

# ЛЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ С ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

<sup>1</sup> Паладий И. К., <sup>1</sup> Кустуров В. И., <sup>1</sup> Стрелцов Л. А.,

<sup>1</sup> Лесков В. В., <sup>2</sup> Георгица В. А.

<sup>1</sup> «Государственный Университет Медицины и Фармации  
им. Николая Тестемицану»,

<sup>2</sup> Лаборатория гепато-панкреато-билиарной хирургии,  
Кафедра хирургии № 1 им. Николая Анестиади,  
г. Кишинев, Республика Молдова

**Введение.** Кишечная непроходимость во время беременности — сложный раздел неотложной хирургии, характеризующийся трудностью диагностики и лечения, высокой материнской смертностью и неблагоприятным прогнозом для плода. Частота кишечной непроходимости у беременных за последние 50 лет увеличилась в 2–3 раза; с частотой — 1 случай на 40 000–50 000 родов. Трудности диагностики данной патологии у беременных связаны с отсутствием классических симптомов заболевания, что обусловлено изменениями топографии органов брюшной полости, а так-

же недостаточным иммунным ответом на заболевание, вследствие изменений в организме беременной, др. Материнская смертность при данном заболевании составляет 35–50 %, а неблагоприятный прогноз для жизни ребенка достигает 60–75 %, что диктует необходимость дальнейшего изучения проблемы с целью снижения заболеваемости и смертности матери и плода.

**Цель исследования:** изучить причины и лечение беременных с острой кишечной непроходимостью.

**Материал и методы.** В Институте Скорой медицинской помощи г. Кишинева за последние 11 лет прошли курс лечения 4 беременных с острой кишечной непроходимостью. При поступлении проведены обследования: лабораторные; УЗИ брюшной полости, УЗИ плода в динамике; рентгенография брюшной полости; консультации гинеколога, хирурга, др. Средний возраст  $30,5 \pm 2,51$  года. Всем госпитализированным беременным уделялось особое внимание, из-за необходимости быстрой диагностики/исключения хирургической патологии и определения тактики лечения.

**Результаты и обсуждение.** При поступлении пациентки жаловались на боли в эпигастрии, животе; тошноту, рвоту, др. Диагноз кишечной непроходимости был установлен после рентгенографии брюшной полости. Больная И., 31 год, 33 недели беременности. Госпитализированна через 22 часа от начала заболевания. В анамнезе — аппендэктомия. Состояние средней тяжести. После обследования, диагноз — острая кишечная непроходимость. Больная Г., 31 год, 31 неделя беременности, 48 часов от начала заболевания. В анамнезе — кесарево сечение. Состояние средней тяжести. Диагноз — острая кишечная непроходимость. Тактика ведения этих пациенток была одинаковой. Проведено экстренное кесарево сечение. Новорожденные обследованы: массой 1900, 2000 г; длиной 41, 43 см; по шкале Апгар 5, 6–7 баллов, и переведены в отделение неонатологии. Затем была проведена операция по устранению кишечной непроходимости — рассечение брюшных спаек, дренирование брюшной полости. Послеоперационное лечение без осложнений.

Пациентка Г., 27 лет, 27–28 недель беременности, 6 часов от начала заболевания. В анамнезе — операция по поводу кишечной непроходимости 2 года назад. Состояние стабильное, Ps 80 уд/мин., АД 120/80 мм рт. ст. После комплексного обследования диагностирована кишечная непроходимость из-за заворота сигмовидной кишки. Проведена колоноскопия с устранением заворота, декомпрессией толстой кишки. Состояние пациентки улучшилось, беременность сохранена. Больная В., 33 года, 8 недель беременности, 4 дня от начала заболевания. В анамнезе — аппендэктомия. Диагноз: высокая частичная кишечная непроходимость. Назначено консервативное лечение, в динамике восстановление кишечного транзита. Состояние пациентки стабильное, Ps 80 уд/мин., АД 120/80 мм рт. ст., беременность сохранена. Результаты лечения у всех 4 беременных положительные: при выписке состояние пациенток удовлетворительное, 2 здоровых новорожденных, 2 беременности сохранены. Средняя продолжительность госпитализации составила  $5,5 \pm 3,8$  койко/дней.

По данным литературы, основной причиной кишечной непроходимости является механическая обструкция, в том числе и у беременных ( $< 70\%$ ). В нашей группе больных ( $n = 4$ ), причиной кишечной непроходимости была механическая обструкция из-за заворота сигмовидной кишки ( $n = 1$ ) и внутрибрюшного спаечного процесса ( $n = 3$ ) после ранее проведенных операций: кесарева сечения, аппендэктомии, рассечения спаек брюшной полости. Проведенные хирургические операции на органах брюшной полости являются факторами риска возникновения кишечной непроходимости, в том числе и у беременных. Диагностика и лечение острой кишечной непроходимости у беременных сложная задача, так как необходимо сохранить жизнь матери и плода, что обуславливает необходимость индивидуального подхода к каждой беременной. Трудности ведения беременных в нашей группе больных были обусловлены поздним обращением, неясной клинической картиной, установлением точного диагноза только после проведения обзорной радиографии живота, индивидуальностью каждой беременной по срокам гестации, сопутствующей патологии, и выбором

метода лечения больных: консервативным, лапароскопическим, хирургическим. Основными показателями эффективности проведенного лечения являются здоровье матери и ребенка.

**Выводы.** В группе исследования причиной механической кишечной непроходимости у беременных стали заворот сигмовидной кишки ( $n = 1$ ) и внутрибрюшной спаечный процесс ( $n = 3$ ) после ранее проведенных операций.

Трудности ведения беременных с острой кишечной непроходимостью в нашей группе больных были обусловлены поздним обращением, неясной клинической картиной, индивидуальностью каждой беременной по срокам гестации и сопутствующей патологии.

Выбор лечебной тактики при кишечной непроходимости у беременных проводился с учетом сохранения беременности. Положительные результаты лечения получены у всех 4 беременных: при выписке состояние пациенток удовлетворительное, 2 живых новорожденных и 2 беременности сохранены.