

# 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

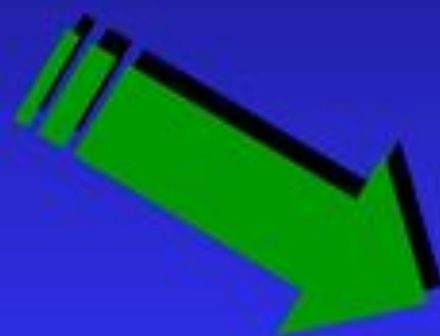
<b>Острый аппендицит</b>	<b>1: 800 - 2000</b>
<b>Острый холецистит</b>	<b>1: 1000 – 2000</b>
<b>Острая кишечная непроходимость</b>	<b>1: 1500 – 66500</b>
<b>Острый панкреатит</b>	<b>1: 3000 – 11000</b>



# 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



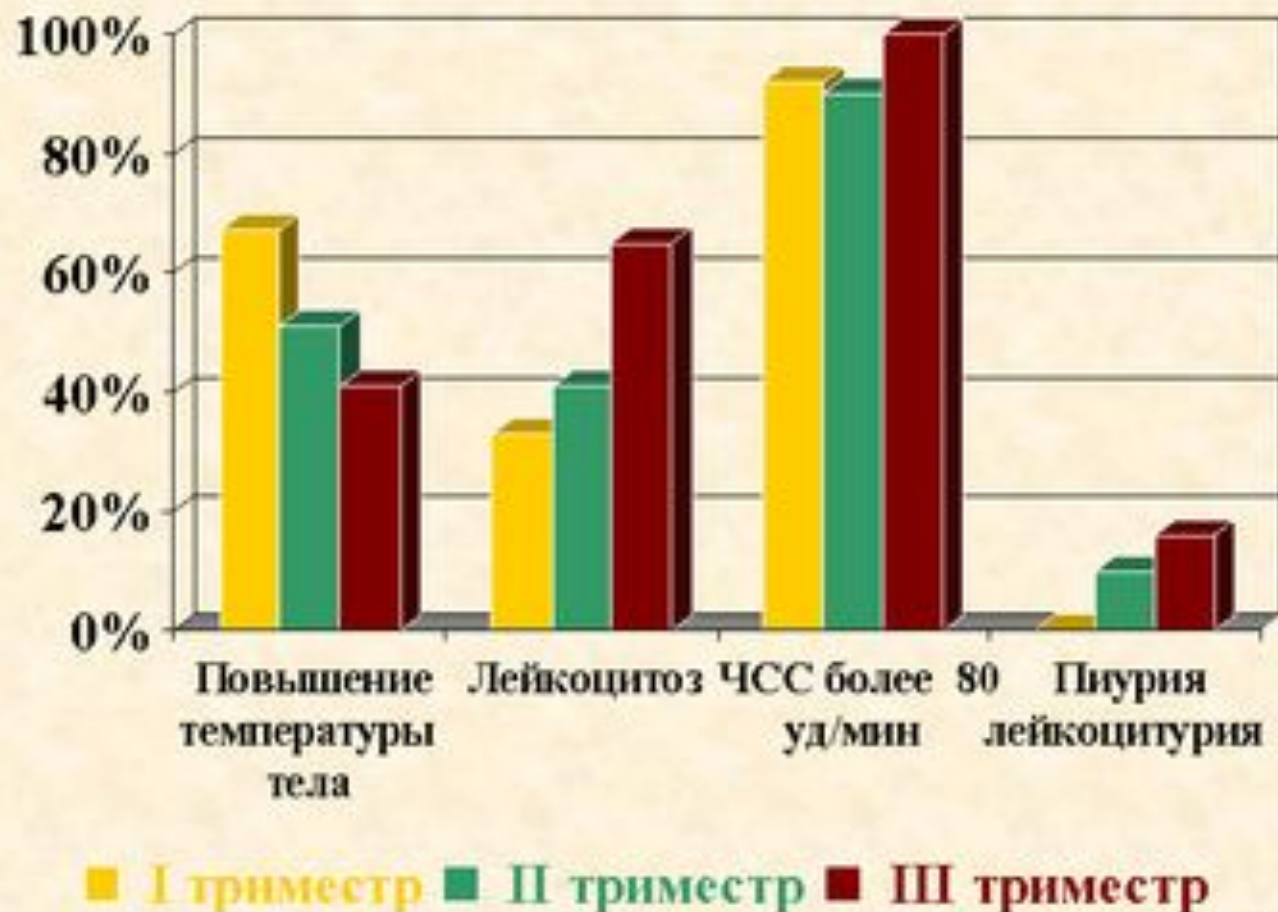
## Трудности диагностики

**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
- $\beta$ -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 ↑ aminотрансфераз  
↑ 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
- ✓ Преэклампсия
- ✓ 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: тромбоземболии 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!**