

ОСТРАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ У БЕРЕМЕННЫХ

Доцент Гузэль Амировна
Гатина

кафедра акушерства и
гинекологии ДГМА

«Острый живот»-это

остро возникшие процессы в брюшной полости, угрожающие жизни, от которых больные могут быть излечены только с помощью экстренного хирургического вмешательства.



Важно!

- Все заболевания с картиной острого живота требуют немедленной госпитализации, своевременной и правильной диагностики и оказания неотложной помощи (как правило, хирургического лечения).



Частота возникновения заболеваний, приводящих к симптомам «острого живота» во время беременности – 0,2%.

Из них около 90% приходится на острый аппендицит.

Причины «острого живота» во время беременности

- 1. Заболевания ЖКТ: аппендицит, холецистит, гастрит, заболевания кишечника.
- 2. Гинекологические заболевания: перекрут ножки кисты, разрыв кисты, нарушение питания миомы.
- 3. Осложнения беременности и родов: преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, угрожающий и свершившийся разрыв матки, септические осложнения.
- 4. Заболевания органов, расположенных вне брюшной полости: почки, легкие, сердце.

Исходы для беременной

- Летальность в 2-6 раза выше, чем у небеременных женщин (до 5,7%).
- Преждевременное прерывание беременности, внутриутробное инфицирование.
- Гибель плода и новорожденного вследствие ВУИ, интоксикации, гипертермии.

Особенности клиники «острого живота» во время беременности

- Значительное изменение топографии органов брюшной полости
- Недоступность для пальпации органов, оттесненных маткой
- Изменения иммунной системы женщины и рефлексов с передней брюшной стенки.

Ведущие признаки острого живота при беременности

- Боли, сопровождающиеся тошнотой и рвотой
- Защитное напряжение мышц
- Симптомы раздражения брюшины (выражены не всегда)
- Вздутие живота, притупление перкуторного звука в отлогих местах

Проблема «острого живота»

Трудности диагностики

Изменение
топографии
органов

Снижение тонуса
гладких мышц

Гормональная
перестройка

Снижение
реактивности
организма

Расширение
сосудов
матки и таза



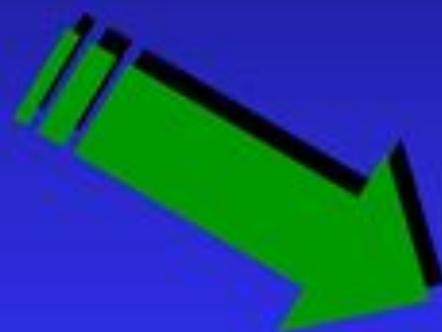
Хирургические причины острого живота во время беременности

Острый аппендицит	1: 800 - 2000
Острый холецистит	1: 1000 – 2000
Острая кишечная непроходимость	1: 1500 – 66500
Острый панкреатит	1: 3000 – 11000

Риск развития осложнений беременности при острых заболеваниях брюшной полости

Осложнения

- Прерывание беременности
- Инфицирование плода, матки, плаценты.
- Гибель плода и новорожденного



Принципы хирургических вмешательств при беременности

- при клинике острого живота показано немедленное хирургическое вмешательство
- если операция не является экстренной и может быть отложена, лучше отложить хирургическое вмешательство до второго триместра или послеродового периода
- при подострых ситуациях решение о проведении оперативного вмешательства следует принимать осторожно
- предоперационная подготовка включает адекватную гидратацию, наличие препаратов крови и соответствующую премедикацию, не уменьшающую оксигенацию крови матери и плода
- обеспечение адекватной анестезии
- предупреждение материнской гипотензии (избегать положения на спине)
- следует избегать излишних манипуляций на беременной матке
- при отсутствии акушерских показаний к проведению операции кесарева сечения не следует производить кесарево сечение вместе с хирургическим вмешательством

Острый аппендицит

Частота
от 0,7 до 1,2 %

Заболеваемость
у беременных
в 10 – 15 раз выше

Деструктивные
формы
встречаются
в 2-3 раза чаще

Трудности диагностики

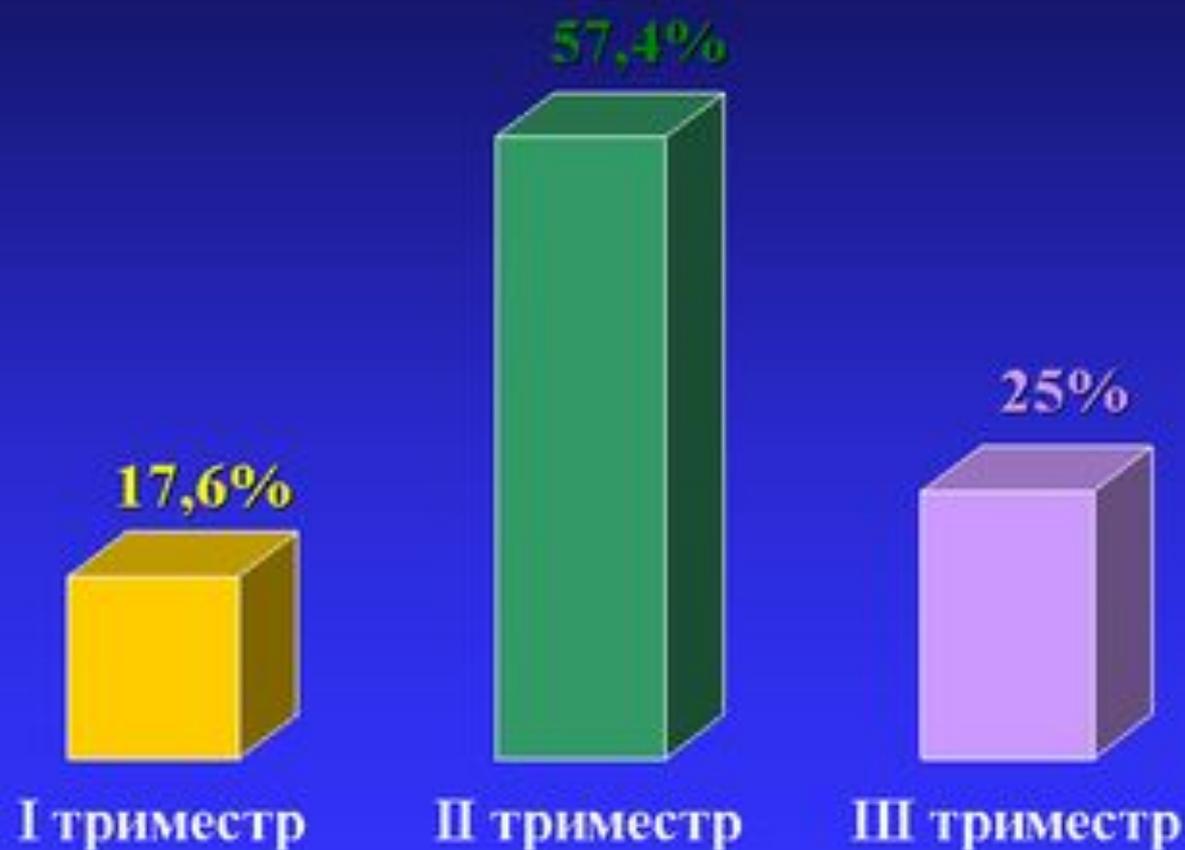
Особенно затруднителен дифференциальный диагноз острого аппендицита с такими заболеваниями, как острый пиелонефрит, почечная колика, отслойка плаценты, нарушение питания миоматозного узла.



Симптомы острого аппендицита:



Частота острого аппендицита в зависимости от срока беременности



Время от начала заболевания до операции аппендэктомии у беременных.



Частота встречаемости различных форм острого аппендицита в зависимости от срока беременности



Частота встречаемости различных форм аппендицита у беременных.



Дифференциальная диагностика

- ✓ Острый сальпингит
- ✓ Разрыв кисты желтого тела
- ✓ Перекрут ножки опухоли яичника
- ✓ Нарушенная внематочная беременность
- ✓ Отслойка плаценты
- ✓ Преждевременные роды
- ✓ Нарушение питания миоматозного узла
- ✓ Острый пиелонефрит
- ✓ Острый холецистит
- ✓ Острое нарушение мезентериального кровообращения.

"Смерть от аппендицита - это смерть от промедления!"

Оперативное лечение

Катаральный

чем больше срок,
тем выше разрез

ушивание раны
наглухо

Деструктивные
формы

нижнесрединная
лапоротомия

дренирование
брюшной полости

Причины возникновения угрозы прерывания беременности при развитии острого аппендицита 15%

- ❖ **Инфицирование матки контактным путем - по брюшине, через фимбриальный конец маточных труб;**
- ❖ **Гнойные метастазы из червеобразного отростка в плаценту, оболочки, в стенку матки;**
- ❖ **Действие альфа-фосфолипазной системы некоторых бактерий, специфическая активность которой намного выше активности фосфолипазы хориона, амниона, децидуальных оболочек;**
- ❖ **Повышение внутрибрюшного давления;**
- ❖ **Рефлекторная передача раздражения с брюшины отростка на брюшину, покрывающую матку;**
- ❖ **Формирование спаек, способствующих преждевременным сокращениям матки.**

Профилактика преждевременных родов



Спазмолитическая терапия:

- Но-шпа
- Папаверин

Токолитическая терапия:

- Сернистая магнезия
- β -миметики (гинипрал, партусистен)

Антибактериальная терапия:

- Пенициллины
- Цафалоспорины
- Макролиды



При развитии родовой
деятельности в конце третьего триместра,
тормозить родовую деятельность
не нужно!

Аппендикулярный перитонит



Лечение

I триместр

Аппендэктомия,
санация и дренирование
брюшной полости

II-III триместр

Кесарево сечение
экстирпация матки
с трубами

Массивная
антибактериальная
терапия

Прерывание
беременности

Аппендэктомия,
санация и дренирование
брюшной полости

Массивная
антибактериальная
терапия

Острая кишечная непроходимость

Частота встречаемости :
1- 3 случая на 10.000
беременностей

Рост операций на
органах брюшной
полости.

+

Рост
воспалительных
процессов
гениталий.

Рост осложненной
спаечной болезни.

Виды кишечной непроходимости



Причины кишечной непроходимости

Инвагинация кишки – 5%

Грыжи, карцинома, аппендицит – 5%

Другие причины – 10%

Симптомы и диагностика кишечной непроходимости

I

Классическая триада

Боль в животе 98%

Задержка стула и газов 95%

Рвота 80%

II

Симптомы раздражения
брюшины

Резонирующие кишечные
шумы 55%

III

Лихорадка, олигурия, шок

IV

При рентгеновком исследовании:
уровни жидкости, чаши «Клойбера»

Лечение

Консервативная терапия

- Стимуляция кишечника:
 - Промывание желудка
 - Сифонная клизма
- Прозерин, церукал, убретид

Прерывание беременности
(на ранних сроках)
При отсутствии эффекта
от лечения

Лечение

Хирургическое лечение

Интенсивная терапия:
Стабилизация гемодинамики
Ликвидация гиповолемии
Коррекция водно-
электролитных нарушений

В поздних сроках:
Кесарево сечение на первом
этапе.

Прерывание беременности
(на ранних сроках)

Срединная лапаротомия
Устранение причин
непроходимости
Назоинтестинальная интубация
Санация и дренирование
брюшной полости

Острый холецистит и холедохолитиаз



**Острый
деструктивный
холецистит**

**1 случай
на 6.500 – 25.000
беременностей**

Факторы развития желчекаменной болезни и острого холецистита у женщин

Высокий паритет

Прием оральных контрацептивов в анамнезе

Беременность

Повышение литогенных свойств желчи

Изменение моторики желчевыводящих путей

Стаз желчи (особенно во II и III триместрах)

Клинические признаки острого холецистита

Типичные

Анорексия, тошнота, рвота,
субфебрильная температура,
боль в правом подреберье.

Атипичные

боль в эпигастрии,
боль в правой
подлопаточной области,
боль в левом верхнем
квадранте живота.

Симптомы

Ортнера

Мюсси

Бояса

Кера

Дополнительные методы исследования

Клинический анализ крови:
Лейкоцитоз с палочкоядерным сдвигом, ↑ СОЭ

Анализ мочи:
↑ уробилина
желчные пигменты

Биохимический анализ крови:
незначительное ↑ aminotransferaz
↑ щелочной фосфатазы
↑ билирубина



УЗИ:
наличие конкрементов,
изменения стенки желчного пузыря,
расширение внепеченочных и
внутрипеченочных желчных протоков.

Дифференциальная диагностика



Лечение



В сроке беременности более 36 недель после стихания острого процесса показано досрочное родоразрешения (через естественные родовые пути).

Кесарево сечение - только по акушерским показаниям.

Лечение

Хирургическое лечение



При деструктивных формах острого холецистита с явлениями перитонита - экстренная операция после проведения предоперационной подготовки.

При положительном эффекте от консервативной терапии операцию выполняют через 3-4 недели от начала заболевания.

Острый панкреатит

**Частота встречаемости
1 случай на
3.000 – 11.000 беременностей**



Причины острого панкреатита

- 1. Механические (билиарно - панкреатический, или дуоденально - панкреатический рефлюкс, внутрипротоковая гипертензия и др.);**
- 2. Нейрогуморальные (стрессовые ситуации, «гормональные» панкреатиты у беременных в связи с повышением стероидогенеза и др.);**
- 3. Токсико-аллергические (инфекция, иммунобиологические нарушения, влияние лекарств).**

Предрасполагающие моменты к возникновению острого панкреатита у беременных

Прогестерон



Стаз желчи,
атония желчного
пузыря

I

II

Повышенное
внутрибрюшного
давления



Интрадуктальный
стаз

III

Спазм сфинктеров
желчных протоков



Клинические признаки острого панкреатита

Боль в эпигастрии
тошнота, многократная рвота
субфебрилитет, тахикардия
«резиновый живот»

Симптом
Керте

Симптомы

Симптом
Мейо-
Робсона

Симптом
Грея - Тернера

Симптом
Грюнвельда

Симптом
Мондора

Панкреонекроз !

Симптомы панкреатита

- Для диагностики острого панкреатита существует серия специальных симптомов, ценность которых различна. Приведём некоторые из них, наиболее важные.
- **Симптом Мондора** - фиолетовые пятна на лице и туловище, симптом **Турнера** - цианоз боковых стенок живота. Появление этих симптомов объясняется действием ферментов и нарушением гемодинамики.
- **Симптом Керте** - болезненная резистентность в виде поперечной полосы в эпигастральной области на 6-7 см выше пупка.
- **Симптом Воскресенского** - отсутствие пульсации брюшной аорты в эпигастральной области.
- **Симптом Мейо-Робсона** - болезненность при надавливании кончиками пальцев в левом рёберно-позвоночном углу.
- **Симптом Махова** - гиперэстезия кожи выше пупка.
- **Симптом Чухриенко** - болезненность в эпигастральной области при толчкообразных движениях брюшной стенки снизу вверх и спереди назад кистью врача, помещённой поперёк живота ниже пупка.

Дополнительные методы исследования



Повышение липазы
крови в 10 раз и более

Повышение амилазы
крови в 2 –20 раз

~~Лапароскопия
Ангиография
РПХГ~~



Ультразвуковая
диагностика

Дифференциальная диагностика

- ✓ **Ранний токсикоз**
- ✓ **Презкламписия**
- ✓ **Прервавшаяся эктопическая беременность**
- ✓ **Острый холецистит**
- ✓ **Острая кишечная непроходимость**

Лечение (консервативная терапия)

1. Инфузионная терапия;
2. Прекращение энтерального питания;
3. Назогастральный зонд для удаления желудочного содержимого;
4. Анальгетики, спазмолитики парентерально;
5. Парентеральное питание -
следует начинать как можно раньше для нормализации состояния плода;
6. Ингибиторы ферментов (трасилол, контрикал);
7. Антибактериальная терапия показана при панкреонекрозе.
8. При возникновении угрозы прерывания - беременность не пролонгируют.

Панкреонекроз

Развитие тяжелых полиорганных нарушений:

Респираторный дистресс-синдром взрослых

Панкреатический шок

Печеночно-почечная недостаточность

Метаболические нарушения

ДВС-синдром

Гнойно-септические осложнения.

Хирургическое лечение



Прерывание беременности при сроке до 12 недель.

После 36 недель досрочное родоразрешение через естественные родовые пути.

Хирургическое вмешательство показано при гнойно-септических осложнениях .

В третьем триместре при наличии панкреатогенного перитонита производится кесарево сечение с последующим удалением матки с трубами и широкое дренирование брюшной полости.

Некроз миоматозного узла.

- Встречаемость миомы матки - 0,2%-2,0% случаев.
- 70% женщин с миомой имеют возраст старше 30 лет.
- В 7-10% случаев течение беременности осложняется некрозом миоматозного узла.

Причины некроза миоматозного узла у беременных

- Сдавление снаружи (костями таза) и изнутри (плодом).
- Смещение мышечных волокон друг относительно друга.
- Перекрут ножки подбрюшинного узла.
- В послеродовом периоде из-за инволюции матки.

Принципы лечения

- У возрастных первобеременных по возможности консервативное ведение до жизнеспособного плода.
- Показания к операции: некроз ножки подбрюшинного узла, ущемление опухоли в малом тазу, разрыв капсулы, инфицирование.

Особенности оперативного лечения

- Объем операции – от энуклеации узлов до экстирпации матки.
- При операции на беременной матке ее не выводят в рану, удаляют только узлы, послужившие показанием к операции.
- После операции – сохраняющая терапия.
- Осложнения: тромбозэмболии и септические осложнения.

Перекрут ножки опухоли яичника

- Встречаются в 0,15%-1,3% беременных.
- Преобладают дермоидные (50%) и эпителиальные (40%) кисты. Ретенционные кисты – 30% случаев.
- Частота малигнизации кист сопоставима с таковой вне беременности.

Причины перекрута кисты яичника

- Чаще всего у многорожавших, после 14 недель беременности, когда опухоль оттесняется в брюшную полость.
- При уменьшении матки в послеродовом периоде.
- Провоцируется физической нагрузкой, но может наступить и в покое.

Клиника

- Зависит от степени перекрута кисты : полного (осложняется перитонитом) или неполного (осложняется перитонитом или кровотечением).
- Могут присоединиться симптомы острой кишечной непроходимости.



Дифференциальная диагностика

- Проводится с острым аппендицитом и заболеваниями почек.
- При перекруте кисты есть указание на ее наличие в анамнезе, при влагалищном исследовании определяется опухолевидное образование сбоку от матки, иногда со смещением матки в сторону перекрута.
- В диагностике помогают УЗИ и лапароскопия (в I триместре).

Лечение.

- Рекомендуемый доступ – нижнесрединная лапаротомия (онкологическая настороженность).
- Экстренное хирургическое лечение с наложением зажима на ножку опухоли без ее раскручивания.
- Вопрос об экстренном родоразрешении, как правило, не возникает.

Профилактика «острого живота» и его осложнений у беременных

- Выделение больных с хр. холециститом, панкреатитом, язвенной болезнью в группу риска.
- Соблюдение диеты.
- Вне беременности при ее планировании – консервативная миомэктомия, удаление опухолей яичника.

Профилактика послеоперационных осложнений

- Не накладывать груз и холод на низ живота.
- Не использовать прозерин и гипертонические клизмы для стимуляции перистальтики кишечника.
- Назначение токолитиков с целью профилактики прерывания беременности.
- Антибиотики пенициллинового и цефалоспоринового ряда.
- Рассматривать плод как перенесший ВУИ, проводить контроль за его состоянием, профилактику ХФПН.

Ведение родов в послеоперационном периоде

- Если с момента операции прошло менее 3 недель – тугое бинтование живота, максимальное обезболивание, исключение потужного периода наложением акушерских щипцов.

Спасибо за внимание!