

ОСТРАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ: ОСОБЕННОСТИ ПАТОГЕНЕЗА, СВОЕВРЕМЕННАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

Ощепкова С.Ю.¹, Зязева И.П.¹

¹ФГБОУ ВО Пермский государственный медицинский университет имени ак. Е.А. Вагнера (614990, Пермский край, г.Пермь, ул. Петропавловская, д. 26), e-mail: ir.z99@mail.ru

Проблема охраны здоровья матери и ребенка остается одной из самых важных для современного здравоохранения. Всем известно, что на сегодняшний день замечена тенденция к росту экстрагенитальной патологии у беременных, в том числе хирургической. Это негативно влияет как на течение и исход гестационного процесса, так и на динамику показателей материнской и перинатальной смертности. Острая кишечная непроходимость представляет собой самое грозное хирургическое заболевание органов брюшной полости, составляя 9–20 % от всех больных с острой абдоминальной патологией. К основным причинам высокой летальности относятся: сложность ранней диагностики, несвоевременное обращение пациенток, позднее оказание лечебной помощи, а также размытость и атипичность клинической картины заболевания при беременности. Данные анамнеза беременной, в большинстве случаев являются ключом к правильному диагнозу.

Целью данного исследования было изучить зарубежную и отечественную литературу, отражающую взгляды современных учёных и практикующих врачей о проблеме острой кишечной непроходимости при беременности, в особенности патогенетические основы данного заболевания, факторы риска его развития, возможные осложнения и методы своевременной диагностики.

Ключевые слова: острая кишечная непроходимость, беременность, экстрагенитальные патологии, акушерство, абдоминальная хирургия

ACUTE INTESTINAL OBSTRUCTION DURING PREGNANCY: FEATURES OF PATHOGENESIS, TIMELY DIAGNOSIS AND TREATMENT

Oshchepkova S.U.¹, Zyazewa I.P.¹

¹Perm State University named after E.A.Wagner, (614990, 26 Petropavlovskaya st., Perm, Perm krai, Russian Federation) e-mail: ir.z99@mail.ru

The issue of maternal and child health remains one of the most important for modern healthcare. Everyone knows that today there is a tendency to increase extragenital pathology in pregnant women, including surgical. This negatively affects both the course and outcome of the gestational process, as well as the dynamics of maternal and perinatal mortality. Acute intestinal obstruction is the most serious surgical disease of the abdominal organs, accounting for 9-20 % of all patients with acute abdominal pathology. The main causes of high mortality include: the complexity of early diagnosis, untimely treatment of patients, late medical care, as well as the blurred and atypical clinical picture of the disease during pregnancy. Data from the history of a pregnant woman, in most cases, are the key to a correct diagnosis. The purpose of this study was to study foreign and domestic literature that reflects the views of modern scientists and practitioners about the problem of acute intestinal obstruction during pregnancy, especially the pathogenetic basis of this disease, risk factors for its development, possible complications and methods of timely diagnosis.

Key words: acute intestinal obstruction, pregnancy, extragenital pathologies, obstetrics, abdominal surgery

Актуальность

Проблема охраны здоровья матери и ребенка остается одной из самых важных для современного здравоохранения. Всем известно, что на сегодняшний день замечена тенденция к росту экстрагенитальной патологии у беременных, в том числе хирургической. Острая кишечная непроходимость (ОКН) относится одним из опаснейших экстрагенитальных заболеваний [1].

Цель: изучить зарубежную и отечественную литературу, отражающую взгляды современных учёных и практикующих врачей о проблеме острой кишечной непроходимости при беременности, в особенности патогенетические основы данного заболевания, факторы риска его развития, возможные осложнения, а также тактику лечения таких пациенток.

Задачи

1. Литературный обзор отечественных и зарубежных источников, отражающих актуальную проблему ОКН при беременности;
2. Проанализировать тему патогенеза ОКН у беременных;
3. Изучить основные факторы риска развития данной патологии и возможные осложнения;
4. Собрать информацию о современных методах диагностики и лечения ОКН при беременности;
5. Обобщить полученные результаты и сделать выводы.

Материалы исследования

В представленной работе отражены результаты обзора отечественной и зарубежной литературы по теме ОКН при беременности.

Результаты

ОКН - это понятие, объединяющее ряд заболеваний, для которых характерно нарушение проходимости просвета кишечника. Частота заболевания в период беременности - 1:40 000 - 1:50 000 родов, при этом материнская смертность достигает 35–50 %, а мертворождаемость – 60–75 %. У 70% беременных данную патологию выявляют во II – III триместрах, реже – в I триместре (15,5 %); значительно реже – в родах и послеродовом периоде [1,2].



По морфофункциональному критерию ОКН различают динамическую и механическую. Динамическая ОКН встречается у 3 – 15% пациентов и подразделяется на спастическую (возникает в результате усиления моторной функции кишечника под воздействием лекарственных препаратов) и паралитическую (как следствие перитонита, после операции кесарева сечения, либо в результате понижения тонуса кишечника во время беременности из-за гиперпродукции гестагенов). Механическая ОКН встречается у 85 – 97% пациентов с кишечной непроходимостью и подразделяется на обтурационную (возникает в результате сдавления опухолью кишки, глистной инвазии, вследствие желчнокаменной болезни, при копростазе, обтурации кишки инородным телом) и странгуляционную (вызвана заворотами, перегибами кишечника, внутренним ущемлением или петлеобразованием), а также смешанные формы. У беременных пациенток наиболее распространенной формой ОКН является странгуляционная. Возникает она, в основном, из-за повышенной перистальтики кишечника и спаечной болезни брюшной полости.

По уровню обструкции классифицируют тонкокишечную непроходимость, которая может быть высокой и низкой, а также толстокишечную [1,3].

Развитию заболевания способствуют физиологические изменения, происходящие в организме беременной женщины. Начиная примерно с IV месяца, матка поднимается выше малого таза и со временем занимает почти всю брюшную полость. Увеличение размера матки обусловлено несколькими факторами: гипертрофия и гиперплазия ее волокон, возрастание количества околоплодных вод, собственно рост плода. Все это способствует

повышению внутрибрюшного давления, смещению тонкого кишечника и поперечно - ободочной кишки кверху, в результате чего возникает риск сдавления кишечных петель, образования запоров, узлообразования [3].

Если посмотреть с другой стороны, в конце беременности происходит опускание головки плода в малый таз, излитие околоплодных вод, что приводит к уменьшению объема матки. После родов еще быстрее уменьшается объем матки, а также быстро меняется внутрибрюшное давление. Такие интенсивные изменения приводят к спонтанному перемещению тонкого кишечника, повышению подвижности кишечных петель, провоцируя развитие странгуляционной кишечной непроходимости [4].

Немало важную роль в формировании ОКН играет нарушение кинетики кишечника в ходе беременности. Значительно повышается выработка прогестерона, играющего важную роль в поддержании нормального течения беременности [4]. Он оказывает расслабляющее действие на мускулатуру матки, мочевыводящие пути, а также желудочно – кишечного тракта, способствуя понижению двигательной активности кишечника [2].

Со II триместра беременности начинаются изменения топографо - анатомических свойств матки. Она постепенно увеличивается в размерах и сдавливает органы брюшной полости. В результате этого возможно нарушение кровообращения (венозная застой в сосудах малого таза), что ухудшает деятельность желудочно – кишечного тракта: перистальтика становится вялой, увеличиваются процессы брожения и метеоризма [1, 4].

Ухудшение автоматической ритмической деятельности кишечника у беременных объясняется повышением порога возбудимости его рецепторов к биологически активным веществам. Простагландины влияют на тонус гладкой мускулатуры, стимулируя деятельность кишечника. Но при беременности он становится толерантным к обычным физиологическим раздражителям [3]. Это логично, ведь у кишечника и матки общая иннервация, поэтому любое чрезмерное повышение перистальтики желудочно – кишечного тракта могло бы активировать сократительную деятельность матки и тем самым вызвать угрозу прерывания беременности. Нарушение моторной функции кишечника нередко определяется психогенными факторами. По данным М.М. Шехтмана, почти у всех беременных, жалующихся на запоры, отмечаются явления невроза: тревога, эмоциональная лабильность, необоснованные страхи. Существуют и другие факторы риска возникновения ОКН: хронические воспалительные процессы, образование спаек, сращений, а также осложненное течение послеоперационного периода в прошлом [5].

Диагностика ОКН у беременных (особенно в конце беременности) представляет собой определенные сложности. Обследование затруднено из - за крупных размеров матки, которая заняла почти всю брюшную полость, поэтому симптомы ОКН появляются достаточно поздно.

Болевой симптом (даже при странгуляционной форме ОНК) не всегда носит выраженный характер. Другие симптомы, как правило, также могут быть размыты. Характерными симптомами ОКН при беременности являются: ранняя многократная рвота, тахикардия, понижение АД, сухой и обложенный язык, возможно, незначительное повышение температуры тела [5]. Кроме того, у беременных нередко отмечается сниженный иммунный ответ организма на возникновение воспалительного процесса. Это обусловлено состоянием физиологической иммуносупрессии и недостаточностью полимодалной активности мононуклеарно - фагоцитарной системы клеток. Результаты лабораторных исследований не всегда помогают в постановке правильного диагноза [1].

Главная проблема заболеваний у беременных заключается в том, что существует огромный риск развития различных осложнений, а возможности диагностических мероприятий резко ограничены из - за значительной обременительности одних или наличия противопоказаний для других. Именно поэтому врачу необходимо качественно собрать анамнез, который чаще всего является ключом к правильному диагнозу. Необходимо всегда помнить, что от точности и своевременности постановки верного диагноза зависит не только жизнь женщины, но и ее будущего ребенка.

Важную роль в диагностике ОКН играют дополнительные методы исследования. Распространенное применение рентгенологических методов диагностики при беременности ограничено из - за его негативного влияния на плод. Допустимо использование обзорной рентгенографии только при крайней необходимости, например, при подозрении на ОКН у беременных при сроке гестации более 13 недель [5]. Достаточно целесообразно было бы проведение диагностики у беременных начинать с комплексного УЗИ, позволяющего выявить косвенные признаки ОКН в 88,5% наблюдений. Преимущество этого метода неоспоримо, ведь УЗИ предоставляет возможность его многократного и безопасного применения с целью наблюдения за динамикой клинической картины ОКН и оценки состояния плода. В настоящее время уже созданы и активно используются следующие УЗ - критерии ОКН: наличие симптома внутрипросветного депонирования жидкости с анэхогенными включениями, визуализация складок и грубый рельеф слизистой кишечника, утолщение стенки тонкой кишки более 4 мм, увеличение диаметра кишки свыше 2–3 см, маятникообразный характер перистальтики или вовсе отсутствие перистальтики, наличие выпота в брюшной полости [4].

Также в изученной литературе были обнаружены работы по анализу значений внутрибрюшного давления у пациентов с острой хирургической патологией. Степень внутрибрюшная гипертензия отражает тяжесть заболевания, поэтому определение ее показателей способствует диагностике и выбору лечебной тактики при ОКН. Исследования, к

сожалению, не проводились на беременных, поэтому пока данный метод исследования не нашел своего применения в случае ОКН при беременности.

ОКН у беременных необходимо дифференцировать с самопроизвольным абортom, преждевременными родами, перекрутом ножки кисты яичника, острым холециститом, перитонитом, разрывом матки, парезом кишечника, острым аппендицитом, а также с разрывом паренхиматозных органов с внутрибрюшным кровотечением. В случаях возникновения затруднений дифференциальной диагностики у беременных возможно использование мониторинговой лапароскопии при сроках гестации до 24 недель. При этом важно помнить, что проведение лапароскопии при беременности сопряжено с техническими сложностями из-за больших размеров матки, опасностью ее повреждения, неудобствами осмотра брюшной полости и риском осложнений после вмешательства [1].

Лечение беременных пациенток с ОКН следует проводить как хирургам, так акушерам - гинекологам, с выполнением определенного плана врачебной тактики на фоне пролонгирования беременности. Начинать стоит с консервативного лечения, проводимого вместе с диагностическими мероприятиями. Сначала выполняются назогастральная интубация, а затем устранение пареза кишечника (паранефральная блокада, эпидуральная анестезия) одновременно с дезинтоксикационной терапией в объеме до 3–4 л/сутки. При отсутствии результата консервативного лечения в течение 2-х часов необходимо оперативное вмешательство [5]. Главная задача цель хирургического лечения – устранение причины ОКН и восстановление нормального функционирования кишечника. Оперировать пациенток можно в условиях акушерского отделения, начиная с 28 недель беременности. На ранних сроках они могут находиться в хирургическом стационаре.

В результате ОКН возрастает степень интоксикации организма матери, что соответственно негативно влияет на состояние плода, поэтому необходимо срочно выбрать акушерскую тактику [3]. В соответствии с современными рекомендациями, прерывание беременности необходимо лишь при динамической непроходимости, возникшей в результате самой беременностью. В любых других ситуациях не рекомендуются операции на матке из-за высокой вероятности инфицирования. В случае обоснованной необходимости опорожнения матки или экстренного родоразрешения проводят операцию кесарева сечения. При осложнении ОКН перитонитом выполняется экстирпация матки [5].

После оперативного вмешательства немало важно выполнить некоторые манипуляции: непрерывную аспирацию содержимого кишечника, устранение дефицита белков, электролитов, крови, витаминов и жидкости, нормализацию кислотно – основного состояния. Также необходимо назначить пациентке антигистаминные и кардиотонические препараты, глюкозу с

инсулином, панангин, антибиотики широкого спектра действия и осуществить профилактику агрегации форменных элементов крови при помощи реополиглюкина и гепарина [1].

Заключение

Таким образом, проведенный анализ зарубежной и отечественной литературы показал, что в патогенезе ОКН у беременных главными факторами являются сама беременность, а также длительно игнорируемые воспалительные процессы, образование спаек, сращений, осложненное течение послеоперационного периода в прошлом. Для диагностики ОКН при беременности важно качественно собрать анамнез и провести, а потом уже использовать дополнительные методы исследования (рентгенография, УЗИ, мониторинговая лапароскопия и др.). Формирование группы риска беременных по развитию ОКН, наблюдение за ними и проведение профилактических мероприятий с ранних сроков, нацеленных на устранение нарушений моторики кишечника, смогут предотвратить заболевания в более поздние сроки беременности.

Список литературы

1. Салов И.А., Рогожина И.Е., Балабанов Н.Г., Хворостухина Н.Ф. Особенности диагностики и акушерской тактики при острой кишечной непроходимости // Журнал Российского общества акушеров-гинекологов. - 2006. - № 3. – 710 с.
2. Радзинский В.Е. Акушерская агрессия. М.: Изд-во журнала Status Praesens, 2011. 686 с.
3. Айламазян Э.К., Кулаков В.И., Радзинский В.Е., Сидельникова Г.М. Акушерство: национальное руководство. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. 959 с.
4. Арсян С.В. под ред. В.Е. Радзинского. Беременность и роды при экстрагенитальных заболеваниях. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 345 с.
5. Неотложные состояния в акушерстве: руководство для врачей / В.Н. Серов, Е.Г. Сухих, И.И. Баранов и др. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 298–301 с.