

В. М. ДУРЛЕШТЕР¹, Е. С. БАБЕНКО¹, М. Т. ДИДИГОВ¹,
В. А. АВАКИМЯН¹, О. А. АЛУХАНИЯН¹, И. Ю. СВЕЧКАРЬ², К. Д. АНТИНЯН²

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С «ОСТРЫМ ЖИВОТОМ»

¹ Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, ул. Седина, 4, Краснодар, Россия, 350063

² Государственное бюджетное образовательное учреждение здравоохранения «Краевая клиническая больница № 2» Министерства здравоохранения Краснодарского края, ул. Красных Партизан, д. 6/2, Краснодар, Россия, 350012

АННОТАЦИЯ

Цель. Обобщить имеющийся опыт диагностики и лечения беременных с «острым животом».

Материалы и методы. Анализ результатов лечения 183 беременных с острыми хирургическими заболеваниями в условиях двух многопрофильных стационаров г. Краснодара. Наиболее часто встречаемыми urgentными хирургическими заболеваниями у беременных являются острый аппендицит, желчнокаменная болезнь и ее осложнения, острый панкреатит, острая кишечная непроходимость.

Результаты. Диагностика заболеваний, учитывая контингент больных, весьма затруднительна и нередко продолжается длительное время, существенно ухудшая прогноз как для матери, так и для плода. Использование УЗИ брюшной полости всем пациенткам позволяет уточнить диагноз и скорректировать тактику лечения. При сомнении в диагнозе необходимо выполнять диагностическую видеолaparоскопию.

Заключение. Использование малоинвазивных технологий в лечение беременных позволяют уменьшить частоту хирургических и связанных с ними перинатальных осложнений, способствуют пролонгированию беременности и снижению показателей материнской и перинатальной смертности.

Ключевые слова: беременность, аппендицит, холецистит, панкреатит, кишечная непроходимость

Для цитирования: Дурлештер В.М., Бабенко Е.С., Дидигов М.Т. и др. Опыт лечения беременных с «острым животом». *Кубанский научный медицинский вестник*. 2017; 24(5): 22-30. DOI: 10.25207 / 1608-6228-2017-24-5-22-30

For citation: Durlshter V.M., Babenko E.S., Didigov M.T., Avakimyan V.A., Aluhanyan O.A., Svechkar I.Y., Antinyan K.D. Experience of treatment of pregnant women with acute abdomen. *Kubanskij nauchnyj medicinskij vestnik*. 2017; 24(5): 22-30. (In Russ., English abstract). DOI: 10.25207 / 1608-6228-2017-24-5-22-30

V. M. DURLESHTER¹, E. S. BABENKO¹, M. T. DIDIGOV¹, V. A. AVAKIMYAN¹,
O. A. ALUHANYAN¹, I. Y. SVECHKAR², K. D. ANTINYAN²

EXPERIENCE OF TREATMENT OF PREGNANT WOMEN WITH ACUTE ABDOMEN

¹ Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education Kuban State Medical University of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, 4, Sedina str., Krasnodar, Russia, 350063.

² State Budgetary Educational Institution of Healthcare Regional Clinical Hospital № 2 of the Ministry of Healthcare of Krasnodar Krai, 6/2, Krasnyh Partizan str., Krasnodar, Russia, 350012.

ABSTRACT

Aim. To summarize the current experience of diagnosis and treatment of pregnant women with acute abdomen.

Materials and methods. Analysis of treatment results of 183 pregnant women with acute abdomen in the conditions of two multidisciplinary hospitals in Krasnodar. The most common urgent surgical diseases in pregnant women are acute appendicitis, cholecystitis and its complications, acute pancreatitis, acute intestinal obstruction.

Results. Diagnosis of diseases, providing the contingent of patients, is quite difficult, and often takes a long time, significantly worsening the prognosis for both the mother and the fetus. The ultrasound examination of the abdominal cavity in all patients makes it possible to clarify the diagnosis and adjust the treatment tactics. When doubting the diagnosis, it is necessary to perform diagnostic laparoscopy.

Conclusion. The use of minimally invasive technologies in the treatment of pregnant women can reduce the frequency of surgical and associated perinatal complications, promote the prolongation of pregnancy, and reduce maternal and perinatal mortality.

Keywords: pregnancy, appendicitis, cholecystitis, pancreatitis, intestinal obstruction

Введение

Беременность – это физиологическое состояние, и в случае нормального ее течения частота возникновения острых хирургических заболеваний не превышает таковую в общей популяции. Во время беременности в организме женщины происходят такие изменения, как нарушение топографо-анатомических взаимоотношений органов брюшной полости, снижение общей резистентности организма, повышение внутрибрюшного давления, ухудшение кровоснабжения органов брюшной полости, снижение тонуса гладкой мускулатуры органов брюшной полости, перестройка лимфоидной ткани, склонность к запорам, ведущая к повышению вирулентности кишечной палочки, повышение литогенности желчи, повышение уровня внутрипротокового давления, которые способствуют более быстрому распространению воспалительного процесса и возникновению жизнеугрожающих осложнений [1].

Острые хирургические заболевания, возникающие на фоне беременности, ставят под угрозу жизнь не только матери, но и плода, увеличивая материнскую и перинатальную смертность [2].

В настоящее время, несмотря на появление новых и совершенствование применяемых ранее методов, диагностика неотложных состояний у беременных остается затруднена. Клиническая картина нередко стертая и неспецифичная: боли в животе могут имитировать преждевременную родовую деятельность или, напротив, болевые ощущения, вызванные гипертонусом матки, могут быть ошибочно приняты за признаки острой хирургической патологии [3]. Спектр применяемых диагностических методов ограничен – например, методы, связанные с лучевой нагрузкой, могут применяться только по жизненным показаниям. Ультразвуковое сканирование затрудняется смещением топографо-анатомических ориентиров, изменением взаиморасположения органов малого таза и трудностями их визуализации [4].

Кроме того, при определении лечебной тактики актуальным является вопрос сохранения беременности. Необходимо также учитывать влияние диагностических и лечебных мероприятий на состояние плода. Таким образом, дифференциальная диагностика неотложных состояний, сопровождающихся клиникой «острого живота» у беременных, является актуальной проблемой. Приоритетным в таких случаях является УЗИ – как метод неинвазивный, не сопряженный с лучевой нагрузкой, безвредный для женщины и плода [5].

Долгое время беременность считали абсолютным противопоказанием для видеолaparоскопии, но в последнее десятилетие именно этот метод стали использовать в лечении гинекологической и негинекологической патологии чаще, чем лапаротомию. Наиболее частая операция при беременности – холецистэктомия (45-48%), вмешатель-

ства на придатках матки (28-34%) и аппендэктомия (15-16%). Каждая из них дает хороший результат в опытных руках [6].

Существовавшее ранее мнение об опасности лапароскопии для жизни плода в сравнении с лапаротомией не подтвердилось многочисленным опытом последних лет. В больших ретроспективных исследованиях, проведенных в Швеции и Израиле, было доказано, что при сравнении результатов лечения больных после видеолaparоскопии и лапаротомии, выполненных по ходу беременности, не было различий в весе новорожденных, продолжительности беременности, врожденных пороках, мертворождении и неонатальных смертях [7].

Среди острых хирургических заболеваний, возникающих на фоне беременности, наиболее часто встречаются острый аппендицит, острый калькулезный холецистит, острый панкреатит, реже острая кишечная непроходимость, желудочно-кишечные кровотечения, ущемленные грыжи, перфоративные язвы.

В настоящее время острый аппендицит является наиболее распространенным хирургическим заболеванием у беременных, угрожающим жизни матери и ребенка. Его частота по различным источникам колеблется от 0,03-0,12% до 5,2% случаев [8, 9].

Перинатальные потери при неосложненной форме острого аппендицита составляют 2-17%, и возрастают до 19,4-50% при перфорации отростка [10]. Наибольшая летальность при остром деструктивном аппендиците, осложненном распространенным перитонитом, наблюдается на поздних сроках беременности и составляет 20-50% для матери и 40-90% для плода [11, 12]. Высокие показатели летальности связаны с ростом деструктивных форм острого аппендицита за счет стертости и атипичности клинической картины заболевания, что, в свою очередь, приводит к непрофильной госпитализации, запоздалой диагностике и отсроченному хирургическому лечению. В связи с этим у беременных гангренозный аппендицит встречается в 5-6 раз, а перфоративный – в 4-5 раз чаще, чем у небеременных.

Из инструментальных методов исследования при подозрении на острый аппендицит наиболее простым и безопасным является УЗИ. По данным ряда авторов информативность ультразвуковой диагностики достаточно высока – точность сонографии в диагностике острого аппендицита достигает 96%, специфичность – 98%.

Самым информативным из инструментальных методов исследования в диагностике острого аппендицита у беременных является лапароскопия [13].

Острая кишечная непроходимость (ОКН) – одно из наиболее грозных хирургических заболеваний органов брюшной полости. Частота развития ОКН при беременности – 1 случай на 40000–50000 ро-

дов, при этом материнская смертность достигает 35–50%, перинатальные потери 28% [14], а мертворождаемость – 60–75% [15]. У 70,0% женщин данную патологию выявляют во II–III триместрах беременности при этом наиболее часто в 77,2% развивается механическая кишечная непроходимость, обусловленная возникновением адгезивного процесса в брюшной полости после ранее перенесенных лапаротомий [16].

Диагностика кишечной непроходимости во время беременности особенно сложна. Сложность заключается, во-первых, в больших размерах матки, заполняющей почти всю брюшную полость, поэтому симптомы кишечной непроходимости появляются значительно позже. Во-вторых, в недостаточном иммунном ответе организма на возникновение воспалительного процесса [17]. В-третьих, клинические симптомы, такие, как боль, отсутствие отхождения газов и стула, рвота могут быть характерными не только для острой хирургической, но и для гинекологической патологии. Лабораторные данные часто не способствуют своевременной постановке правильного диагноза. В связи с этим особое значение приобретают инструментальные методы исследования.

Первоочередным исследованием назначается УЗИ брюшной полости с целью выявления симптомов, характерных для кишечной непроходимости: маятникообразной перистальтики, наличия жидкости в просвете кишечника и выпота в брюшной полости, толщины стенки кишечника, отсутствия перистальтики [18].

По мнению ряда авторов, неотъемлемым компонентом диагностического алгоритма при подозрении на ОКН остается обзорная рентгенография брюшной полости, а также контрастное исследование кишечника с помощью взвеси сульфата бария. Это необходимо для выявления классических проявлений кишечной непроходимости: чаш Клойбера, «тонкокишечных» арок, длительной задержки контраста. Но использование рентгенологических методов при беременности ограничено из-за их негативного влияния на процесс эмбриогенеза и развитие плода.

При невозможности установить диагноз неинвазивными методами необходимо выполнять диагностическую видеолапароскопию, не забывая о возможных технических трудностях – таких, как увеличенная матка, раздутые петли кишечника [19].

Острый калькулезный холецистит во время беременности наблюдается у 30–35% женщин, при этом беременность следует рассматривать провоцирующим фактором развития острого холецистита в результате дискинезии и затруднения оттока желчи ввиду изменения гормонального фона (гиперэстрогения). Обострения желчнокаменной болезни у беременных чаще всего происходят во II триместре. Этот же период считается оптимальным для проведения холецистэктомии. Операция

холецистэктомии является второй по частоте хирургической операцией во время беременности после аппендэктомии.

Распространенность острого панкреатита у беременных колеблется от 1:1000 до 1:12000, повышаясь со сроком гестации и числом родов в анамнезе [20, 21]. В 24% наблюдений панкреатит развивается в I триместре беременности, в 33% – во II и в 43% – в III триместре беременности. Показатели материнской смертности составляют – 11-37%, а перинатальной – 20-39%. При этом уровень материнской смертности возрастает с увеличением срока беременности [22].

Анализ ряда исследований показывает, что основным этиологическим фактором острого панкреатита (до 67–100% случаев) во время беременности являются заболевания билиарного тракта при желчнокаменной болезни [23] и при холедохолитиазе [24].

Лабораторная диагностика острого панкреатита у беременных не имеет специфичных тестов и характеризуется определением концентрации панкреатических ферментов в сыворотке крови, кале и моче непрямыми методами [25].

Из инструментальных методов диагностики основным является УЗИ.

Применение с целью диагностики и лечения ретроградной холангиопанкреатографии (РХПГ) у беременных ограничено ввиду сложности выполнения метода и связанной с ним лучевой нагрузки, однако в литературе имеется ряд сообщений, когда такое исследование беременным все же выполнялось [26].

При болях в животе у беременной для диагностики может быть использована компьютерная томография (КТ) [27]. Современные протоколы мультidetекторной КТ предполагают низкие дозы излучения и разумное использование во время беременности. Радиационное воздействие на плод при тазовой КТ предполагает 2 рад, но может достигать 5 рад во время полной КТ живота и таза [28, 29].

Магниторезонансная томография органов брюшной полости не может заменить компьютерную томографию, но иногда выполняется для верификации диагноза.

Острая хирургическая патология, возникающая во время беременности, значительно осложняет ее течение, поэтому требует взвешенного, порой индивидуального подхода к диагностике и лечению, от результатов которых зависит жизнь не только матери, но и плода.

Цель исследования: обобщить имеющийся опыт диагностики и лечения беременных с «острым животом».

Материалы и методы

Нами методом сплошной выборки проведен ретроспективный анализ 183 историй болезни беременных, госпитализированных в хирургические

стационары ГБУЗ ККБ №2 и МБУЗ КГК БСМП г. Краснодара в 2008-2016 гг с диагнозом «острый живот». Средний возраст пациенток 24,6±4,6 лет, колебался от 18 до 42 лет. Срок беременности – от 6 до 38 недель.

Диагностический алгоритм заключался в сборе анамнеза, клинических симптомов, лабораторных данных (общий анализ крови с лейкоформулой, биохимический анализ крови: АЛТ, АСТ, амилаза, общий и прямой билирубин, ЩФ, ГГТ, мочевины, креатинин, глюкоза, СРБ; общий анализ мочи, диастаза мочи; коагулограмма, при необходимости – дополнительно: прокальцитонин, бактериологические посевы крови, мочи, содержимого полостей), осмотра акушера-гинеколога и инструментальных исследований (УЗИ брюшной полости и малого таза, которое выполнялось всем пациенткам, с целью определения наличия и количества свободной жидкости в брюшной полости и малом тазу, состояние петель кишечника, толщину стенки, непосредственно осмотр червеобразного отростка (диаметр, толщина стенок) или гепатопанкреатобилиарной зоны при необходимости, а также состояние матки, ее тонус, подвижность плода, предлежание плаценты, состояние яичников, маточных труб; КТ с внутривенным или пероральным контрастированием; МРТ брюшной полости, обзорная рентгенография брюшной полости, магнитно-резонансная холангиопанкреатография (МРХПГ), эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография с эндоскопической папиллосфинктеротомией, литоэкстракцией и/или стентированием холедоха).

Результаты и обсуждение

В результате проведенного анализа структура заболеваний включала такие нозологии, как острый аппендицит (ОА), острый калькулезный холецистит (ОКХ), холедохолитиаз (Хл), острый панкреатит (ОП), острая кишечная непроходимость (ОКН) (рис. 1).

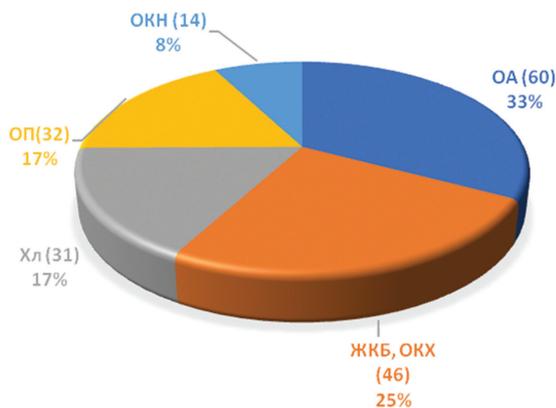


Рис. 1. Структура хирургических заболеваний у беременных, поступающих в стационар с синдромом «острого живота».

Fig. 1. The structure of surgical diseases in pregnant women going to the hospital with the syndrome of "acute abdomen".

Как видно на рисунке 1, в структуре заболеваний у данной категории больных чаще превалировал диагноз острый аппендицит.

Из 60 пациенток с предполагаемым диагнозом острый аппендицит, которым потребовалась хирургическая помощь, видеолaparоскопия выполнена у 48 (80,0%), у 6 (10,0%) из них острый аппендицит исключен, 34 (56,7%) беременным выполнена лапароскопическая аппендэктомия (ЛА), а у 8 (13,3%) выполнена конверсия на лапаротомный доступ по Волковичу-Дьяконову.

Из 12 больных, которым не выполнялась видеолaparоскопия, у 1 (1,7%) пациентки был выявлен аппендикулярный инфильтрат, ей проводилась консервативная антибактериальная терапия, у 1 (1,7%) – аппендикулярный абсцесс, выполнено дренирование абсцесса под УЗ-навигацией, а 10 (16,7%) пациенткам сразу выполнена традиционная аппендэктомия (ТА) (рис. 2).

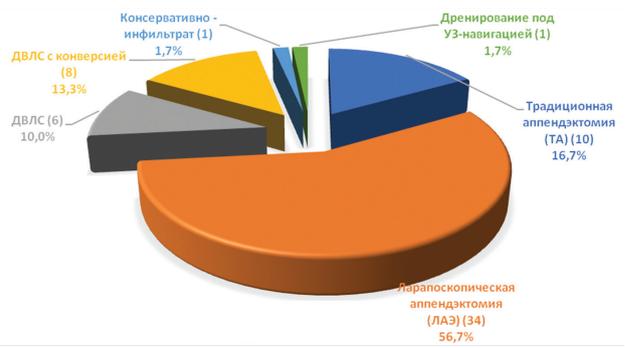


Рис. 2. Варианты оказания хирургической помощи беременным с острым аппендицитом.

Fig. 2. Options for surgical care for pregnant women with acute appendicitis.

По морфологическим формам острого аппендицита больные распределились следующим образом: у 6 (11,3%) – катаральная, у 35 (66,0%) – флегмонозная, у 12 (22,7%) – гангренозная. При оценке результатов в зависимости от сроков гестации отмечено, что деструктивные формы чаще выявлялись в III триместре и это, прежде всего, связано со сроком госпитализации в стационар (рис. 3).

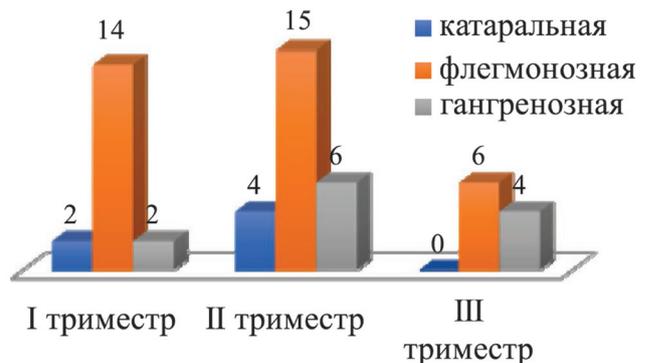


Рис. 3. Морфологические формы острого аппендицита в зависимости от сроков гестации.

Fig. 3. Morphological forms of acute appendicitis, depending on the gestation period.

В I триместре ЛА выполнена у 15 (83,3%) из 18 и у 3 (16,7%) больных ТА после конверсии, в связи с ретроцекальным расположением отростка и явлениями тифлита. Во II триместре ЛА выполнена у 17 (65,4%) из 26 пациенток и у 8 (30,8%) – ТА (4 после конверсии) и 1 (3,8%) беременной с аппендикулярным инфильтратом проведена консервативная терапия. В III триместре 2 больным выполнена лапароскопическая аппендэктомия, 7 больным ТА (1 после ДВЛС) и 1 пациентке – дренирование аппендикулярного абсцесса под УЗ-навигацией (рис. 4).

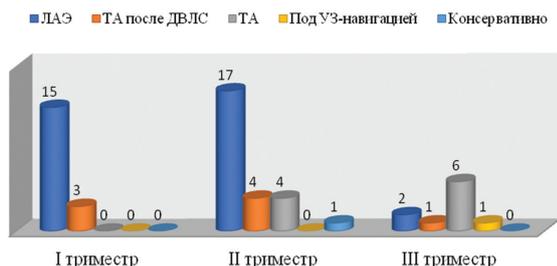


Рис. 4. Оперативные вмешательства при остром аппендиците в зависимости от сроков гестации.

Fig. 4. Surgeries for acute appendicitis, depending on the gestation period.

После лапароскопических аппендэктомий осложнений выявлено не было. После выполнения традиционных аппендэктомий из доступа Волковича-Дьяконова однократно имело место нагноение п/о раны. 53 (98,1%) пациентки выписаны с прогрессирующей беременностью. Одной пациентке (1,9%), поступившей в стационар на 36 неделе, выполнена ТА, после чего она переведена в родильный дом для родоразрешения. Летальных исходов не было.

Вторым по частоте заболеванием у беременных, поступающих в хирургический стационар, был острый калькулезный холецистит.

Из 46 пациенток, поступивших с диагнозом острый калькулезный холецистит, 22 (47,8%) беременным проведена консервативная посиндромная терапия с купированием приступа, им рекомендовано оперативное лечение в послеродовом периоде, а 24 (52,2%) больных прооперированы тем или иным малоинвазивным способом (рис. 5).

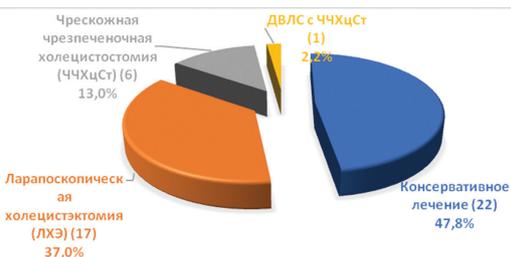


Рис. 5. Варианты лечения беременных с острым калькулезным холециститом.

Fig. 5. Treatment of pregnant women with acute calculous cholecystitis.

Среди оперативных методов лечения преобладала лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ),

выполненная у 17 (70,8%) беременных из 24 оперированных. 6 (25,0%) пациенткам, учитывая вторую половину беременности и данные ультразвуковой картины (признаки выраженного инфильтрата в области гепатодуоденальной связки и высокого риска конверсии), решено изначально выполнить чрескожную чрезпеченочную холецистостомию под УЗ-навигацией (ЧЧХцСт). Одной беременной выполнена диагностическая лапароскопия, по данным которой выявлен острый калькулезный холецистит, поэтому решено выполнить ЧЧХцСт без холецистэктомии.

В I триместре ЛХЭ выполнена у 4 (57,1%) беременных из 7, 2 (28,6%) больным проведена консервативная терапия, и в одном случае выполнена ЧЧХцСт. Во II триместре ЛХЭ выполнена у 13 (56,5%) из 23 пациенток, 6 (26,1%) – консервативное лечение, 3 (13,0%) – ЧЧХцСт и 1 (4,4%) беременной выполнялась диагностическая видеолапароскопия, интраоперационно имел место выраженный инфильтрат в области гепатодуоденальной связки, решено выполнить ЧЧХцСт, с целью минимизировать объем вмешательства и избежать конверсии на лапаротомию. В III триместре 2 (12,5%) больным выполнена ЧЧХцСт, а в 14 случаях увенчалась успехом консервативная посиндромная терапия (рис. 6).

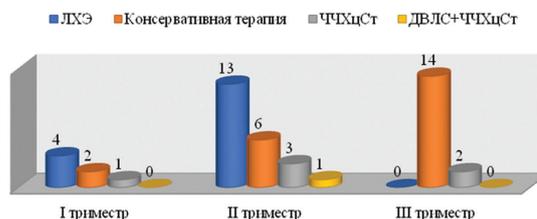


Рис. 6. Варианты лечения беременных с острым калькулезным холециститом в зависимости от сроков гестации.

Fig. 6. Treatment of pregnant women with acute calculous cholecystitis depending on the gestation period.

После лапароскопических холецистэктомий и холецистостомий под УЗ-навигацией осложнений как хирургических, так и перинатальных – не было. Все пациентки выписаны с прогрессирующей беременностью.

В отдельную группу мы выделили пациенток с холедохолитиазом, осложненным механической желтухой, таких было 31 беременная. Это связано с отличающейся тактикой ведения таких больных. Всем пациенткам выполнялась эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (РХПГ) с эндоскопической папиллосфинктеротомией (ПСТ) и литоэкстракцией (ЛЭ). Исследование выполнялось с анестезиологическим пособием. Ввиду развития медицинских технологий и технического оснащения в нескольких случаях с целью верификации диагноза выполнялась магнитно-резонансная холангиопанкреатография (МРХПГ). Двум пациенткам, находившимся во II триместре беременности, после РХПГ+ПСТ+ЛЭ выполнена

лапароскопическая холецистэктомия без выписки из стационара. Из хирургических осложнений имел место острый РХПГ-индуцированный панкреатит, купированный консервативной терапией.

В настоящее время заболеваемость острым панкреатитом неуклонно растет, как среди мужчин, так и женщин. По данным ряда авторов за последнее десятилетие доля заболевших женщин увеличилась на 30% [30]. Развитие острого панкреатита при беременности осложняется в 58% наблюдений преждевременными родами, что непосредственно отражается на показателях перинатальной заболеваемости и смертности [22].

В нашем исследовании на стационарном лечении с острым панкреатитом находились 32 беременных. Острый панкреатит, развившийся на фоне желчнокаменной болезни, билиарнозависимый, выявлен у 18 (56,3%) пациенток, а 14 (43,7%) указывали на погрешности в питании и изменение вкуса, связанные с беременностью. Частота возникновения острого панкреатита возрастала с увеличением срока беременности: в I триместре 8 (25%) больных, во II – 13 (34%), в III триместре – 11 (41%) беременных.

У 17 (53,1%) пациенток был диагностирован острый панкреатит легкой степени, т.е. отечный панкреатит, у 8 (25%) беременных был установлен панкреатит средней степени, характеризующийся наличием парапанкреатического инфильтрата, либо оментобурсита, а у 7 (21,9%) больных – тяжелый деструктивный панкреатит, панкреонекроз. Причем с увеличением срока беременности количество беременных с тяжелым панкреатитом также увеличивается (рис. 7).

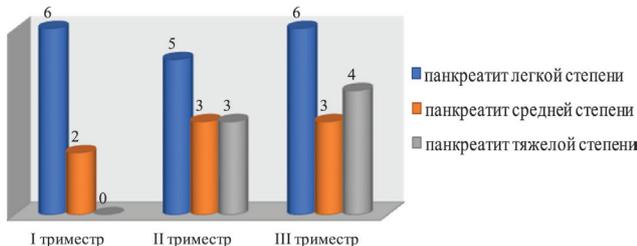


Рис. 7. Тяжесть развития острого панкреатита у беременных в зависимости от сроков гестации.

Fig. 7. The severity of acute pancreatitis in pregnant women depending on the gestation period.

Беременным с отечным панкреатитом была проведена консервативная терапия – без инвазивных методов лечения, с выздоровлением, без перинатальных потерь и летальности.

Пациентки, поступавшие с панкреатитом средней и тяжелой степени, чаще всего с давностью заболевания более суток, – наиболее тяжелый контингент больных, требующий четкой и организованной работы хирургов, акушеров-гинекологов и специалистов диагностических служб. Всем больным при поступлении выполнено РХПГ+ПСТ с анестезиологическим пособием, назогастральное зондирование с последующей посиндромной терапией в условиях реанимационного отделения.

У 8 беременных на фоне данного объема лечения была отмечена положительная динамика: жидкостные скопления и/или инфильтрат по данным УЗИ с положительной динамикой: уменьшения объема образований, без признаков абсцедирования и лабораторно: снижение лейкоцитоза, амилаземии, СРБ. Таких больных переводили в хирургическое отделение, начинали энтеральное питание и продолжали терапию. Хирургических осложнений и летальности у больных с панкреатитом средней степени не было. Угроза прерывания беременности была зафиксирована у 1 беременной в I триместре, у 1 – во II триместре, угроза преждевременных родов у двоих беременных: по одной в II и III триместрах. Самопроизвольных аборт и преждевременных родов не было.

Наибольшие трудности возникли в лечении беременных с острым деструктивным панкреатитом в стадии гнойных осложнений. 7 беременных имели ограниченные жидкостные скопления той или иной локализации: сальниковая сумка, парапанкреатическая клетчатка, забрюшинная клетчатка (ЗБК), паракolon слева и справа, корень брыжейки тонкой кишки, малый таз и другие. Как видно из рис. 8, панкреатит тяжелой степени имел место у 3 беременных во II триместре и у 4 – в III триместре. В 6 (85,7%) из 7 случаев тактика лечения заключалась в малоинвазивном ведении таких больных, использовались разные варианты дренирования под УЗ-навигацией с анестезиологическим пособием без широкой лапаротомии. Пациенткам, на момент поступления в стационар находившимся во II триместре и пролеченным с использованием данной методики, удалось добиться выздоровления, пролонгирования беременности, без хирургических осложнений и летальности. Угроза прерывания беременности была у одной беременной, угроза преждевременных родов – у двоих.

Что касается 4 беременных с панкреонекрозом в III триместре, то одна пациентка 23 лет со сроком беременности 34-35 недель поступила с острым деструктивным панкреатитом, оментобурситом, флегмоной ЗБК слева, нормально протекающей беременностью. У больной имела место молниеносная форма панкреатита, с момента от появления болевого синдрома прошло около 24 часов. Учитывая состояние пациентки и срок беременности, консилиумом решено выполнить кесарево сечение, экстирпацию матки с маточными трубами с дальнейшим ведением пациентки с использованием малоинвазивных технологий, дренирование жидкостных скоплений под УЗ-навигацией с последующей заменой дренажей на крупнокалиберные. Еще трем пациенткам проводилась консервативная посиндромная терапия в условиях реанимационного отделения до 38 недель беременности, далее родоразрешение через естественные родовые пути, с дальнейшей малоинвазивной тактикой. Все 4 больные выздоровели, срок пребывания их в стационаре составил от 87 до 121 дня.

Острая кишечная непроходимость – очень серьезное хирургическое заболевание, требующее зачастую неотложного хирургического вмешательства в самые ранние сроки с поступления в стационар. В течение нескольких часов необходимо определиться – необходимо оперировать или нет. Всякая задержка с оперативным вмешательством при острой кишечной непроходимости у беременных в разы увеличивает материнскую и перинатальную смертность.

За указанный период времени с диагнозом кишечная непроходимость на стационарном лечении находилось 14 беременных, из которых 11 (79%) находились во II-III триместрах беременности. Согласно анамнестическим данным ранее было оперировано (аппендэктомия, ДВЛС, кесарево сечение, эндоскопические вмешательства при гинекологической патологии) 9 (64,3%) пациенток. При поступлении в стационар данной категории больных всем выполнено УЗИ брюшной полости, обзорная рентгенография брюшной полости по показаниям, лабораторные данные, консультация акушера-гинеколога. На основании диагностических данных 6 (42,9%) беременных пролечены консервативно, с положительной динамикой, без акушерских осложнений и летальности. 8 (57,1%) больных прооперировано, одной беременной во II триместре выполнена диагностическая видеолaparоскопия с рассечением единичной «шнуровидной» спайки в правой подвздошной области после аппендэктомии, с устранением острой тонкокишечной непроходимости. 7 пациенткам выполнена лапаротомия с устранением острой кишечной непроходимости: в 1 случае выполнена деторсия заворота тонкой кишки на 360° с интубацией тонкого кишечника; в 6 случаях – адгезиолизис разной степени выраженности, без резекции кишки и без вскрытия просвета. Хирургических осложнений и летальности у беременных с кишечной непроходимостью не было. Угроза прерывания беременности была зафиксирована у 1 беременной в I триместре, у 1 – во II триместре, угроза преждевременных родов у троих беременных: у одной в II и у двоих III триместрах. Самопроизвольных аборт не было. У одной пациентки на 34 неделе возникли преждевременные роды – на 6 сутки послеоперационного периода, родоразрешение через естественные родовые пути.

Заключение

Беременность и синдром «острого живота» – это большая проблема как для акушеров-гинекологов, так и хирургов. Она влияет на течение беременности и ее исход как для матери, так и плода и, соответственно, сказывается на показателях материнской и перинатальной летальности.

Диагностика острых хирургических заболеваний у беременных вызывает определенные трудности, связанные, прежде всего, со смазанной клинической картиной, с необходимостью дифференциального диагноза с осложненным течением беременности, ограниченностью применения лучевых и инвазивных методов диагностики.

Наиболее распространенным ургентным заболеванием у беременных является острый аппендицит. Деструктивные формы аппендицита преобладают у пациенток в III триместре беременности, что чаще связано с поздней госпитализацией. УЗИ, выполняемое всем пациенткам, и, при сомнениях в диагнозе, диагностическая лапароскопия – методы, позволяющие установить клинический диагноз в наиболее короткий срок, уменьшить количество деструктивных форм острого аппендицита, оказать экстренную хирургическую помощь, а также избежать «напрасных» аппендэктомий.

Лапароскопическая аппендэктомия имеет преимущества по сравнению с традиционной аппендэктомией и у данной категории больных, особенно в I и II триместрах беременности. Плюсы – меньший койко-день, более ранняя активизация, отсутствие осложнений – гнойно-септических и со стороны плода. Применение эндоскопических технологий в III триместре беременности крайне затруднительно, но выполнение видеолaparоскопии позволяет локализовать процесс и, при необходимости лапаротомии, выполнить ее из минимального доступа.

Острый калькулезный холецистит – патология, требующая у беременных дифференцированного подхода. УЗИ гепатопанкреатибилиарной зоны в настоящее время чаще всего позволяет определить степень деструкции желчного пузыря и воспалительных изменений в этой зоне. При отсутствии паравезикального инфильтрата и изменений со стороны гепатодуоденальной связки показана лапароскопическая холецистэктомия, преимущественно у беременных в I и во II триместрах беременности. При выраженных деструктивных изменениях беременным показана чрескожная чреспеченочная холецистостомия под УЗ-навигацией с последующим плановым малоинвазивным хирургическим лечением в послеродовом периоде.

При холедохолитиазе, осложненном механической желтухой, показано выполнение эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии с эндоскопической папиллосфинктеротомией и литоэкстракцией с обязательным анестезиологическим пособием. При сочетании с острым холециститом необходимо выполнить лапароскопическую холецистэктомию либо чрескожную чреспеченочную холецистостомию.

Применение малоинвазивных технологий у беременных с желчнокаменной болезнью без использования лапаротомии, как метода лечения, позволили избежать как хирургических, так и акушерских осложнений.

Диагностика и, прежде всего, лечение острого панкреатита у беременных вызывает большие трудности. Анализ представленного материала показал, что панкреатит у данной категории больных чаще билиарно-зависимый. Частота возникновения острого панкреатита возрастала с увеличением срока беременности. Для диагностики использовали УЗИ, КТ, МРТ, РХПГ,

ПСТ. При панкреатите легкой степени была проведена консервативная терапия – без инвазивных методов лечения, с выздоровлением, без перинатальных осложнений и летальности. При лечении панкреонекроза использовались только малоинвазивные вмешательства (папиллосфинктеротомии, дренирование ограниченных жидкостных скоплений под УЗ-навигацией), в том числе и в III триместре, позволившие избежать широких лапаротомий и тяжелых акушерских осложнений.

Острая кишечная непроходимость – наиболее грозное из описанных заболеваний. Хотя встречается реже, но имеет серьезные последствия. При анализе результатов лечения беременных с острой кишечной непроходимостью установлено, что длительная консервативная терапия без явной положительной динамики, значительно ухудшает исход заболевания. При отсутствии эффекта от консервативной терапии в течение 4-6 часов показано оперативное лечение. При сомнении в диагнозе и технической возможности необходимо выполнить диагностическую лапароскопию. Анализ данных лечения больных с ОКН показал, что при своевременно выполненном оперативном пособии хирургических осложнений (некроз кишки, разлитой перитонит) не было. Что касается перинатальных осложнений, то у 5 (71,4%) из 7 пациенток имели место либо угроза прерывания беременности, либо угроза преждевременных родов, у 1 (14,3%) беременной – преждевременные роды. Материнской и перинатальной смертности не было.

Обобщив небольшой опыт лечения беременных с острой хирургической патологией, необходимо понимать, что только совместная слаженная работа хирургов, акушеров-гинекологов, специалистов функциональной диагностики в условиях высокоспециализированных многопрофильных стационаров могут привести к лучшим результатам в лечении данной категории больных. Необходим выбор наиболее оптимальных методов диагностики и лечения – прежде всего, малоинвазивных, направленных на уменьшение хирургических и связанных с ними перинатальных осложнений, способствующих пролонгированию беременности, и снижающих показатели материнской и перинатальной смертности.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Айламазян Э.К., Кулаков В.И., Радзинский В.Е. и др. *Акушерство: национальное руководство по акушерству и гинекологии*. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2009. 1200 с. [Ajlamazjan Je.K., Kulakov V.I., Radzinskij V.E., Savel'eva G.M. *Akusherstvo: nacional'noe rukovodstvo po akusherstvu i ginekologii*. М.: GJeOTAR-Media; 2009. 1200 s. (In Russ.).]
2. Шенье Н.П., Швечкова М.В., Кукарская И.И. Хирургическая патология у беременных: взгляд анестезиолога-реаниматолога на проблему. *Трудный пациент*. 2013; 11 (2,3): 4-11. [Shen'e N.P., Shvechkova M.V., Kukarskaya I.I. *Khirurgicheskaya patologiya u beremennykh: vzglyad anesteziologa-reanimatologa na problemu*. *Trudnyy patsient*. 2013; 11 (2,3): 4-11. (In Russ.).]

3. Шапкин Ю.Г., Ливадный Г.В., Маршалов Д.В. Современные технологии в диагностике острого аппендицита при беременности. *Бюллетень медицинских интернет-конференций*. 2011; Т.1. 2: 29-37. [Shaken Yu.G., Livadnyy G.V., Marshalov D.V. *Sovremennye tekhnologii v diagnostike ostrogo appenditsita pri beremennosti*. *Byulleten' meditsinskikh internet-konferentsiy*. 2011; T.1. 2: 29-37. (In Russ.).]

4. Флейшер А., Меннинг Ф., Дженти Ф., Ромеро Р. *Эхография в акушерстве и гинекологии. В 2-х частях: часть вторая*. М.: Изд. дом Видар-М.; 2004. 227-272. [Fleysher A., Menning F., Dzheni F., Romero R. *Ekhografiya v akusherstve i ginekologii. V 2-kh chastyakh: chast' vtoraya*. М.: Izd. dom Vidar-M.; 2004. 227-272. (In Russ.).]

5. Черняева Ю.В., Федоршин Р.П. Возможности ультразвукового исследования в дифференциальной диагностике неотложных состояний у беременных. *Вестник неотложной и восстановительной медицины*. 2011; Т.12. 3: 337-341. [Chernyaeva Yu.V., Fedorishin R.P. *Vozmozhnosti ultrazvukovogo issledovaniya v differentsial'noy diagnostike neotlozhnykh sostoyaniy u beremennykh*. *Vestnik neotlozhnoy i vosstanovitel'noy meditsiny*. 2011; T.12. 3: 337-341. (In Russ.).]

6. Reedy M.B., Galan H.L., Richards W.E. et al. Laparoscopy during pregnancy. A survey of laparoendoscopic surgeons. *J Reprod Med*. 1997; 42: 33. [Reedy M.B., Galan H.L., Richards W.E. et al. *Laparoscopy during pregnancy. A survey of laparoendoscopic surgeons*. *J Reprod Med*. 1997; 42: 33.].

7. Soriano D., Yefet Y., Seidman D.S. et al. Laparoscopy versus laparotomy in the management of adnexal masses during pregnancy. *Fertility and Sterility*. 1999; 71: 955. [Soriano D., Yefet Y., Seidman D.S., Goldenberg M., Mashlach S., Oelsner G. *Laparoscopy versus laparotomy in the management of adnexal masses during pregnancy*. *Fertility and Sterility*. 1999; 71: 955.].

8. Хацко В.В., Греджев Ф.А., Пархоменко А.В., Потапов В.В. Острый аппендицит у беременных (научный обзор). *Украинский журнал хирургии*. 2014; 1(24): 154-157. [Khatsko V.V., Grezhev F.A., Parkhomenko A.V., Potapov V.V. *Ostryy appenditsit u beremennykh (nauchnyy obzor)*. *Ukrainskiy zhurnal khirurgii*. 2014; 1(24): 154-157. (In Russ.).]

9. Шайрамарданов Р.Ш., Гумаров Р.Ф. Инструментальные методы исследования в диагностике острого аппендицита у беременных. *Казанский мед. журнал*. 2010; 91(5): 622-625. [Shayramardanov R.Sh., Gumarov R.F. *Instrumental'nye metody issledovaniya v diagnostike ostrogo appenditsita u beremennykh*. *Kazanskiy med. zhurnal*. 2010; 91(5): 622-625. (In Russ.).]

10. Wu J.M., Chen K.H., Lin H.F. et al. Laparoscopic appendectomy in pregnancy. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A*. 2005; 15(5): 447-450. DOI: 10.1089/lap.2005.15.447 [Wu J.M., Chen K.H., Lin H.F., Tseng L.M., Tseng S.H., Huang S.H. *Laparoscopic appendectomy in pregnancy*. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A*. 2005; 15(5): 447-450. DOI: 10.1089/lap.2005.15.447.].

11. Крот И.Ф., Эйныш Е.А., Призенцов А.А. Острый аппендицит в поздние сроки беременности. *Проблемы здоровья и экологии*. 2014; 42(4): 148-153. [Krot I.F., Eynysh E.A., Prizentsov A.A. *Ostryy appenditsit v pozdnie sroki beremennosti*. *Problemy zdorov'ya i ekologii*. 2014; 42(4): 148-153. (In Russ.).]

12. Guidelines for Diagnosis, Treatment, and Use of Laparoscopy for Surgical Problems during Pregnancy Practice. *Clinical Guidelines published on: 01/2011 by the Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons (SAGES)*. [Guidelines for Diagnosis, Treatment, and Use of Laparoscopy for Surgical Problems during Pregnancy Prac-

tion. *Clinical Guidelines published on: 01/2011 by the Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons (SAGES).*

13. Шуркалин Б.К., Андрейцев И.П., Ржебаев К.Э. и др. Лапароскопические вмешательства в неотложной хирургии. *Эндоскопическая хирургия.* 2010; 3: 42-45. [Shurkalin B.K., Andreytsev I.L., Rzhabaev K.E., Kakurin S.N., Cherevatenko A.M., Yakovlev A.A. Laparoskopicheskie vmeshatel'stva v neotlozhnoy khirurgii. *Endoskopicheskaya khirurgiya.* 2010; 3: 42-45. (In Russ.)].

14. Хворостухина Н.Ф., Столярова У.В. Острая кишечная непроходимость при беременности. *Фундаментальные исследования.* 2012; 10(1): 168-175. [Khvorostukhina N.F., Stolyarova U.V. Ostraya kishhechnaya neprokhodimost' pri beremennosti. *Fundamental'nye issledovaniya.* 2012; 10(1): 168-175. (In Russ.)].

15. Joshi M.A., Balsarkar D., Avasare N. et al. Gangrenous sigmoid volvulus in a pregnant woman. *Tropical Gastroenterology.* 1999; 20(3): 141-142. [Joshi M.A., Balsarkar D., Avasare N., Pradhan C., Pereira G., Subramanyan P., Gangrenous sigmoid volvulus in a pregnant woman. *Tropical Gastroenterology.* 1999; 20(3): 141-142.].

16. Хворостухина Н.Ф., Салов И.А., Рогожина И.Е. и др. Факторы риска кишечной непроходимости у беременных. *Саратовский научно-медицинский журнал.* 2012; 8(3): 723-728. [Khvorostukhina N.F., Salov I.A., Rogozhina I.E., Stolyarova U.V. Faktory riska kishhechnoy neprokhodimosti u beremennykh. *Saratovskiy nauchno-meditsinskiy zhurnal.* 2012; 8(3): 723-728. (In Russ.)].

17. Салов И.А., Рогожина И.Е., Балабанов Н.Г. и др. Особенности диагностики и акушерской тактики при острой кишечной непроходимости. *Журнал Российского общества акушеров-гинекологов.* 2006; 3: 7-10. [Salov I.A., Rogozhina I.E., Balabanov N.G., Khvorostukhina N.F. Osobennosti diagnostiki i akusherskoy taktiki pri ostroy kishhechnoy neprokhodimosti. *Zhurnal Rossiyskogo obshchestva akusherov-ginekologov.* 2006; 3: 7-10. (In Russ.)].

18. Redlich A., Rickes S., Costa S.D., Wolff S. Small bowel obstruction in pregnancy. *Archives of Gynecology and Obstetrics.* 2007; 275(5): 381-383. DOI: 10.1007/s00404-006-0262-8 [Redlich A., Rickes S., Costa S.D., Wolff S. Small bowel obstruction in pregnancy. *Archives of Gynecology and Obstetrics.* 2007; 275(5): 381-383. DOI: 10.1007/s00404-006-0262-8].

19. Короткевич А.Г., Злобина Л.А., Ревецкая Ю.Ю. Техника диагностической лапароскопии у беременных. *Эндоскопическая хирургия.* 2010; 2: 37-41. [Korotkevich A.G., Zlobina L.A., Revitskaya Yu.Yu. Tekhnika diagnosticheskoy laparoskopii u beremennykh. *Endoskopicheskaya khirurgiya.* 2010; 2: 37-41. (In Russ.)].

20. Dukic A., Zivancevis-Simonovic S., Varjadic M. et al. Hyperlipidemia and pregnancy. *Med Pregl.* 2009; 62(Suppl.3): 80-84. [Dukic A., Zivancevis-Simonovic S., Varjadic M., Dukic S. Hyperlipidemia and pregnancy. *Med Pregl.* 2009; 62(Suppl.3): 80-84.].

21. Eddy, J.J., Gideonsen M.D., Song J.Y. et al. Pancreatitis in pregnancy. *Obstetrics & Gynecology.* 2008; Vol. 1. 12(5): 1075-1081. DOI: 10.1097/AOG.0b013e318185a032 [Eddy, J.J., Gideonsen M.D., Song J.Y., Grobman W. A., O'Halloran P. Pancreatitis

in pregnancy. *Obstetrics & Gynecology.* 2008; Vol. 1. 12(5): 1075-1081. DOI: 10.1097/AOG.0b013e318185a032.].

22. Sanduende Otero Y., Figueira Moure A., Rama-Maceiras P. et al. Hypertriglyceridemic pancreatitis and pregnancy. *Rev Esp Anestesiol Reanim.* 2003; 50(9): 477-480. [Sanduende Otero Y., Figueira Moure A., Rama-Maceiras P., Bautista Guillén A, Diéguez Fernández M. Hypertriglyceridemic pancreatitis and pregnancy. *Rev Esp Anestesiol Reanim.* 2003; 50(9): 477-480.].

23. Robertson K.W., Stewart I.S., Imrie C.W. Severe Acute Pancreatitis and Pregnancy. *Pancreatology.* 2006; 6(4): 309-315. DOI: 10.1159/000092694 [Robertson K.W., Stewart I.S., Imrie C.W. Severe Acute Pancreatitis and Pregnancy. *Pancreatology.* 2006; 6(4): 309-315. DOI: 10.1159/000092694].

24. Kahaleh M., Hartwell G.D., Arseneau K.O. et al. Safety and efficacy of ERCP in pregnancy. *Gastrointest Endosc.* 2004; 60(2): 287-292. [Kahaleh M., Hartwell G.D., Arseneau K.O., Pajewski T.N., Mullick T. Safety and efficacy of ERCP in pregnancy. *Gastrointest Endosc.* 2004; 60(2): 287-292.].

25. Parmar M.S. Pancreatic necrosis associated with preeclampsia-eclampsia. *JOP J Pancreas.* 2004; 5(2): 101-104. [Parmar M.S. Pancreatic necrosis associated with preeclampsia-eclampsia. *JOP J Pancreas.* 2004; 5(2): 101-104.].

26. McGrath B.A., Singh M., Singh T. et al. Spontaneous common bile duct rupture in pregnancy. *Int J Obstet Anesth.* 2005; 14(2): 172-174. DOI: 10.1016/j.ijoa.2004.10.006 [McGrath B.A., Singh M., Singh T., Maguire S. Spontaneous common bile duct rupture in pregnancy. *Int J Obstet Anesth.* 2005; 14(2): 172-174. DOI: 10.1016/j.ijoa.2004.10.006].

27. Malagoni M.A. Gastrointestinal surgery and pregnancy. *Gastroenterol. Clin. North. Am.* 2003; 32: 181-200. [Malagoni M.A. Gastrointestinal surgery and pregnancy. *Gastroenterol. Clin. North. Am.* 2003; 32: 181-200.].

28. Chen M.M., Coakley F.V., Kaimal A. et al. Guidelines for computed tomography and magnetic resonance imaging use during pregnancy and lactation. *Obstet. Gynecol.* 2008; 112: 333-340. DOI: 10.1097/AOG.0b013e318180a505 [Chen M.M., Coakley F.V., Kaimal A., Laros R.K. Guidelines for computed tomography and magnetic resonance imaging use during pregnancy and lactation. *Obstet. Gynecol.* 2008; 112: 333-340. DOI: 10.1097/AOG.0b013e318180a505].

29. Schaefer C., Meister R., Wentzack R. et al. Fetal outcome after technetium scintigraphy in early pregnancy. *Reprod Toxicol.* 2009; 28: 161-166. DOI: 10.1016/j.reprotox.2009.05.001 [Schaefer C., Meister R., Wentzack R., Weber-Schoendorfer C. Fetal outcome after technetium scintigraphy in early pregnancy. *Reprod Toxicol.* 2009; 28: 161-166. DOI: 10.1016/j.reprotox.2009.05.001].

30. Еремина Е.Ю. Панкреатит у беременных. *Практическая медицина.* 2012; 58: 23-28. [Eremina E.Yu. Pankreatit u beremennykh. *Prakticheskaya meditsina.* 2012; 58: 23-28. (In Russ.)].

Поступила / Received 11.09.2017
Принята в печать / Accepted 10.10.2017

Авторы заявили об отсутствии конфликта интересов / The authors declare no conflict of interest

Контактная информация: *Бабенко Евгений Сергеевич; тел.: +7 (918) 11-22-303; e-mail: babenkoes@mail.ru; Россия, 350033, г. Краснодар, ул. 1-ая линия поймы реки Кубань, д. 2, кв. 82.*

Corresponding author: *Evgeny S. Babenko; tel.: +7 (918) 11-22-303; e-mail: babenkoes@mail.ru; ap. 82, 2, 1-ya liniya поймы реки Kuban str., Krasnodar, Russia, 350033.*