

Литература:

1. Branched-chain amino acid supplementation promotes survival and supports cardiac and skeletal muscle mitochondrial biogenesis in middle-aged mice./ D'Antona [et al.] // Cell Metab. – 2010. – V. 12, N 4. – P. 362-72.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСТРЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Петрашенко И. И.

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»

Проблема диагностики и своевременного лечения острых хирургических заболеваний у беременных до настоящего времени остается актуальной, так как поздняя диагностика и, соответственно, оперативное вмешательство способствуют росту материнской и перинатальной смертности [1, 2]. В общей структуре острых хирургических заболеваний весомое положение занимают такие заболевания, как острый аппендицит, острый холецистит и острый панкреатит [3]. Диагностические и тактические ошибки при остром животе у беременных обусловлены тем, что прогрессирующая беременность меняет характерные клинические симптомы острых хирургических заболеваний брюшной полости, а традиционные методы исследования бывают недостаточно информативными. В последнее время в литературе появилось большое количество публикаций об эффективности использования видеолапароскопии в диагностике и лечении острых хирургических заболеваний органов брюшной полости у беременных на всех сроках гестации с минимальными осложнениями [1, 4, 5].

Цель работы: оценить эффективность применения видеолапароскопических операций в диагностике и лечении острой абдоминальной патологии на разных сроках беременности.

Материалы и методы. Работа базируется на результатах анализа диагностики и лечения острой абдоминальной патологии у 42 женщин с разными сроками беременности за период с 2014 по 2016 г. Возраст женщин колебался в пределах от 18 до 40 лет, а сроки беременности – от 10 до 34 недель. В I триместре поступили 12 женщин (28,57%), во II триместре – 25 (59,52%), в III триместре – 5 (11,91%). У 19 из них был острый катаральный ап-

пендицит, у 15 – флегмонозный, у 2 – гангренозный с явлениями местного неограниченного серозного перитонита, у 4 – острый флегмонозный калькулезный холецистит, у 1 – острый катаральный калькулезный холецистит, у 1 – хронический калькулезный холецистит, киста яичника справа. Протокол обследования включал традиционные клиничко-лабораторные и современные малоинвазивные (видеолапароскопия) и неинвазивные методы исследования (УЗИ). Все операции были проведены под общим обезболиванием. У пациентов в I триместре беременности первый 10 мм троакар вводили под пупком. Во II и III триместрах беременности применяли метод открытой лапароскопии Hassen и первый троакар вводили в эпигастрии по средней линии или ниже и справа мечевидного отростка грудины. Давление углекислого газа в брюшной полости поддерживали на уровне 10-12 мм рт. ст.

Результаты и их обсуждение. Характерная клиническая симптоматика была достаточной для установления окончательного диагноза острого аппендицита без дополнительных методов исследования у 8 из 36 беременных, хотя у 5 из них при УЗИ брюшной полости были обнаружены косвенные признаки острого аппендицита (наличие экссудата или инфильтрата в подвздошной ямке справа). Им была выполнена традиционная лапаротомия: флегмонозный аппендицит обнаружен у 7, гангренозный – у 1 беременной. Сроки стационарного лечения в послеоперационном периоде составили 8-9 суток у 6 пациентов, 10-14 суток – у 2. Роды естественным путем состоялись у 7 женщин, оценка по шкале Апгар составила 7-8 баллов, одной роженице сделано кесарево сечение (у нее вся беременность протекала с угрозой прерывания) в связи с острым дистрессом плода, ребенок родился с признаками задержки внутриутробного развития, малой массой (от 2500 до 2600 г) и оценкой по шкале Апгар 5-7 баллов. Остальным 34 беременным (80,95%) после проведения диагностической видеолапароскопия, которая оказалась информативной во всех случаях, была проведена лапароскопическая аппендэктомия. В I и II триместрах беременности увеличенная матка не вызывала значительные трудности при проведении аппендэктомии. Размеры матки в III триместре требовали соблюдать особую осторожность при формировании дополнительных

портов в брюшной стенке и существенно ограничивали проведение манипуляций в нижнем и среднем этажах брюшной полости. При выполнении лапароскопических холецистэктомий в такие же сроки беременности размеры матки существенно не мешали. Несмотря на это, одна из трех urgentных операций требовала конверсии в связи с наличием хрящеподобного инфильтрата в гепатодуоденальной связке и была закончена традиционным путем через доступ по Федорову. В одном случае лапароскопическая холецистэктомия по поводу хронического калькулезного холецистита была выполнена в качестве симультанной операции у пациента с кистой яичника справа, на фоне беременности сроком 27 недель. Послеоперационный период у этих беременных проходил гладко. Осложнений со стороны брюшной полости или брюшной стенки, а также явлений угрозы прерывания беременности не наблюдалось. Все беременные были выписаны на 4-5 сутки после операции на амбулаторное лечение. Из 34 пациентов, перенесших лапароскопическую аппендэктомию, у 20 женщин беременность закончилась физиологическими родами через естественные родовые пути в сроке 37-40 недель. Новорожденные родились с оценкой по шкале Апгар от 7 до 9 баллов, массой от 2750 до 3900 г. Задержки внутриутробного развития, острого или хронического дистресса плода не наблюдалось. В одном случае беременная в возрасте 39 лет перенесла лапароскопическую аппендэктомию по поводу острого гангренозного аппендицита и местного серозно-фиброзного перитонита во II триместре, было проведено родоразрешение путем операции кесарева сечения в 40 недель беременности в связи с длительным бесплодием, а также с наступлением беременности после экстракорпорального оплодотворения. Масса новорожденного 3900, развивается хорошо. У 13 женщин беременность сохранена и продолжается.

Выводы. Таким образом, эндовидеохирургические вмешательства имеют все достоинства малоинвазивных операций и существенные преимущества перед традиционными. Применение видеолапароскопии позволяет снизить частоту хирургических и акушерских осложнений, количество перинатальных потерь, — именно поэтому могут быть широко использованы в диагностике и лечении беременных при острой абдоминальной патологии.

Литература:

1. Беженарь, В. Ф. Роль лапароскопии в диагностике и лечении острого аппендицита у беременных / В. Ф. Беженарь, А. Е. Борисов, Б. Л. Цивьян // Журнал акушерства и женских болезней.- 2006.- № 3.- С. 70-77.
2. Доброквашин, С. В. Особенности диагностики острого аппендицита при беременности / С. В. Доброквашин, А. Г. Измайлов, Д. Е. Волков [и др.] // Практическая медицина.-2010.-№ 8.- С. 58-61.
3. Опыт лечения беременных пациенток с острой хирургической патологией / В. А. Бондаренко, М. В. Турбин, О. Л. Дегтярев [и др.] // Эндоскопическая хирургия.-2013.-№ 1.-С. 143-144.
4. Сажин, В. П. Лапароскопическая аппендэктомия при беременности // В. П. Сажин, Д. Е. Климов, И. В. Сажин [и др.] // Хирургия.-2009.- № 2.-С. 12-15.
5. Стрижаков, А. Н. Острый аппендицит и беременность / А. Н. Стрижаков, Т. Г. Старкова, М. В. Рыбин [и др.] // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. - 2006.-Том 5, № 6.-С. 54-60.

СТРУКТУРА АНОМАЛИЙ КРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ, ВЫЯВЛЕННЫХ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПЛАНОВОЙ КРОНАРОАНГИОГРАФИИ

Плащинская А. В.

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Аномалии коронарных артерий (Q24.5 по МКБ 10) – сравнительно редкая на сегодняшний день патология, которая встречается в среднем в 0,6-1,8% от объема всех проводимых коронарографий. Длительное время они могут протекать бессимптомно, но часто являются причиной развития многих патологических состояний: дисфункции миокарда, стенокардии, инфаркта миокарда, аритмий, синкопальных состояний. В структуре причин внезапной сердечной смерти молодых спортсменов аномалии коронарных артерий составляют 13,7%.

До настоящего времени все известные данные по анатомии коронарных артерий носят описательный характер, критерии «нормы» отсутствуют, как и не существует разграничения понятий «вариантная анатомия» и «аномалия» коронарной артерии. Согласно Консенсусу 2000 г., принятому Обществом грудных хирургов и хирургов, оперирующих врожденные пороки сердца, существует следующая классификация аномалий коронарных артерий: 1) аномальные коронарные артерии, отходящие от легоч-