

© Коллектив авторов, 2015
УДК 618.2/3-089.614.88

Н. И. Изимбергенов, Б. Ж. Каримова, А. С. Койшибаев, Г. Н. Изимбергенова,
К. С. Иманбаев, М. А. Садуов, Б. М. Мухамедгалиева

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ И ТАКТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БЕРЕМЕННЫМ И РОДИЛЬНИЦАМ

Кафедра хирургических болезней № 2 (ректор — проф. Е. Ж. Бекмухамбетов), Западно-Казахстанский государственный медицинский университет им. М. Оспанова, г. Актобе, Республика Казахстан

Ключевые слова: беременные и родильницы, хирургические заболевания, диагностический период, лечение

Введение. Беременность является естественным физиологическим процессом и сопровождается глубокой перестройкой всего организма женщины: снижением защитно-приспособительных свойств, изменениями гормонального и иммунного статусов, падением сопротивляемости к вредным факторам и различным заболеваниям. Возникновение на этом неблагоприятном фоне острых хирургических заболеваний и выполнение оперативных вмешательств могут привести к срыву компенсаторных возможностей организма, представлять серьезную угрозу для жизни матери и ребенка. Как свидетельствуют данные литературы, на сегодня результаты лечения острых хирургических заболеваний у беременных и родильниц намного хуже, чем у обычного контингента больных. Так, например, при остром аппендиците летальность среди беременных в 2–3 раза выше, чем у обычных людей, а при острой кишечной непроходимости — в 4–5 раз [1, 4]. Однако, несмотря на эти особенности, на практике они лечатся так же, как все больные в обычных хирургических стационарах по месту жительства, по тем же стандартам,

что делает уровень и качество лечения неадекватным к изменениям в организме беременных [1, 5, 6]. Цель исследования — разработка и внедрение в практику новых организационных и лечебно-диагностических стандартов оказания неотложной хирургической помощи беременным и родильницам с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости, обеспечивающие адекватность лечения к изменениям в организме беременных и родильниц.

Материал и методы. Сегодня не все лечебные учреждения способны оказывать высококвалифицированную хирургическую помощь такому уязвимому контингенту больных, какими являются беременные и родильницы. Стационары отличаются по уровню организации службы, по материально-техническому оснащению, даже по профессиональному составу работающих в них специалистов. Однако больных госпитализируют по принципу места жительства без учета уровня и возможностей хирургических стационаров. Поэтому мы отказались от общепринятой формы оказания неотложной хирургической помощи с госпитализацией больных в хирургические стационары по месту жительства или по графику ургентных дежурств лечебных учреждений. С 2009 г. на базе госпитальной хирургической клиники создали специальный центр для оказания неотложной хирургической помощи беременным и родильницам при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости, перитонитах после операции кесарева сечения.

Клиника оснащена необходимой лечебно-диагностической технологией, применяются современные

Сведения об авторах:

Изимбергенов Намаз Изимбергенович (e-mail: akad-namaz@mail.ru), Каримова Бахит Жарилгаповна (e-mail: bakyt7@mail.ru), Койшибаев Ануар Султанович (e-mail: anuarmed@mail.ru), Изимбергенова Гулмира Намазовна (e-mail: izimgul78@mail.ru), Иманбаев Кадирбек Сагинбекович (e-mail: imanbaev569@mail.ru), Садуов Мухтар Абдуалиевич (e-mail: sadu70@mail.ru), Мухамедгалиева Ботагоз Молдагалиевна (e-mail: botagoz-med@mail.ru), кафедра хирургических болезней № 2, Западно-Казахстанский государственный медицинский университет им. М. Оспанова, 030019, Республика Казахстан, г. Актобе, ул. Маресьева, 68

инновационные методы лечения абдоминальной патологии и ее осложнений (контрольно-санационные лапароскопии в послеоперационном периоде, санации очагов инфекции озоном, внутрикислечная и внутривенная комплексная озонотерапии и др.). Кроме того, на базе клиники — центра имеются родильное и гинекологическое отделения, отделение реанимации и интенсивной терапии, где базируются соответствующие кафедры медицинского университета. Совместная работа на одной базе разных специалистов, наряду с повышением качества лечения, при необходимости облегчает организацию консультации врачей.

Лечение больных в специализированном центре, совместное ведение больных хирургами и акушерами-гинекологами с момента госпитализации до выписки обеспечивают высокий уровень лечения и адекватность оказываемой хирургической помощи беременным.

Другой не менее важной причиной неблагоприятных исходов лечения является позднее поступление беременных женщин в хирургические стационары [1, 4, 5]. С целью выяснения причин поздней госпитализации больных в хирургические стационары мы провели ретроспективный анализ историй болезней 20 беременных, переведенных в клинику из родильных домов. При этом установлено, что практически во всех случаях возникновения неясных болей в животе у беременных врачи первичного звена (скорой помощи, женской консультации) связывают их, прежде всего, с беременностью и направляют в акушерско-гинекологические учреждения. Они в хирургические стационары поступают поздно, после детального обследования и исключения акушерской патологии (схема, а), на что уходит достаточно долгое время — $(12 \pm 0,4)$ ч. Следовательно, возможность задержки необходимой ургентной операции заложена в самой системе госпитализации беременных. Поэтому мы отказались от этой системы госпитализации беременных с неясными болями в животе в хирургические стационары через акушерско-гинекологические учреждения, внедрили в практику принцип прямой госпитализации в центр, минуя акушерско-гинекологические учреждения.

По предлагаемой нами схеме (б) женщины сразу поступают в центр — хирургическую клинику, где можно проводить все необходимые, в том числе и акушерские исследования, консультации специалистов. Полностью исключается время, затрачиваемое на прохождение эта-

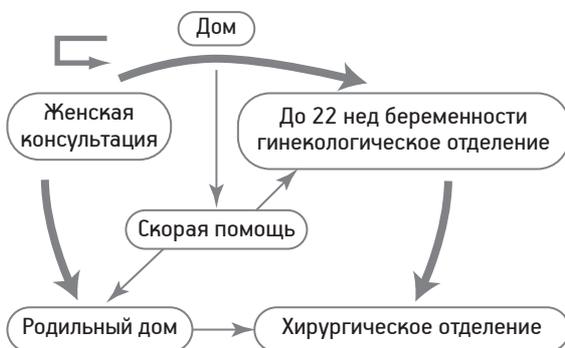
пов обследования и различных консультаций в родильном доме. Единственное — остаются продолжительность диагностического этапа в хирургической клинике и вероятность ошибки в уточнении диагноза. Учитывая известные сложности диагностики острых хирургических заболеваний органов брюшной полости у беременных, мы разработали специальную диагностическую тактику, основанную на строгом лимитировании времени обследования (4–5 ч) с переходом на диагностическую лапароскопию (I триместр) или лапаротомию (III триместр) в неясных случаях.

Таким образом, разработанный алгоритм оказания неотложной хирургической помощи беременным и родильницам с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости предусматривает:

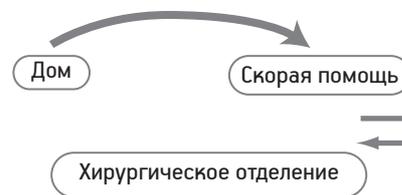
- 1) госпитализацию и лечение в специализированном центре;
- 2) строгое лимитирование срока диагностического этапа (4–5 ч) с переходом в неясных случаях на оперативные методы диагностики;
- 3) лечение осуществляют только опытные хирурги;
- 4) совместное ведение больных с акушерами-гинекологами с момента госпитализации до выписки;
- 5) комплексное использование инновационных методов лечения.

Основные принципы оперативного вмешательства и ведение послеоперационного периода определяются характером острой хирургической патологии, стадией ее развития. Поэтому в данной работе мы их не обсуждаем, ограничились оценкой эффективности разработанной новой формы организации оказания неотложной хирургической помощи и стандарта диагностики острых хирургических заболеваний органов брюшной полости у беременных и родильниц. Они едины для всех, независимо от характера патологии. Для этой цели приводим анализ результатов лечения в центре острого аппендицита как наиболее частой патологии у этого контингента больных.

Результаты и обсуждение. За время функционирования центра (2009–2014 гг.) поступили 311 больных, из них 272 — с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости и 39 — с перитонитом после операции кесарева сечения. Распределение больных



а



б

Алгоритм поступления пациентов в хирургическое отделение.

а — существующая схема; б — предлагаемая схема

Таблица 1

Распределение больных по характеру заболевания, срокам беременности и поступления в центр

Заболевания	Общее число пациентов	Сроки беременности, триместры			Сроки поступления от начала заболевания		
		I	II	III	До 6 ч	До 12 ч	До 24 ч и более
Острый аппендицит	220	48	104	68	32	103	85
Острый панкреатит	18	2	10	6	2	4	12
Острый холецистит	23	3	9	11	3	14	6
Острая кишечная непроходимость	5	1	2	2	3	2	–
Синдром Маллори—Вейсса	4	1	3	–	1	3	–
Ущемленная пупочная грыжа	2	–	–	2	2	–	–
Всего	272 (100%)	55 (20%)	128 (47%)	89 (33%)	43 (15,8%)	126 (46,3%)	103 (37,9%)

по характеру заболеваний, срокам беременности и времени поступления в центр от начала заболевания (табл. 1) показывает, что большинство женщин обращаются к врачам поздно. В первые 6 ч от начала заболевания поступили только 43 (15,8%), значительная часть — 103 (37,9%) больных из 272 поступили от 12 до 24 ч.

В стационаре больные полностью обследованы, им выполняли стандартные лабораторные и инструментальные исследования. Тяжесть состояния больных, степень интоксикации оценивали по интегрированным шкалам APACHE-II, SAPS, тяжесть гнойно-септического процесса — по показателям SIRS. Из 220 больных с правильным диагнозом острый аппендицит диагноз подтвержден у 171 (77,7%). Ошибочный диагноз был у 49 (22,3%). Структура диагностических ошибок представлена в табл. 2.

Такой уровень диагностики острого аппендицита у беременных врачами первичного звена общей лечебной сети (ошибки 23,8%) мы считаем вполне допустимым, даже целесообразным. У этого контингента больных определенная доля гипердиагностики для их судеб более выгодная, чем стремление во что бы то ни стало поставить правильный диагноз, но задержать доставку в хирургический стационар [2].

Таблица 2

Результаты достационарной диагностики острого аппендицита

Установка диагноза	Число больных (%)
Диагноз подтвержден	171 (77,7)
Диагностическая ошибка	49 (22,3)
Всего поступили	220
Пиелонефрит беременных	11
Уростаз	16
Кишечная колика	13
Острый холецистит	3
Гинекологические заболевания	3
Начало родовой деятельности	3

Для оценки эффективности разработанной концепции оказания неотложной хирургической помощи беременным мы анализировали сроки выполнения операции с момента поступления больных в центр и степень морфологических изменений в отростке при остром аппендиците у беременных (табл. 3).

Как видно, основная часть больных оперированы в первые 2–4 ч — 105 (61,4%), 43 (25,1%) — в течение 4–6 ч и лишь 23 (13,5%) — в пределах 6–8 ч. Последнее было связано с перво-

Таблица 3

Сроки выполнения операции и их результаты

Морфологические формы аппендицита	Сроки выполнения операции с момента госпитализации			Послеоперационные осложнения	
	2–4 ч	4–6 ч	6–8 ч	Раневое	Интраабдоминальное
Катаральный	92	–	–	4	–
Флегмонозный	12	43	19	3	5
Гангренозный	1	–	4	1	–
Перитонит при поступлении:					
местный неограниченный	3	8	17	–	–
распространенный	–	–	–	–	–

начальным отказом больных от предложенных оперативных вмешательств или задержкой в связи с ожиданием родственников.

Об адекватности сроков выполненных операций можно судить также и по степени морфологических изменений в червеобразном отростке, и наличию осложнений заболевания, выявленных на операции. Из 171 оперированного катаральная форма изменений в отростке выявлена у 92 (53,8%), флегмонозная — у 74 (43,3%) и лишь у 5 (2,9%) — гангренозная форма острого аппендицита. У 28 (6,1%) женщин на операции выявлен местный неотграниченный серозно-гнойный перитонит. Таким образом, разработанная диагностическая тактика позволяет оперировать больных в более ранние сроки заболевания еще до развития гнойно-септических осложнений.

В 1-е же сутки после операции всем больным назначали сохраняющую терапию (успокаивающие, витамины С, В, Е, ректальные свечи, токолитики и др.), которую определяли совместно с врачами-акушерами-гинекологами. Антибиотикотерапию проводили только у 2 женщин, у которых в послеоперационном периоде развились интраабдоминальные осложнения — распространенные формы перитонита.

Послеоперационные осложнения наблюдались у 13 (7,6%) больных, из них у 8 — раневые (нагноение и инфильтрация) и у 5 — интраабдоминальные (у 3 — местные перитониты, у 2 — распространенные перитониты), которые требовали повторных операций. Все больные выздоровели, летальных исходов не было.

По данным А. Н. Стрижакова [7], перинатальная смертность при неосложненном остром аппендиците составляет 2–17%, при его деструктивных формах — 20–50%, а в более поздние сроки, когда развивается перитонит, доходит до 90%. Поэтому представляло интерес изучение у наших больных влияния хирургического вмешательства на течение беременности. Такие осложнения течения беременности мы наблюдали у 1 из 171 оперированной женщины (0,6%), у которых в срок беременности 11–12 нед через 4 ч после обычной аппендэктомии по поводу острого флегмонозного аппендицита, местного серозного перитонита развился аборт «в ходу». После осмотра гинеколога произведена *abrasio cavı uteri*.

Таким образом, своевременные оперативные вмешательства в более ранние сроки заболевания, совместное ведение больных с акушерами-гинекологами позволяют предупредить и перинатальную смертность.

Организация центра оказалась наиболее эффективной в лечении перитонитов после операции кесарева сечения. За указанное время под нашим наблюдением находились 39 больных с перитонитом после операции кесарева сечения. Из них у 16 (41%), где причиной возникновения перитонита была несостоятельность швов на матке, были выполнены органосохраняющие операции: иссечение краев раны на матке, наложение вторичных швов на матке. Все операции закончились успешно, материнской смертности не было. Организация центра привела не только к улучшению количественных показателей — результатов лечения, предупреждению материнской смертности, но и обеспечению качественно нового уровня лечения — по дифференцированным показаниям выполнять органосохраняющие операции.

Выводы. 1. Организация специального центра для оказания неотложной хирургической помощи беременным и родильницам, совместное ведение больных врачами-хирургами и акушерами-гинекологами обеспечивают адекватность уровня и качество лечения беременных, улучшают результаты лечения.

2. Использование разработанной, основанной на строгом лимитировании диагностического периода (4–5 ч) с переходом в неясных случаях на диагностическую лапароскопию (I триместр) или лапаротомию (II–III триместры) тактики обеспечивает своевременность диагностики острых хирургических заболеваний и исключает возможные диагностические ошибки.

3. Организация специального центра оказалась наиболее эффективной в лечении перитонита после операции кесарева сечения: предупреждает материнскую смертность, позволяет пересмотреть существующую, основанную на удалении матки, как источника инфекции, тактику лечения; по дифференцированным показаниям — выполнять органосохраняющие операции.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Айламазян Э. К., Новиков Б. Н., Павлова Л. П. и др. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в акушерской практике. СПб.: ООО «Изд-во Н-Л», 2002. 432 с.
2. Изимбергенов Н. И., Изимбергенов М. Н., Каримова Б. Ж. Особенности диагностики и лечения острых хирургических заболеваний органов брюшной полости у беременных и родильниц. Актобе: Nobel, 2012. 156 с.
3. 50 лекций по хирургии / Под ред. В. С. Савельева. М.: Медицина, 2003. 32 с.
4. Ротков И. Л. Диагностические и тактические ошибки при остром аппендиците. М.: Медицина, 1988. 208 с.
5. Савчук Б. С. Гнойный перитонит. М.: Медицина, 1979. 180 с.
6. Справочник по акушерству, гинекологии и перинатологии / Под ред. Г. М. Савельевой. М.: МИА, 2006. 720 с.
7. Стрижаков А. Н., Баев О. Р., Рыбин М. В. Физиология и патология послеродового периода. М., 2004. 120 с.

Поступила в редакцию 15.04.2015 г.

N.I. Izimbergenov, B.Zh.Karimova, A.S.Koishibaev,
G.N.Izimbergenova, K.S.Imanbaev, M.A.Saduov,
B.M.Mukhamedgalieva

ORGANIZATIONAL AND TACTICAL FEATURES OF EMERGENCY SURGERY PERFORMANCE FOR PREGNANT WOMEN AND PUERPERAS

Department of surgical diseases № 2, M.Ospanov Western-
Kazakhstan State Medical University, Aktobe, Kazakhstan

The results of treatment of acute surgical diseases are worse in pregnant women, than in ordinary people, because of changes in patient's organism. However, these patients would be treated the same way as ordinary patient according to conventional standards. The authors launched the special centre for treatment of acute surgical diseases of abdominal cavity for pregnant women and puerperas in order to provide the adequacy of treatment to

the changes of patient's organism. There was suggested a new standard of diagnostics, based on limited term (4–5 hours) with the following diagnostic laparoscopy or laparotomy in obscure cases. The experience of treatment of 171 patients with acute pancreatitis proved the high efficacy of the new strategy and developed standard of diagnostics. The main part of the patients were operated at the first 2–4 hours (105 patients — 61,4%) after hospitalization and 43 (25,1%) patients — within 4–6 hours. The cataral form (92 patients — 53,8%) and phlegmonous (74 patients — 43,3%) form of the appendix changes were revealed in majority of patients. The gangrenous appendicitis was detected in 5 cases (2%). All the patients recovered. There wasn't maternal or perinatal mortality.

Key words: *surgical diseases, centre of emergency surgery, surgical assistance for pregnant women and puerperas, limited term of diagnostics, adequacy of treatment*