

D. Taylor, R. Perry

Острый живот и беременность: основные принципы диагностики и лечения

Медицинский словарь Седмана (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 та-зу 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 ин-тенсивность нарастала постепенно?
- Она постоянная или спастическая; ту-пая, ноющая или резкая, колющая?
- Появилась до или после еды?
- Стала ли она причиной пробуждения?
- Хорошо ли боль локализована, изме-няла ли свою локализацию с момента по-явления?
- 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 бере-менных с острым животом могут быть ме-нее выраженными по сравнению с небере-менными пациентками с тем же заболева-нием. Перитонеальные признаки (симпто-мы раздражения брюшины) часто отсутс-твуют во время беременности из-за подь-ема и натяжения передней брюшной стен-ки. Очаг воспаления в брюшной полости при этом не имеет непосредственного кон-такта с париетальной брюшиной, что ис-ключает 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 воспале-ния, искажая клиническую картину.

Отличить болезненность матки при пальпации от болезненности, вызванной внематочными причинами, можно с помо-щью обследования пациентки в положе-нии лежа на правом и левом боку, что обес-печит смещение беременной матки в одну из сторон. При проведении физикального обследования живота у беременных важно помнить об изменении локализации орга-нов брюшной полости на разных сроках беременности. Например, аппендикс у не-беременных пациенток и у женщин с ран-ними сроками гестации находится в точке Мак-Бурнея. После первого триместра ап-пендикс постепенно смещается латерально и вверх и приближается к желчному пузы-рю на поздних сроках беременности. Эти изменения во время беременности могут отсрочить установление правильного диа-гноза, и именно с этой задержкой боль-шинство экспертов связывают повышение частоты осложнений и смертности от забо-леваний, проявляющихся острым живо-том, среди беременных.

При обследовании беременной женщи-ны врач должен оценивать состояние сразу двух пациентов — матери и плода. До на-ступления срока гестации, на котором плод обычно считается жизнеспособным в слу-чае родов, оценка его состояния может ог-раничиваться определением наличия сер-дцебиения с помощью доплерографии или обычного ультразвукового исследова-ния (УЗИ). На сроке беременности, когда плод уже считается жизнеспособным, не-обходимо более тщательное его обследова-ние. Срок гестации, на котором плод рас-сматривается как жизнеспособный, может отличаться в разных лечебных учреждени-ях. Мониторинг сердечного ритма плода и тонуса матки проводят на протяжении все-го периода обследования беременной па-циентки с острым животом.

Подозрительный (сомнительный) тип кар-диотокограммы или признаки дистресс-синдрома плода могут указывать на аку-шерскую причину острого живота, напри-мер на отслойку плаценты или разрыв мат-ки. При нормальной кардиотокограмме продолжают периодическую (с адекватной частотой) оценку состояния плода. Мониторинг сокращений матки важно осущест-влять не только в период обследования па-циентки, но и после вмешательства. Отме-чается строгая корреляция между наличи-ем интраабдоминальных инфекционных или воспалительных процессов и прежде-временными родами.

Лабораторные анализы

При обследовании беременных пациен-ток с острой болью в животе следует пом-нить об изменении во время беременности референтного диапазона некоторых из наи-более часто используемых лабораторных показателей. Эти физиологические сдвиги также в некоторой степени могут затруд-нять диагностику. Например, воспалитель-ный процесс, в частности аппендицит, предполагает повышение количества лей-коцитов в крови. Однако даже на фоне нор-мально протекающей беременности уро-вень лейкоцитов в крови женщины варь-ирует в пределах 6-16×10⁹/л во втором и третьем триместре и достигает 20-30×10⁹/л на ранней стадии родов.

УЗИ

УЗИ, по всей видимости, является наи-более часто используемым методом луче-вой диагностики для исследования органов брюшной полости у беременных. Большой опыт применения этого метода подтвер-ждает его безопасность во время беремен-ности. Он позволяет оценить состояние желчного пузыря, поджелудочной железы и почек женщины. Также УЗИ с градуиро-ванной компрессией (постепенно нараста-ющим давлением датчика в точке макси-мальной болезненности) применяют для диагностики аппендицита. Увеличение размеров живота может ограничивать при-менение этого подхода к диагностике

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

Кроме того, УЗИ является важнейшим методом обследования плода. Это исследо-вание 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 па-циентки с острым животом, когда необхо-димо будет принимать решение относи-тельно родоразрешения и его способа, а также использования токолитиков и кор-тикостероидов.

Рентгенологические методы

Применение у беременных диагности-ческих методов, основанных на ионизиру-ющем излучении, часто вызывает беспок-ойство у практикующих врачей. Однако установлено, что лучевая экспозиция при однократном проведении диагностической процедуры не оказывает негативного влия-ния на плод.

В тех случаях, когда необходимо проведе-ние нескольких рентгенологических диа-гностических процедур, следует помнить, что лучевая нагрузка менее 0,05 Гр (5 Рад. — Прим. ред.) не ассоциируется с увеличени-ем частоты аномалий развития или смерти плода. Таким образом, во время беремен-ности можно применять рентгенологиче-ские методы диагностики по медицинским показаниям, однако следует рассмотреть возможность использования других визуа-лизирующих 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 Гастроэнтерит 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: Превращавшаяся 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/эмболия 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	≥1 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 небеременных 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 пациентов. 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 «слепо») проникновении в брюшную полость при лапароскопии. Инсуффляция углекислого газа до достижения внутрибрюшного давления 10–15 мм рт. ст. считается безопасной. Ввиду всасывания CO₂

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 анальгетиках, 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 лапароскопию 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. **Натали Мищенко**



Анкета читателя

Здоров'я України[®]
МЕДИЧНА ГАЗЕТА

Для получения тематического номера газеты заполните анкету и отправьте по адресу:

«Медична газета «Здоров'я України»,
ул. Народного Ополчения, 1, г. Киев, 03151.

Укажите сведения, необходимые для отправки
тематического номера «Хірургія. Ортопедія.
Травматологія»

Фамилия, имя, отчество

Специальность, место работы

Индекс

город

село

район область

улица дом

корпус квартира

Телефон: дом

раб.

моб.

E-mail:

Нам важно знать Ваше мнение!

Понравился ли вам тематический номер «Хірургія. Ортопедія. Травматологія»?

Назовите три лучших материала номера

1.

2.

3.

Какие темы, на ваш взгляд, можно поднять в следующих номерах?

Публикации каких авторов вам хотелось бы видеть?

Хотели бы вы стать автором статьи для тематического номера «Хірургія. Ортопедія. Травматологія»?

На какую тему?

Является ли для вас наше издание эффективным в повышении
врачебной квалификации?

* Я добровольно передаю указанные в анкете персональные данные ООО «Здоровье Украины». Также даю согласие на их использование для получения от компаний (ее связанных лиц, коммерческих партнеров) изданий, информационных материалов, рекламных предложений, а также на помещение моих персональных данных в базу данных компании, неограниченное во времени хранение данных.

Подпись