

ЕВОЛЮЦІЯ ХІРУРГІЧНОЇ ТАКТИКИ У ЛІКУВАННІ ВАГІТНИХ З ГОСТРОЮ ХІРУРГІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ ОРГАНІВ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ТРИМЕСТРУ.

Стець М.М., Павлючик А.В., Черненко В.М., Токунов А.Б., Орлич О.М..

Кафедра хірургії, анестезіології та інтенсивної терапії післядипломної освіти, Національного медичного університету імені О.О. Богомольця.

Вступ

Гостра хірургічна патологія органів черевної порожнини, яка вимагає хірургічного втручання, у вагітних за даними ВООЗ складає від 12,5 % до 16,4 % від загальної кількості. Актуальним в даній популяції є профілактика передчасних родорозршень та інших ускладнень під час вагітності. Особливої актуальності набуває вибір хірургічного втручання у вагітних в залежності від триместру.

Мета

Профілактика передчасних родорозршень шляхом удосконалення методів діагностиків та вибору хірургічної тактики у вагітних з гострою хірургічною патологією.

Матеріали та методи

У КНП «Київська міська клінічна лікарня №1» з 2016 року до 2021 року включно було госпіталізовано 1001 вагітну з підозрою на гостру хірургічну патологію органів черевної порожнини. З них 124 жінок (12,4%) потребувало хірургічного втручання. 877 вагітних(87,6%), які не потребували оперативного лікування звертались з: синдром подразненого кишечника – 547 жінки (62,4 %), ниркова коліка – 163 жінки

(18,6 %), загострення холецистопанкреатиту – 82 жінки (9,3 %), тромбофлебїти/ флеботромбози – 28 жінки (3,2 %), неускладнені геморої – 36 жінок (4,1 %), з копростазом – 12 жінок (1,3 %) та 9 жінок з вправимими килами (1,1%). Жінкам, які потребували хірургічне лікування виконувалось: апендектомія – 82 жінок(66%), з них у першому триместрі – 45 жінок(55%) та в другому триместрі – 15 жінок(18,2 %), лапароскопічна холецистектомія 17 осіб – (13,7 %), плікація поверхневої стегнової вени та операція Троянова-Тренделенбурга – 11 жінок (8,9 %), герніосічення – 6 жінок (5%), усунення кишкової непрохідності – 4 жінки (3,2 %), контактна літотрипсія – 2 жінки (1,6 %), гемороїдектомія при кровотечі з гемораїдального вузла – 1 жінка(0,8 %), кровотеча з виразки шлунку – 1 жінка(0,8 %).

Результати та обговорення

Всім вагітним проводились необхідні клініко-лабораторні та інструментальні методи дослідження відповідно до оновлених клінічних протоколів надання хірургічної допомоги вагітним. В окремих випадках було виконано магнітно-резонансну діагностику та комп'ютерну томографію для деталізації поширення патологічного процесу та відповідно вибору методу оперативного втручання.

Враховуючи вище зазначену структуру хірургічної нозології у вагітних, що 50 % хірургічних втручань з використанням мініінвазивних методів лікування припадає на I триместр вагітності. У другому триместрі у 24 % випадків використовували, також, мініінвазивні технології при лікуванні гострого апендициту та гострого холециститу. В III триместрі мініінвазивні технології використовувались в 8%.

Токолітична терапія використовувалась, як при передопераційній підготовці, так і інтраопераційно, що суттєво впливає на профілактику передчасних пологів та ускладнень вагітності.

Післяопераційних ускладнень в даній популяції не спостерігалось.

Висновки

1. Мініінвазивні технології, які запроваджені в клініці є методом вибору лікування гострої хірургічної патології органів черевної порожнини, незалежно від триместру.
2. Впровадження мініінвазивних методів дало можливість скоротити кількість перебування вагітних в стаціонарі та використання їх в III триместрі вагітності (8% від загальної кількості оперованих).
3. Деталізація діагнозу у вагітних з гострою хірургічною патологією за допомогою новітніх методів діагностики, дала можливість вибору тактики та методології хірургічного лікування.