочка, чувствительность отмечалась к цефазолину, цефтриаксону, амоксицилину. Интересны данные сопоставления клинических и гистологических диагнозов: из 13 гангренозных червеобразных отростков биопсия дала 4 флегмонозных, из 88 флегмонозных - простые по данным биопсии у 42, что в итоге даёт превалирование простой формы аппендицита у беременных (56,2%). Симптом Щёткина-Блюмберга был положителен только у 40 больных (29,6%), у 5 больных при простой форме, у 28 при флегмонозном и 7 при гангренозном аппендиците.

УЗИ развивающейся беременности сделано 86 больным: 28 при простом аппендиците, 47 при флегмонозном и 11 при гангренозном, выявлена угроза прерывания беременности у 35 больных (25,9%). Количество лейкоцитов в крови было увеличено от 10 до 16 тыс.: при простом у 25 больных, флегмонозном у 58 и при гангрене червеобразного отростка от 10 до 22 тыс. у 9 больных. Симультанных операций сделано 2: аппендэктомия и кистомэктомия. Релапаротомия выполнена в 1 случае у больной с острым флегмонозным аппендицитом, беременностью 32-33 недели по поводу распространённого перитонита в послеоперационном периоде. Родоразрешение также было произведено у 5 больных (3,7%) деструктивным аппендицитом, перитонитом, которых перевели в перинатальный центр, у 3 больных с флегмонозным, у 2 с гангренозным аппендицитом. Летальности после аппендэктомии у нас не было.

С острым холециститом наблюдалось 7 беременных со сроком 16-28 недели, из них 2 оперированы: холецистэктомия, холедохолитотомия, ХДА, дренирование холедоха по Пиковскому, дренирование брюшной полости по поводу острого калькулёзного флегмонозного холецистита, холедохолитиаза, другие велись консервативно. С острым панкреатитом наблюдалось 7 беременных со сроком 7-28 недель, велись консервативно. У 1 беременной в сроки 28-29 недель развилась острая спаечная тонкокишечная непроходимость, в связи с чем оперирована в экстренном порядке: лапаротомия, иссечение спаек, санация и дренирование брюшной полости, интраназальная интубация тонкого кишечника зондом, выписана с улучшением на 6 сутки.

С ущемлением грыжи наблюдалось 7 беременных со сроком 16-32 недели, из них с ущемлением паховой грыжи -3, белой линии живота - 2, послеоперационной вентральной грыжи - 2. Произведены операции: грыжесечение под местной анестезией у 5 беременных, у 2х под общим обезболиванием с п/о вентральной грыжей. У 1 больной с беременностью 29-30 недель на операции диагностирован оментит с некрозом участка большого сальника. Произведена резекция участка большого сальника. 5 больных со сроком 16-32 недели беременности наблюдались с клиникой желудочного кровотечения: с диагнозом острая язва 12 п/к-1, эрозивный гастрит - 2 и синдромом Мэллори-Вейса - 2. Все 5 больных велись консервативно, проводилась противоязвенная, гемостатическая терапия. 1 больная наблюдалась с диагнозом эхинококкоз правой доли печени с перфорацией, распространённый перитонит, беременность 5-6 недель. Произведена эхинококкэктомия печени, санация, дренирование брюшной полости, выписана с выздоровлением на 14 сутки.

Преждевременного родоразрешения и летальности у этих больных удалось избежать.

Выводы:

В алгоритме диагностики у беременных с «острым животом» необходимо применять неинвазивные методы (УЗИ).

Принципы хирургического лечения у беременных с острой хирургической патологией живота зависят от сроков обращения, наличия осложнённого течения, сопутствующей патологии, своевременной диагностики и выполнения адекватного анестезиологического пособия и оперативного вмешательства.

Согласованная тактика с акушерами-гинекологами, преемственность в лечении «острого живота» у беременных позволили предупредить материнскую летальность, снизить преждевременное родоразрешение до 3,7%.

У беременных с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости необходимо резко снизить показания к дренированию.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости под редакцией В.С.Савельева М., 2004.- С. 199-204.
- 2 Семенова И.И., Старовойтов В.А. «Острый живот» в акушерстве. В книге «Неотложная помощь при экстремальных состояниях в акушерской практике» под редакцией Э.К.Айламазяна. СПб.1993.- С. 224-259.
- 3 Колесов В.И. «Клиника и лечение острого аппендицита» Л., 1972.- С. 306-322.
- 4 Кригер А.Г. и др. «Острый аппендицит» М., 2002.- С. 45-48.
- 5 Шехтман М.М. «Неотложная помощь при экстрагенитальной патологии у беременных» М., 2001.- С. 35-55.
- 6 Коркан И.П. «Диагностическая лапароскопия у беременных». Хирургия, 1992-№2. С 63-66.
- 7 Ибадильдин А.С., Шарунов Г.И., Шарунова В.Г. «Алгоритм диагностики и лечения острого аппендицита у беременных». Научно-практический журнал «Хирургия. Морфология. Лимфология» Том 6 №11 2009г. С.76-77 г. Бишкек.
- 8 Ибадильдин А.С., Шарунов Г.И., Зяблицкая М.С. «К вопросу лечения беременных с острой хирургической патологией брюшной полости». Вестник КазНМУ №2 -2012. С 231-234.

А.С. ИБАДИЛЬДИН, Г.И. ШАРУНОВ

ЖҮКТІ ӘЙЕЛДЕРДЕГІ «ЖЕДЕЛ ІШ СИНДРОМЫН» ДИАГНОСТИКАЛАУ ЖӘНЕ ЕМДЕУ АЛГОРИТМІ

Түйін: Жүкті әйелдердегі «жедел іш синдромымен» 164 науқас емделді. Оның ішінде 135-сі жедел аппендицит, жедел холециститпен 7, жедел панкреатитпен 7, жедел ішек түйілумен 1, 7 науқас қысылған жарық, 5-і асқазаннан қан кету, 1 - бауыр эхинококкозы, 1- оментитпен. Жасалған операцияның көлемі: аппендэктомия, жарықты кесу, бауыр эхинококкэктомиясы, холецистэктомия, холедохолитотомия, ХДА. 5 жүкті әйел жедел аппендицитпен бірге босандырылған (3,7%). Акушер-гинекологтармен бірлесе отырып, жүкті әйелдердегі «жедел іш синдромын» емдеудегі таңдалған тактика жедел аппендицит кезіндегі ерте босану көрсеткішін 3,7% төмендетуге мүмкіндік беріп, аналық өлім көрсеткішін азайтты.

Түйінді сөздер: «жедел іш синдромы», жүктілік, емі.

A.S. IBADILDIN. G.I. SHARUNOV

ALGORITHM OF DIAGNOSTICS AND TREATMENT « ACUTE ABDOMEN» AT PREGNAT WOMEN

Resume: 164 pregnant women with «acute abdomen» has been treated. Among 135 patients with acute appendicitis, 7 with acute cholecystitis, 7 with acute pancreatitis, 1 with acute intestinal obstruction, 7 with hernia, 5 with gastric bleeding, 1 had liver ehynococcosys, 1 with omentitis. Operations had been made: appendectomy, herniatomy, liver ehynicoccectomy, cholecystectomy, choledocholithotomy, ChDA. 5 women with acute appendicitis had been delivered (3.7%).

Coordinated work with obstetrician-gynecologists completed by continuity in the treatment of «acute abdomen» in pregnant women has helped to reduce premature delivery in acute appendicitis to (3.7%) and prevent maternal mortality.

Keywords: «acute abdomen», pregnant, treatment.