

**Джуманов Б.А.,
Абдурахманова К.Н.,
Ким В. О.**

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ

Кафедра акушерства и гинекологии (зав. - Д.М.Н. Зокирова Н.И.) СамМИ
(ректор - проф. Шамсиев А.М.) и Самаркандский филиал
(директор - проф. Ахмедов Ю.М.) РНЦЭМП

Очень мало уделено внимания исследователями влиянию аппендэктомии на организм беременной, ведению до- и послеоперационного периода. Несмотря на высокую частоту осложнений аппендицита во время беременности в доступной литературе имеется незначительное количество работ, посвященных вопросам их профилактики.

Одной из главных задач, которую приходится решать хирургу и акушеру при аппендиците у беременных, является предупреждение и лечение прерывания беременности в различные сроки гестации.

По данным Б.И. Ефимова (1959), прерывание беременности наблюдается у 5,75% больных, причем знаменательно, что в 4,5% оно осложнило хронический аппендицит. На основании этих данных автор полагает, что выкидыш не связан с аппендицитом и носит либо привычный характер, либо имеет связь с операционной травмой.

В то же время Г.И. Иванов (1965), изучая отдаленные результаты оперативного лечения острого и хронического аппендицита у беременных, пришел к выводу о том, что в 5,7% и 11,2% случаев соответственно в разные сроки после выписки возникают выкидыши и преждевременные роды.

Своевременно произведенная аппендэктомия не всегда позволяет избежать осложнений. Несмотря на высокую частоту осложнений аппендицита (до 17%, по мнению Juli C., 1989) во время беременности, в доступной нам литературе имеется незначительное количество работ, посвященных вопросам их профилактики. Поэтому вопрос о сохранении беременности у всех пациенток, перенесших аппендэктомию, остаётся актуальным.

Цель. Разработать оптимальную акушерскую тактику постоперационного ведения беременных, перенесших аппендэктомию.

Материал и методы исследования. Настоящая работа посвящена анализу лечения 50 беременных с острым аппендицитом, поступивших Республиканский Научный центр экстренной медицинской помощи Самаркандский Филиал с 2009 по 2014 год.

Для изучения особенностей клинической картины острого аппендицита у беременных, выработки оптимальной хирургической и акушерской тактики, профилактики возможных осложнений, рассмотрения вопросов терапии, направленной на пролонгирование беременности у женщин, перенесших аппендэктомию проведено продольное ретроспективное обследование 20 женщин и динамическое проспективное

обследование - 30 пациенток.

Ретроспективное исследование проведено по архивным материалам, которые включали данные истории родов и историй болезни женщин, перенесших аппендэктомию, развития новорожденных, статистических журналов и отчетов по СФ РНЦЭМП.

Ретроспективная группа обследуемых пациенток была разделена на две группы.

Первую группу составили 5 беременных, перенесших аппендэктомию, в период с 2009 по 2011 год, у которых для диагностики острого аппендицита не применялись дополнительные методы обследования.

Вторая группа обследованных женщин, состояла из 15 беременных, перенесших аппендэктомию, у которых для диагностики острого аппендицита использовались современные высокотехнологичные методы обследования, за период с 2011 по 2014 год.

Группу проспективного исследования составили 30 женщин, беременность которых осложнилась острым аппендицитом. Для проспективной группы была выработана оптимальная акушерская и хирургическая тактика, разработан дифференцированный выбор хирургического доступа, метода оперативного вмешательства с учетом срока гестации и формы аппендицита; проведена целенаправленная, активная профилактика акушерских и хирургических осложнений в послеоперационном периоде.

Результаты и их обсуждения. Наиболее частым сопутствующим осложнением после перенесенной аппендэктомии является угроза прерывания беременности.

В наших наблюдениях в 68,5% угроза прерывания беременности после перенесенной аппендэктомии сохранялась на всем её протяжении. Полученные нами данные согласуются с данными исследований Н.А. Виноградова (1941), Б.И. Ефимова (1959), Г.И. Иванова (1969). В последующем, в современной литературе причин возникновения, частоты угрозы

прерывания беременности, особенностей терапии и профилактики невынашивания беременности в доступной нам литературе не имеется, ряд авторов указывает на высокий риск самопроизвольных выкидышей в течение первой недели, после перенесенной аппендэктомии (Hunt M.G и соавт., 1989).

По нашим данным, угроза прерывания беременности в течение 14-21 дня после перенесенной аппендэктомии наблюдается в 89,62%.

Разработанная нами схема терапии с использованием спазмолитической, седативной и этиопатогенетической терапии позволила сохранить беременность у всех пациенток, перенесших аппендэктомию в I триместре беременности в проспективном исследовании. Необходимо отметить, что при выявлении клинических и эхографических признаков угрозы прерывания беременности в I триместре беременности, нами использовался дюфастон до 20 недели беременности. Такой же тактики ведения беременности, придерживаются А.Н. Стрижаков и соавт.(2004).

Во II и III триместрах беременности терапия, направленная на снижение угрозы преждевременного прерывания беременности, имеет ряд особенностей.

Терапия угрожающих выкидышей и преждевременных родов проводилась с использованием раствора сульфата магния и дала в 89% положительный результат. В противоположность нашим данным М.О. Най и соавт. (1990) отмечают низкую эффективность профилактического применения сернокислой магнезии.

С целью проведения токолитической терапии нами использовался гексопреналин. Выявлено, что при длительном применении 132-адреномиметиков в 22,6% наблюдений был выявлен послеоперационный парез кишечника, чего не наблюдалось при использовании магнезиальной терапии, это объясняется тем, что 132-адреномиметики способствуют снижению тонуса и моторики кишечника. В связи с этим в проспективном наблюдении с учетом объема перенесенного хирургического вмешательства, операционного стресса, токолитическая терапия во всех наблюдениях начиналась на операционном столе и включала использование инфузионной магнезиальной терапии. Вместе с тем, В.Кол и соавт. (1993) показали отсутствие эффекта от применения токолитиков во время операции. Однако данные авторы рекомендуют мониторное наблюдение за сократительной деятельностью матки в послеоперационном периоде с назначением при необходимости токолитиков.

В проведенном нами исследовании в раннем послеоперационном периоде предпочтение отдавали магнезиальной терапии до 3-х суток, применяемой в сочетании с таблетированными формами (32-адреномиметиков и блокаторами кальциевых

каналов.

У 6% беременных для пролонгирования беременности применяли утрожестан. Токолитическая инфузионная терапия (32-адреномиметиками (гексопреналин 1\2 дозы) проводилась в отсроченном периоде в сочетании с приемом утрожестана. На фоне данной терапии отмечено отсутствие развития признаков послеоперационного пареза кишечника. Данная закономерность, обусловлена тем, что у утрожестана имеется группа (3-метаболитов - это 5-3-прегнандион и 5-3-прегнанолон, оказывающие токолитический эффект, который достигается при любом пути введения в суточной дозе 200-400 мг; возможное сочетание с р2-адреномиметиками не вызывает послеоперационного пареза кишечника и оказывает более сильный токолитический эффект. В литературных источниках описаний данной корректирующей токолитической терапии после хирургических вмешательств нам не встречалось.

В наших наблюдениях при гангренозно-перфоративных формах острого аппендицита пролонгировать беременность не удалось как в проспективном, так и ретроспективном исследованиях. Наши результаты не противоречат данным Д. Мау (1995), Б.О. Алпек (1999).

Одним из наиболее сложных и актуальных вопросов является выбор метода родоразрешения у беременных, оперированных по поводу острого аппендицита.

В наших наблюдениях, методом выбора являлось родоразрешение только через естественные родовые пути. Кесарево сечение в первые дни после аппендэктомии выполняется по абсолютным жизненным показаниям со стороны матери. Еще в 1971 году Е.Г. Дехтярь писала: «Своевременные методы борьбы с перитонитом позволяют в большинстве случаев избежать вмешательства на матке и провести роды естественным путем». Полученные нами данные соответствуют результатам, представленным в работах Л.С. Персианинова (1973), И.Л. Роткова (1988), В.Н. Серова и со-авт.(1997), Г.М. Савельевой и соавт. (2006), А.Н. Стрижакова и соавт.(2006).

Выводы

1. Беременные, перенесшие аппендэктомию, составляют группу высокого риска по невынашиванию беременности, развитию фетоплацентарной недостаточности, инфицированию плода и перинатальной заболеваемости.

2. Угроза прерывания беременности в раннем послеоперационном периоде наблюдается в 89,62% и сохраняется на протяжении гестации у 68,3% беременных.

3. После аппендэктомии должна проводиться комплексная терапия, направленная на пролонгирование беременности в I триместре

беременности:

физический покой, соблюдение режима «bedrest»;
психотерапия, седативные средства: отвар
пустырника, валерианы;

спазмолитическая терапия: но-шпа по 0,04 г 3 раза
в сутки, свечи с папаверином гидрохлоридом 0,02 мг
3-4 раза в сутки;

при появлении клинических симптомов угрозы
прерывания беременности и эхографических
признаков повышенного тонуса миометрия после 7-8
недели беременности показано использование
прогестагенов (утрожестан, дюфастон). При наличии
мажущихся кровянистых выделений и
ультразвуковых признаках частичной отслойки
хориона после 5 недель беременности необходимо
использовать малые дозы эстрогенов.

Во II и III триместрах беременности проводится
токолитическая терапия, включающая:

проведение инфузионной терапии 25% сульфатом
магния на операционном столе во время
хирургического вмешательства, с последующим
продолжением в послеоперационном периоде;

по окончании инфузионной магнезиальной
терапии применение таблетированных форм р2-
адреномиметиков в суточной дозе 3 мг
(гексопреналина) в сочетании с блокаторами
кальциевых каналов;

при купировании симптомов угрозы прерывания

беременности применение таблетированных форм р2-
адреномиметиков в течение 21-30 дней;

при развитии преждевременных родов в раннем
послеоперационном периоде показана профилактика
глюкокортикоидными препаратами респираторного
дистресс-синдрома у новорожденных;

физический покой, соблюдение режима «bedrest»;
применение р2-адреномиметиков и прогестагенов
по схеме:

утрожестан 400 мг однократно, сразу после
оперативного вмешательства + инфузион-
ная токолитическая терапия [32- адреномиметиками
через 6-8 часов;

на 1-е сутки прием утрожестана каждые 6 часов +
таблетированные формы [32- адреномиметиков, в
последующем сочетании;

на вторые сутки - каждые 8 часов;

на третьи сутки - по 300 мг каждые 8 часов;

далее по 100-200 мг каждые 8 часов до
нормализации тонуса матки с последующим
постепенным снижением дозировки;

- дополнительные корректирующие средства
против угрозы прерывания беременности -
спазмолитические и седативные препараты;

4. На степень выраженности и длительность
угрозы прерывания беременности оказывает влияние
клинико-морфологическая форма острого
аппендицита.

Литература

4. Виноградов Н.А. Аппендицит и беременность (клиника, диагностика и терапия). Под редакцией и предисловием П.Н. Петрова. ГИДУВ. 1941:80-85.
5. Дюргунов Л.И. Острый аппендицит в раннем послеродовом периоде. Вестник хирургии им. И.И. Грекова, 1964;т.92;№2:92-93.
6. Курцер М.А Перинатальная смертность и пути ее снижения. Автореф. дисс. ...док.мед.наук. М., 2001:36.
7. Коркан И.П. Острые хирургические заболевания органов брюшной полости у беременных. Дисс.....канд.мед.наук. М.,1991.
8. Козбагаров А. А. Аппендицит и беременность. Акушерство и гинекология. 1959;№ 1:51-54.