

D. Taylor, R. Perry

# Острый живот и беременность: основные принципы диагностики и лечения

**Медицинский словарь Стедмана (27-е издание) дает следующее определение острого живота: «любое серьезное острое интраабдоминальное патологическое состояние, сопровождающееся болью, болезненностью при пальпации и напряженностью мышц брюшной стенки, при котором должна быть рассмотрена необходимость проведения экстренного оперативного вмешательства».**

**Подход к ведению беременных пациенток с интенсивной болью в животе очень схож с таковым у остальных пациентов с острым животом. Однако при интерпретации данных анамнеза и результатов объективного обследования необходимо учитывать физиологические изменения в организме женщины, связанные с беременностью.**

## Анамнез

Необходимо собрать по возможности максимально подробную информацию относительно времени появления, продолжительности, интенсивности и характера боли, а также любых связанных с ней симптомов. Очень важно в начале осмотра установить срок гестации, поскольку вероятность различных заболеваний, сопровождающихся клинической картиной острого живота, отличается на разных сроках беременности. Точная информация о сроке гестации необходима также для адекватного решения вопроса о жизнеспособности плода и необходимости его обследования. Следует помнить, что тошнота, рвота, запор, повышение частоты мочеиспускания и ощущение дискомфорта в животе или тазу часто отмечают и при нормально протекающей беременности. Попросите пациентку определить различия между этими нормальными для беременности изменениями и острыми симптомами, с которыми она обратилась. Кроме того, необходимо установить остроту начала и особенности течения заболевания. С этой целью задают следующие вопросы:

- Боль появилась внезапно или ее интенсивность нарастала постепенно?
- Она постоянная или спастическая; тупая, ноющая или резкая, колющая?
- Появилась до или после еды?
- Стала ли она причиной пробуждения?
- Хорошо ли боль локализована, изменяла ли свою локализацию с момента появления?
- Ассоциируется ли она с тошнотой и рвотой и, если да, то когда появились эти симптомы – до или после боли?
- Способствуют ли какие-то факторы уменьшению выраженности или усилению боли?

## Физикальное обследование

Патологические изменения, выявляемые при физикальном обследовании, у беременных с острым животом могут быть менее выраженными по сравнению с небеременными пациентками с тем же заболеванием. Перитонеальные признаки (симптомы раздражения брюшины) часто отсутствуют во время беременности из-за подъема и натяжения передней брюшной стенки. Очаг воспаления в брюшной полости при этом не имеет непосредственного контакта с париетальной брюшиной, что исключает какой-либо мышечный ответ или дефанс, которых следовало бы ожидать при других обстоятельствах. Кроме того, матка может затруднять или вовсе блокировать

подвижность сальника в области воспаления, искажая клиническую картину.

Отличить болезненность матки при пальпации от болезненности, вызванной внематочными причинами, можно с помощью обследования пациентки в положении лежа на правом и левом боку, что обеспечивает смещение беременной матки в одну из сторон. При проведении физикального обследования живота у беременных важно помнить об изменении локализации органов брюшной полости на разных сроках беременности. Например, аппендикс у небеременных пациенток и у женщин с ранними сроками гестации находится в точке Мак-Бурнея. После первого триместра аппендикс постепенно смещается латерально и вверх и приближается к желчному пузырю на поздних сроках беременности. Эти изменения во время беременности могут отсрочить установление правильного диагноза, и именно с этой задержкой большинство экспертов связывают повышение частоты осложнений и смертности от заболеваний, проявляющихся острым животом, среди беременных.

При обследовании беременной женщины врач должен оценивать состояние сразу двух пациентов – матери и плода. До наступления срока гестации, на котором плод обычно считается жизнеспособным в случае родов, оценка его состояния может ограничиваться определением наличия сердцебиения с помощью доплерографии или обычного ультразвукового исследования (УЗИ). На сроке беременности, когда плод уже считается жизнеспособным, необходимо более тщательное его обследование. Срок гестации, на котором плод рассматривается как жизнеспособный, может отличаться в разных лечебных учреждениях. Мониторинг сердечного ритма плода и тонуса матки проводят на протяжении всего периода обследования беременной пациентки с острым животом.

Подозрительный (сомнительный) тип кардиотокограммы или признаки дистресс-синдрома плода могут указывать на акушерскую причину острого живота, например на отслойку плаценты или разрыв матки. При нормальной кардиотокограмме продолжают периодическую (с адекватной частотой) оценку состояния плода. Мониторинг сокращений матки важно осуществлять не только в период обследования пациентки, но и после вмешательства. Отмечается строгая корреляция между наличием интраабдоминальных инфекционных или воспалительных процессов и преждевременными родами.

## Лабораторные анализы

При обследовании беременных пациенток с острой болью в животе следует помнить об изменении во время беременности референтного диапазона некоторых из наиболее часто используемых лабораторных показателей. Эти физиологические сдвиги также в некоторой степени могут затруднять диагностику. Например, воспалительный процесс, в частности аппендицит, предполагает повышение количества лейкоцитов в крови. Однако даже на фоне нормально протекающей беременности уровень лейкоцитов в крови женщины варьирует в пределах  $6-16 \times 10^9/\text{л}$  во втором и третьем триместре и достигает  $20-30 \times 10^9/\text{л}$  на ранней стадии родов.

## УЗИ

УЗИ, по всей видимости, является наиболее часто используемым методом лучевой диагностики для исследования органов брюшной полости у беременных. Большой опыт применения этого метода подтверждает его безопасность во время беременности. Он позволяет оценить состояние желчного пузыря, поджелудочной железы и почек женщины. Также УЗИ с градуированной компрессией (постепенно нарастающим давлением датчика в точке максимальной болезненности) применяют для диагностики аппендицита. Увеличение размеров живота может ограничивать применение этого подхода к диагностике

аппендицита во время беременности, однако ряд исследователей сообщали о его успешном применении у данной категории пациенток.

Кроме того, УЗИ является важнейшим методом обследования плода. Это исследование помогает установить гестационный возраст и жизнеспособность плода, его состояние на текущий момент, исключить врожденные аномалии, оценить объем околоплодных вод. Полученная при УЗИ информация может стать крайне важной при последующем ведении беременной пациентки с острым животом, когда необходимо будет принимать решение относительно родоразрешения и его способа, а также использования токолитиков и кортикостероидов.

## Рентгенологические методы

Применение у беременных диагностических методов, основанных на ионизирующем излучении, часто вызывает беспокойство у практикующих врачей. Однако установлено, что лучевая экспозиция при однократном проведении диагностической процедуры не оказывает негативного влияния на плод.

В тех случаях, когда необходимо проведение нескольких рентгенологических диагностических процедур, следует помнить, что лучевая нагрузка менее  $0,05 \text{ Гр}$  ( $5 \text{ Рад}$ . – Прим. ред.) не ассоциируется с увеличением частоты аномалий развития или смерти плода. Таким образом, во время беременности можно применять рентгенологические методы диагностики по медицинским показаниям, однако следует рассмотреть возможность использования других визуализирующих исследований, не основанных на ионизирующем излучении, если такая замена будет адекватной. Ввиду возможной связи между пренатальным воздействием

Таблица 2. Причины острого живота у беременных

Состояния, одинаково часто возникающие у беременных и небеременных	Состояния, ассоциирующиеся с беременностью	Состояния, вызванные беременностью
Со стороны пищеварительной системы: Острый аппендицит Острый панкреатит Пептическая язва Гастрэнтерит Гепатит Кишечная непроходимость Перфорация кишечника Грыжа Дивертикул Меккеля Токсический мегаколон Псевдокиста поджелудочной железы	Острый пиелонефрит Острый цистит Острый холецистит Острый жировой гепатоз беременных Разрыв прямой мышцы живота Перекрут беременной матки	Ранние сроки беременности: Превращаясь внематочная беременность Септический аборт с перитонитом Острая задержка мочи из-за ретроверсии беременной матки
Со стороны мочеполовой системы: Разрыв кисты яичника Перекрут придатков матки Камень в мочеточнике Разрыв почечной лоханки Обструкция мочеточника		Поздние сроки беременности: Красная дегенерация миомы матки Перекрут миомы на ножке Отслойка плаценты Прорастающая плацента Спонтанный разрыв печени при синдроме HELLP (гемолиз, повышение активности печеночных ферментов и тромбоцитопения) Разрыв матки Хориоамнионит
Сосудистые: Синдром верхней брыжеечной артерии Тромбоз/инфаркт, в частности мезентериальный венозный тромбоз Разрыв аневризмы висцеральной артерии Аневризма селезеночной артерии		
Респираторные: Пневмония Тромбоз легочной артерии		
Другие: Интраперитонеальное кровоизлияние Разрыв селезенки Абдоминальная травма Острая интермиттирующая порфирия Диабетический кетоацидоз Серповидноклеточная анемия		

Таблица 1. Лучевая нагрузка при проведении некоторых широко используемых рентгенологических методов диагностики

Метод исследования	Нагрузка на плод
Рентгенография органов грудной клетки (в двух проекциях)	0,02-0,07 мРад
Рентгенография органов брюшной полости (в одной проекции)	100 мРад
Внутривенная пиелография	$\geq 1 \text{ Рад}^*$
Рентгенография тазобедренного сустава (в одной проекции)	200 мРад
Маммография	7-20 мРад
Ирригоскопия или пассаж бария по тонкой кишке	2-4 Рад
Компьютерная томография (КТ) головы или грудной клетки	<1 Рад
КТ брюшной полости и позвоночника	3,5 Рад
КТ-пельвиметрия	250 мРад

\* Лучевая нагрузка зависит от количества снимков.

ионизирующего излучения и развитием онкологических заболеваний у детей следует использовать рентгенологические методы только в случае медицинской необходимости, а также минимизировать по возможности лучевую нагрузку, но без ущерба для эффективности диагностики.

### Магнитно-резонансная томография (МРТ)

В основе МРТ лежит использование не ионизирующего излучения, а магнитного поля для изменения энергетического состояния протонов водорода. Поэтому этот метод может быть полезным при обследовании брюшной полости матери и плода. Несмотря на то что до настоящего времени какие-либо неблагоприятные эффекты МРТ на плод не задокументированы, Национальный совет по радиационной защите Великобритании не рекомендует использовать МРТ в первом триместре беременности. Кроме того, не все контрастные вещества для МРТ одобрены к применению во время беременности. Например, внутривенно введенный гадолиний проникает через плаценту, при этом его влияние на плод еще не установлено. Согласно нескольким сериям наблюдений МРТ оказалась полезной в диагностике острого аппендицита, когда результаты УЗИ были сомнительными.

### Дифференциальная диагностика

Острый живот во время беременности может быть вызван многочисленными заболеваниями, и такие случаи, несомненно, касаются врачей нескольких специальностей. В этой сложной клинической ситуации следует привлекать к диагностике и наблюдению хирурга, акушера-гинеколога и специалиста по перинатальной медицине.

Любое патологическое состояние, являющееся причиной острого живота у беременных пациенток, может развиваться и во время беременности. Кроме того, существует ряд состояний, вероятность возникновения которых на фоне беременности выше. И наконец, существуют причины острого живота, специфичные для беременности (табл. 2). Таким образом, при проведении дифференциальной диагностики должен быть рассмотрен достаточно широкий спектр потенциальных причин острого живота у беременных.

### Лечение

Выбор схемы лечения при остром животе во время беременности зависит от конкретного заболевания, вызвавшего такую клиническую картину. Показания к экстренному оперативному вмешательству у беременных такие же, как и для других пациенток. Если операция необходима, но может быть выполнена в плановом порядке, целесообразно подождать завершения беременности. Если же проведение плановой операции необходимо во время беременности, ее по возможности следует выполнить во втором триместре, поскольку на этом сроке риск преждевременных родов ниже, чем в третьем триместре, а риск спонтанного прерывания беременности и риски, связанные с применением лекарственных средств, в частности анестетиков, ниже по сравнению с первым триместром.

### Лапароскопия во время беременности

Лапароскопия становится все более популярным методом диагностики и лечения при остром животе. В прошлом беременность считалась противопоказанием для применения этого метода, однако в последующем появились многочисленные сообщения об успешном применении диагностической и лечебной лапароскопии у этой категории пациенток.

Чтобы избежать потенциального повреждения беременной матки иглой Veress или троакаром, была предложена методика Hasson, заключающаяся в открытом (не «слепом») проникновении в брюшную полость при лапароскопии. Инсуффляция углекислого газа до достижения внутрибрюшного давления 10-15 мм рт. ст. считается безопасной. Ввиду всасывания

CO<sub>2</sub> из брюшной полости и опасений относительно влияния ацидоза на плод у беременных во время лапароскопии рекомендуется проведение капнографии.

Преимущества лапароскопии перед лапаротомией заключаются в сокращении длительности пребывания пациентки в стационаре, меньшей потребности в наркотических анагетиках, более легкой послеоперационной мобилизации и возможности более раннего перорального приема пищи после вмешательства.

При проведении лапароскопии следует приложить усилия для минимизации манипуляций с маткой. Место введения троакара определяется размерами матки. Во время операции необходим мониторинг частоты сердечных сокращений плода. Для обеспечения безопасности плода во время хирургического вмешательства необходимо тесное сотрудничество хирурга с акушером. Важно, чтобы лапароскопией беременной проводил опытный специалист, который выполнит операцию настолько быстро, насколько это возможно.

Хотя лапароскопию в целом принято считать безопасным методом, в литературе продолжают появляться отдельные сообщения о смерти плода после проведения процедуры. Однако ряд исследований показал, что лапароскопическая операция может быть безопасно выполнена у беременных пациенток в любом триместре без значимого повышения риска для матери или плода.

### Акушерские аспекты проблемы острого живота

Преждевременные роды представляют собой наиболее серьезную угрозу для плода при лечении острой интраабдоминальной патологии у матери. В настоящее время недостаточно данных для количественного определения степени риска, однако тяжесть заболевания матери является основным фактором этого риска.

Профилактический эффект токолитиков остается недоказанным у этой категории пациенток. Если врач решает назначить эти препараты, то их следует использовать с осторожностью. Следует тщательно контролировать состояние пациентки и помнить о риске развития легочных осложнений. Для токолизиса можно использовать сульфат магния, β-миметики (например, ритодрин, тербуталин) и индометацин (если срок гестации <32 недель). Перед применением токолитиков следует убедиться, что у пациентки нет противопоказаний к токолизису, таких как тяжелая форма преждевременной отслойки плаценты, хориоамнионит или летальные аномалии плода. Если преждевременные роды вероятны, беременной можно назначить глюкокортикоиды, чтобы уменьшить риск неонатальных осложнений. Следует избегать назначения глюкокортикоидов пациенткам с высоким риском серьезной инфекции.

### Родоразрешение

Способ родоразрешения должен основываться на акушерских показаниях. Если продолжение беременности может привести к развитию осложнений у матери или ее смерти, показано родоразрешение. Если предполагается, что родоразрешение не улучшит состояние матери, то лечение пациентки следует проводить при сохранении беременности.

\*\*\*

Продолжение статьи, в котором будут рассмотрены основные принципы ведения беременных пациенток с отдельными заболеваниями, сопровождающимися клинической картиной острого живота, такими как острый аппендицит, острый холецистит и т.д., читайте в следующем номере.

Список литературы находится в редакции.

С оригиналом статьи можно ознакомиться на сайте: <http://emedicine.medscape.com/article/195976-overview>

Перевод с англ. **Натальи Мищенко**



# Правове забезпечення програм з допоміжних репродуктивних технологій

19-21 травня у м. Одесі відбулася V Всеукраїнська (IV Міжнародна) науково-практична конференція з медичного права «Медичне право в Україні: законодавче забезпечення царини охорони здоров'я (генезис, міжнародні стандарти, тенденції розвитку й удосконалення)».

Одним з важливих показників стану репродуктивного здоров'я населення є безплідність. У наш час 10-15 відсотків українських сімей страждають від безплідності, що можна віднести до прямих репродуктивних утрат. Кількість безплідних подружніх пар досягає близько одного мільйона. За цих умов відчуті радість батьківства і материнства безплідним особам може допомогти впровадження лікувальних програм з допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ). У доповіді **кандидат юридичних наук, доцент Харківського національного університету внутрішніх справ Вікторія Юрївна Євко** ознайомила учасників конференції з міжнародно-правовими стандартами застосування лікувальних програм з ДРТ.

— Регулювання відносин, які виникають у сфері застосування лікувальних програм з ДРТ в Україні, обмежується незначною кількістю нормативних актів. У їх числі Цивільний і Сімейний кодекси України, Основи законодавства України про охорону здоров'я, Інструкція про порядок застосування допоміжних репродуктивних технологій, затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України № 711 від 23.12.2008, Правила реєстрації актів цивільного стану в Україні, затверджені наказом Міністерства юстиції України № 52/5 від 18.10.2000. Однак повністю присвячена правовому регулюванню застосування ДРТ тільки Інструкція про порядок застосування допоміжних репродуктивних технологій. Інші нормативно-правові акти мають обмежену кількість норм, які застосовуються до названих відносин.

Перш за все звертає на себе увагу той факт, що дуже важливе для суспільства питання відтворення життя регулюється здебільшого на рівні підзаконних актів.

Основи правового регулювання застосування ДРТ містяться у низці актів міжнародного характеру. У цих актах закріплено основоположні засади охорони права людини на життя і репродуктивне здоров'я. Разом з тим більшість цих документів мають рекомендаційний, а не обов'язковий характер.

Так, 10 листопада 1975 року Генеральною Асамблеєю ООН була прийнята Декларація про використання науково-технічного прогресу в інтересах миру та на благо людства. Враховуючи, що поява та розвиток лікувальних програм допоміжних репродуктивних технологій є результатом науково-технічного прогресу, який став одним з найважливіших факторів розвитку людського суспільства, створюючи більш широкі можливості поліпшення умов життя людей, Декларацію про використання науково-технічного прогресу в інтересах миру та на благо людства можна вважати першим нормативним актом міжнародного характеру, який визначив засади застосування ДРТ.

Декларація закликає усі країни вжити відповідних заходів, щоб запобігти використанню досягнень науки і техніки, зокрема державними органами, для обмеження або втручання у здійснення прав людини й основних свобод, проголошених у Загальній декларації прав людини, міжнародних пактах про права людини й інших міжнародних документах.

Віденська декларація і Програма дій, прийнята на Всесвітній конференції з прав людини 25 червня 1993 року, проголосила, що всі права людини універсальні, неподільні, взаємозалежні та взаємопов'язані. Міжнародне співтовариство має ставитися до прав людини глобально, на справедливій і рівній основі, з однаковою увагою. Повага до прав людини й основних свобод без якої б то не було різниці є основоположною нормою міжнародного права в галузі прав людини. Кожна людина має право на користування результатами наукового прогресу та їх практичне застосування. Всесвітня конференція з прав людини закликає здійснювати міжнародне співробітництво з метою забезпечення повної поваги до прав і гідності людини у сфері біології та біомедицини, що перебуває в центрі уваги всього людства. Віденська декларація наголошує також на тому, що регіональні механізми відіграють основну роль у заохоченні й захисті прав людини. Вони покликані сприяти зміцненню універсальних стандартів у галузі прав людини, що містяться в міжнародних договорах про права людини, а також їх захисту.

З наведених положень Віденської декларації випливає, що світова спільнота визнає важливість і необхідність захисту прав людини у сфері застосування досягнень біомедичних і біологічних наук. Такий захист має здійснюватися перш за все за допомогою національних правових систем, але з дотриманням універсальних міжнародних стандартів у цій галузі.

У матеріалах Міжнародної конференції з народонаселення та розвитку (Каїр, 1994) міститься комплекс важливих цілей у галузі народонаселення та розвитку, а також кількісні та якісні цільові показники, які взаємопов'язані й мають вирішальне значення для досягнення цих цілей. Цілі та цільові показники відносяться, зокрема, до забезпечення загального доступу до послуг з охорони репродуктивного здоров'я включаючи планування сім'ї та сексуальне здоров'я. Не створюючи будь-яких нових міжнародно-правових норм у галузі прав людини, Міжнародна конференція з народонаселення та розвитку підтверджує застосовність загальнозвизнаних норм у галузі прав людини стосовно всіх аспектів демографічних програм.

У ході обговорень учасники конференції керувалися комплексом принципів, серед яких у світлі досліджуваної проблематики на особливу увагу заслуговує принцип, який полягає в тому, що турбота про людей посідає центральне місце щодо забезпечення сталого розвитку. Вони мають право на здорове і плідне життя в гармонії з природою. Люди — це найважливіший і найцінніший ресурс будь-якої держави. Уряд країни має забезпечити кожній людині можливість реалізувати більшу частину свого потенціалу. Кожна людина має право на достатній життєвий рівень для неї самої і її сім'ї включаючи достатнє харчування, одяг, житло, водопостачання та санітарні умови (Принцип 2).

Кожна людина має право на найвищий досяжний рівень фізичного і психічного здоров'я. У державі мають бути вжиті всі

Продовження на стор. 30.