

A close-up photograph of a pregnant woman's midsection. She is wearing a white, short-sleeved shirt that has a large, jagged tear across the chest area, revealing her bare skin. Her hands are gently cradling her pregnant belly. The background is a soft, warm, yellowish-gold color.

***«Острый живот
у беременных»***

картина острых хирургических заболеваний значительно меняется, что затрудняет их диагностику. Меняется топография внутренних органов и ответная реакция организма женщины на течение воспалительного процесса. Кроме опасности для матери, хирургические заболевания неблагоприятно влияют на течение беременности, вызывая её преждевременное прерывание, нередко гибель плода или новорожденного.



угрожающих жизни
пациента заболеваний
брюшной полости, лечение
которых предполагает
проведение экстренного
хирургического
вмешательства.

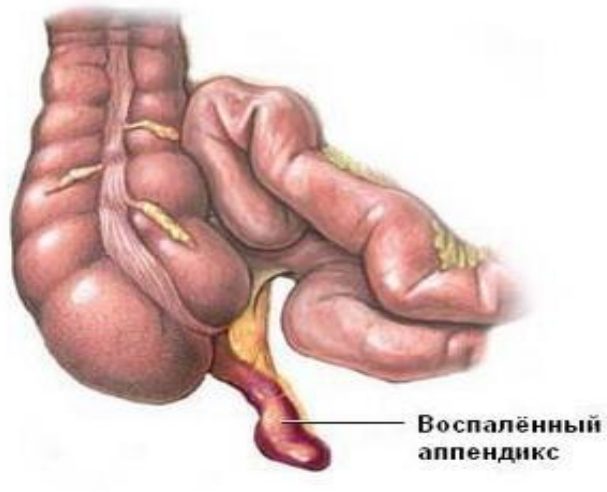
**!!! Любое острое
хирургическое заболевание**
следует расценивать как
прямую угрозу жизни
матери и плода и
предпринимать все меры
для её немедленного
устранения.



Основные диагностические

признаки:

- Внезапное появление болей, сопровождающихся тошнотой и рвотой (последних при беременности свыше 16 нед. обычно не бывает)
- Болезненность всего живота или его отделов
- Защитное напряжение мышц передней брюшной стенки
- Местное или общее вздутие живота
- Усиленная перистальтика кишечника
- Притупление перкуторного звука в отлогих местах живота
- Возникновение симптомов раздражения брюшины и др.



ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ (ОА) – ВОСПАЛЕНИЕ ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА СЛЕПОЙ КИШКИ, ОБУСЛОВЛЕННОЕ ВНЕДРЕНИЕМ В ЕГО СТЕНКУ ПАТОГЕННОЙ МИКРОФЛОРЫ. (диагностируется у 0,05-0,12% бер-ых)

постепенное увеличение в размерах, ввиду чего происходят перегибы и растяжение червеобразного отростка, нарушение его опорожнения и ухудшение кровоснабжения аппендикса. Появляется склонность к запорам, как следствие застоя содержимого кишечника и повышение вирулентности кишечной флоры. Определенная роль отводится гормональным сдвигам, что способствует перестройке лимфоидной ткани.

Деструктивные формы аппендицита могут привести к прерыванию беременности и гибели плода(4-6%)

клиническая картина:

в первой половине – практически не отличается от такового у небеременных (повышение частоты PS, подъем тем-ры, рвота, вздутие живота, одышка)

Большое значение придают не столько самому лейкоцитозу, сколько его динамике в лейкограмме (регенеративный сдвиг нейтрофилов иногда выявляют раньше, чем возрастает кол-во нейтрофилов)

Правильный диагноз до госпитализации ставят только в 42,9% случаев.

клиническая картина:

во второй половине бер-ти характеризуется стертой клинической картиной, вследствие изменения реактивности организма женщины, а также изменение топографии органов брюшной полости, растяжение брюшной стенки и невозможность пальпации отдельных органов, оттесненных маткой.

Обращает на себя внимание начало болей в эпигастральной области и постепенное их смещение к месту локализации червеобразного отростка (с-м Волковича-Кохера). При отрицательных симптоме Щеткина- Блюмберга, хорошо выражен псоас-симптом Образцова, а в ряде случаев, симптомы Ситковского и Бартомье-Михельсона.

Дифференциальная диагностика

необходимо дифференцировать с:

- ранним токсикозом
- почечной коликой
- пиелонефритом
- холециститом
- панкреатитом
- пневмонией
- перекрутом ножки опухоли яичника



лечение

!!! Острый аппендицит – показание к операции независимо от срока.

Допустимо наблюдение только в течение 2-х часов.

В послеоперационном периоде - противопоказаны прозерин, гипертонические растворы, гипертонические клизмы(повышают тонус матки).

С целью предупреждения прерывания беременности в I триместре показаны спазмолитики, витаминотерапия.

Для профилактики послеоперационных инфекционных осложнений-антибиотики.

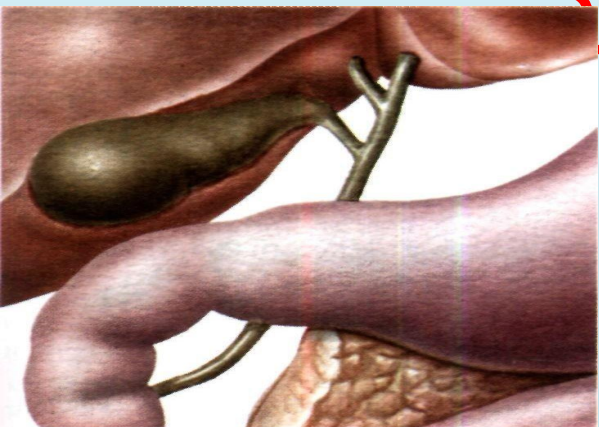


Сроки родоразрешения

- **при катаральном и флегмонозном аппендиците и N родах** – быстрое родоразрешение *per vias naturalis*, а затем аппендэктомия. При родах обеспечить полноценное обезболивание, профилактику гипоксии плода. Период изгнания укорачивают (рассечение промежности, наложение акушерских щипцов).
- **при гангренозном или перфоративном аппендиците** – оперативное родоразрешение (КС); после чего аппендэктомия.
- **при гнойном перитоните, вызванном флегмонозным или гангренозным аппендицитом- КС**, затем аппендэктомия. Брюшную полость дренируют. Обеспечивают комплексное лечение перитонита по методикам, принятым в хирургической практике.

Беременность и заболевания

желчных путей



Холециститы, дискинезия желчевыводящих путей, желчнокаменная болезнь занимают одно из ведущих мест среди болезней органов пищеварения. Заболеваниями желчевыводящих путей страдают 3%

Острый холецистит (ОХ) — одно из наиболее распространенных хирургических заболеваний беременных. Может возникнуть на всех сроках беременности, при родах и послеродовом периоде. Беременность может быть провоцирующим фактором ОХ, поскольку при ней возникает дискинезия желчных путей и затруднение оттока желчи. Во второй половине беременности возможна гиперхолестеринемия. Частота холецистэктомии при беременности составляет 0,1- 0,3% случаев.

ПРИЧИНЫ: нарушение диеты (употребление жирных и жареных блюд, яиц), физическая нагрузка, стресс, переохлаждение, сопутствующая инфекция.

Клиническая картина



Чаще ОХ развивается на фоне желчнокаменной болезни.

Жалобы: боль в правом подреберье, реже в эпигастральной области с иррадиацией в правую надключичную область, плечо, лопатку. По мере прогрессирования заболевания интенсивность болей нарастает. Боль сопровождаются диспепсические расстройства: отрыжка горечью, тошнота, рвота, чувство распирания в животе, вздутие кишечника, нарушение стула.

Тошнота и рвота не приносят облегчения.

Нередко с первых дней заболевания наблюдается повышение температуры.



Диагностика

- --- **Объективно:** цвет кожных покровов чаще обычный; умеренная желтушность склер может быть при локальном гепатите и воспалительной инфильтрации внепеченочных желчных протоков и застоем желчи в них.
- **Пальпаторно:** болезненность в правом подреберье, в эпигастрии, затруднена пальпация желчного пузыря ввиду мышечного напряжения. Характерные симптомы ОХ – с-м Ортнера (болезненность при поколачивании по краю правой реберной дуги); с-м Кера (усиление боли при глубоком вдохе); с-м Мерфи (непроизвольная задержка дыхания на вдохе при давлении на область правого подреберья); с-м Мюсси-Георгиевского (болезненность при пальпации между ножками правой грудино-ключично-сосцевидной мышцы).
- **Лабораторно:** лейкоцитоз со сдвигом влево, увеличение СОЭ.
- **УЗИ:** гиперэхогенные структуры разнообразных форм с дистальной акустической тенью, утолщение стенок желчного пузыря (более 2 мм).

лечение

Беременным с хроническим холециститом необходимо соблюдать диету, которая способствует предупреждению застоя желчи в желчном пузыре, уменьшению воспалительных явлений.

Рекомендуется частое, дробное питание(стол№5), постоянный прием средств, в основном растительного происхождения. Это цветки бессмертника песчаного, кукурузные рыльца, лист мяты перечной, семена укропа-отвары!; а также некоторые лекарственные препараты: холосас(экстракт плодов шиповника), фламин(бессмертника песчаного цветков сумма флавоноидов).
Лечебные минеральные воды Ессентуки №17.

Назначают также адсорбенты и обволакивающие средства (симвалдрант); для нормализации функции кишечника-бифидум бактерин форте; ферменты(панкреатин).

При обострении процесса в первом триместре при гиперкинетическом типе дискинезии желчных путей применяют растительные холеротики в виде отваров и желчегонных препаратов: аллохол(активированный уголь+желчь+крапивы двудомной листья+чеснок); дистал(панкреатин+желчи компоненты+гемицеллюлоза); холензим(желчь+порошок из pancreas и слизистой тонкой кишки).

ЛЕЧЕНИЕ (продолжение)

При гипокинетической дискинезии назначают холекинетики: растительные масла, сорбит, ксилит, 25% р-р сульфата магния.

Для борьбы с застоем желчи рекомендуют лечебное дуоденальное зондирование.

При выраженном болевом синдроме-спазмолитики и болеутоляющие(в обычных дозах);для нормализации моторики пузыря - метоклопрамид(по 10-20 мг/сут).

При присоединении инфекции - антибактериальные препараты, с учетом срока беременности).


ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

При неэффективности консервативных мероприятий вопрос об экстремальном оперативном вмешательстве должен быть решен в течении 2-3 суток. При выявлении показаний к отсроченной операции, её выполняют через 3-4 недели после начала заболевания при полной ликвидации всех острых явлений.

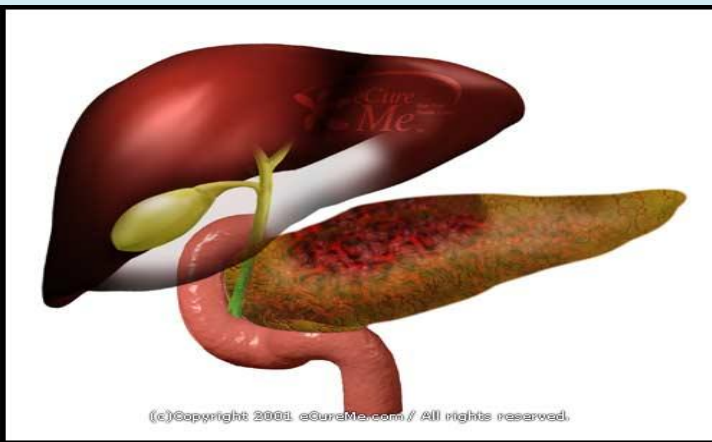
Сроки и методы родоразрешения

Родоразрешение обычно проводят через естественные родовые пути с укорочением периода изгнания. Оперативное родоразрешение путем КС проводят только по акушерским показаниям.

ПРОГНОЗ: при неосложненном течении холецистита прогноз для матери и плода удовлетворительный.



Беременность и острый панкреатит



Острый панкреатит (ОП) –

полиэтиологическое заболевание, характеризующееся воспалительно-деструктивными изменениями поджелудочной железы.

классификация

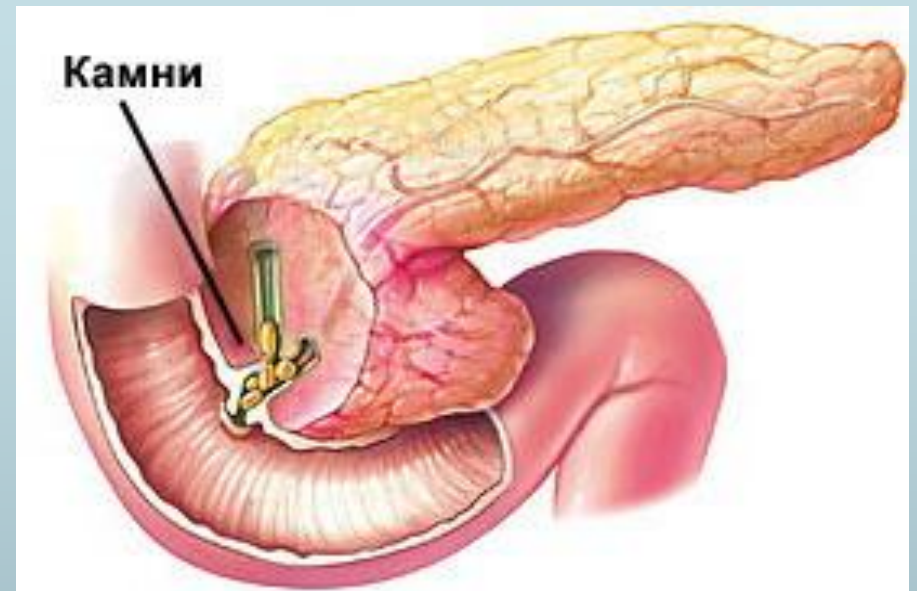
острый панкреатит

хронический панкреатит

У беременных развивается относительно редко (1:4000). Чаще наблюдается во второй половине беременности, преимущественно у женщин, страдающих хроническим холециститом и имеющих избыточную массу тела.

Этиология и патогенез

Причиной ОП является нарушение проходимости протока поджелудочной железы, вследствие чего происходит разрыв стенки протока и железы с последующим развитием патологического процесса в тканях.



Клиническая картина ОП.

При остром отеке железы течение обычно более легкое. В случае геморрагического панкреонекроза – состояние больных крайне тяжелое. Во время беременности чаще, чем вне нее, возникают безболевые формы панкреатита, для которых характерны шок и симптомы поражения ЦНС.

В большинстве случаев заболевание начинается остро, с внезапного появления опоясывающих болей в верхней части живота или в области подреберья. Боли могут быть постоянными или схваткообразными; нередко они настолько сильны, что вызывают болевой шок или сосудистый коллапс. Возникновение болей связано с отеком или вовлечением в воспалительный процесс тканей самой железы, воспалением или отеком брыжейки и сальника, а также надавливанием поджелудочной железой на солнечное сплетение. Приступы болей могут сопровождаться тошнотой, рвотой, повышением тем-ры, симптомом раздражения брюшины.

У 40% больных возникает желтушность кожных покровов и склер.

В ряде случаев – неврологическая симптоматика, головная боль, спутанность сознания.

ДИАГНОСТИКА

□ Ведущая роль в диагностике принадлежит определению ферментов поджелудочной железы: уже через 8 часов от начала заб-ия уровень амилазы в крови значительно повышается и достигает максимальных значений через 24-36 ч.

!!! Следует обратить внимание на тот факт, что повышение содержания амилазы в крови наблюдается не только при панкреатите, но и при нормально протекающей беременности, почечной недостаточности, паротите и заболеваниях желчевыводящих путей.

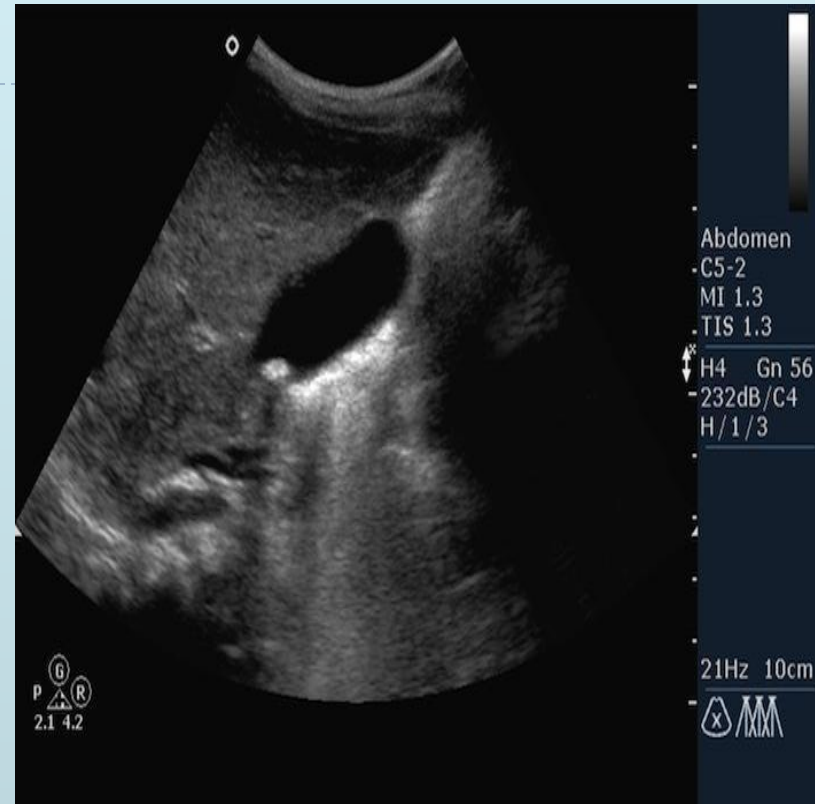
Содержание липазы возрастает несколько позже и остается повышенным дольше, чем уровень амилазы.

Снижение содержания Са в сыворотке крови при динамическом исследовании свидетельствует о прогрессировании процесса.

ОАК – лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, повышение Нт.

Инструментальное исследование

УЗИ – при ОП поджелудочная железа обычно увеличена в размерах, чаще пропорционально степени выраженности отека. Эхогенность железы в фазе отека снижается. При диффузном поражении неоднородность структуры железы выявляют во всех отделах.



Расширение панкреатического протока чаще всего возникает при значительном отеке головки, приводящему к сдавлению его выводной части.

лечение

Лечение обострения хронического панкреатита складывается из тех же принципов, что и при остром панкреатите: обезболивание, рациональная диетотерапия, коррекция функции поджелудочной железы, устранение этиологических факторов – купирование воспаления в желчных путях.

Цели: - предотвращение и лечение шока

- адекватное обезболивание

- профилактика и лечение инфекции

Продолжительность комплексной терапии 7-10 дней, при тяжелом течении – не менее 3-х недель. Лечение в условиях хирургического стационара. Рациональная терапия эффективна у 85% бер-ых.

При отсутствии эффекта от консервативной терапии при наличии острой закупорки общего желчного протока камнем и развитием желтухи показано хирургическое вмешательство. Операцию проводят независимо от срока беременности.

- **Немедикаментозное лечение:** гемосорбция, плазмоферез, гипербарическая оксигенация, по показаниям ИВЛ.

Медикаментозная терапия:

- Кортикостероиды
- Спазмолитики
- Болеутоляющие
- Эпидуральная анестезия
- Антибиотики
- Назогастральное отсасывание каждые 4-6 часов с целью подавления функции железы.

Для снижения гипертензии в протоках поджелудочной железы и устранения их дискинезии вводят *метоклопрамид*.

Для уменьшения кислотности желудочного содержимого назначают антациды: *альмагель, фосфалюгель, магния карбонат, магния оксид*.

Для нормализации функции поджелудочной железы – пищевые добавки (*панкреамин*); гомеопатические средства (*мамордика композитум*).

Для воздействия на микрофлору кишечника – бифидобактерин, бифидум.

Лечение на фоне голода и жажды не менее 7 суток.

Сроки и методы родоразрешения:

Родоразрешение per vias naturalis с использованием адекватного обезболивания (перидуральная анестезия).



КС проводят в исключительных случаях и по абсолютным акушерским показаниям ввиду высокого риска развития инфекционных осложнений.

непроходимость



Острая непроходимость кишечника (ОНК) – комплекс патологических состояний, причина возникновения которых является нарушение пассажа кишечного

содержимого.

ОНК – серьезное заболевание органов брюшной полости.

У беременных встречается чаще; летальность во время беременности выше (1:40000-50000). Характеризуется неблагоприятным прогнозом для матери и плода.

Летальность до 35-50%; мертворождаемость – 60-75%.

Классификация ОНК:

□ **Динамическая** (функциональная)

- спастическая форма;
- паралитическая форма;

□ **Механическая**

- странгуляционная непроходимость (заворот, внутреннее ущемление);
- obturационная непроходимость
- смешанные формы (инвагинации, спаечная непроходимость).

У 85% бер-ых, страдающих ОНК, отмечают механическую непроходимость (чаще странгуляционную форму в виде заворота), а у 12% - динамическую форму.

Этиология и патогенез

Тяжелая клиническая картина механической формы ОНК развивается, когда непроходимость возникает по причине перекручивания брыжейки или ущемления петель кишечника. При этом значительно выражены и быстро нарастают явления интоксикации и гемодинамических расстройств.

Наиболее благоприятные условия для развития ОНК возникают на 3-4 мес. беременности, когда матка выходит за пределы малого таза и занимает нижний отдел живота; к концу беременности, когда происходит опущение головки; при быстром опорожнении матки.

Клиническая картина:

Зависит от уровня непроходимости, сдавления сосудов и нервов брыжейки; срока беременности, а также от времени, прошедшего с начала заболевания.

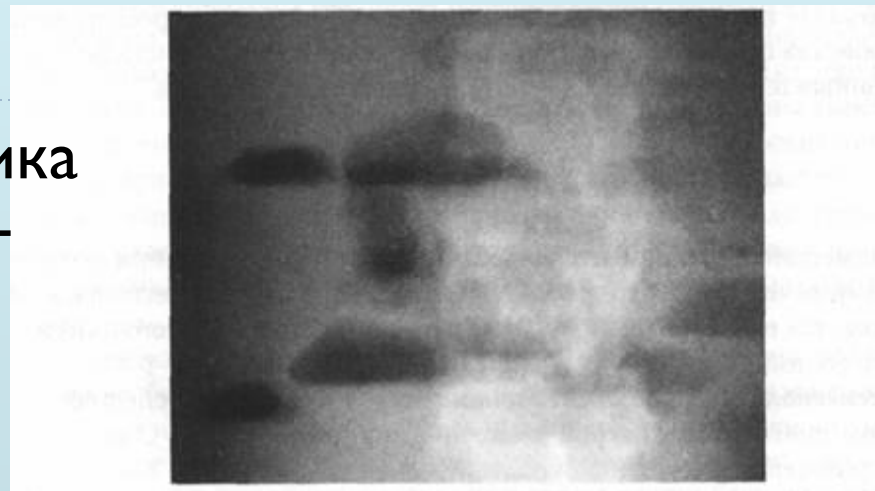
Жалобы: рвота, вздутие живота, отхождение стула и газов (опорожняются нижние отделы кишечника), боль (умеренная, непостоянная, локализованная в эпигастральной области или разлитая по всему животу, рецидивирующая).

При прогрессировании процесса преобладают гемодинамические расстройства. Из-за ослабления сокращений кишечника боли уменьшаются и меняется их характер (постоянные), отмечают асимметрию живота. Рвота становится частой, обильной. Появляются признаки нарушения деятельности паренхиматозных органов. Нарушается водно-солевой обмен (дегидратация, гипонатриемия, гипокалиемия, сдвиг КОС крови)

С утяжелением состояния – явления перитонита, которым заканчиваются все виды ОНК.

ДИАГНОСТИКА

- Симптоматика – асимметрия живота, выраженная перистальтика кишечника; боли не всегда носят выраженный характер.



Характерно: ранняя многократная рвота, тахикардия, снижение АД.

Диф.диагностика: с самопроизвольным абортом, преждевременными родами, перекрутом ножки кисты яичника, перитонитом, разрывом матки, парезом кишечника, ОА, разрывом паренхиматозных органов с внутренним кровотечением.

лечение

- Консервативное – стимуляция моторики пищеварительной системы, борьба с парезом кишечника (метоклопрамид)
- Паранефральная блокада, эпидуральная анестезия на фоне дезинтоксикации (введение жидкости до 3-4л/сут)
- Хирургическое – при отсутствии результатов в течении 2-3 ч.
Послеоперационно – антибиотики широкого спектра действия, постоянная аспирация кишечного содержимого, инфузионная терапия.

Сроки и методы родоразрешения

- Прерывание беременности-при динамической кишечной непроходимости, вызванной самой беременностью.
- Во всех других случаях-избегать операций на матке.
- В первой половине- беременность необходимо сохранить. Однако не следует препятствовать спонтанному прерыванию беременности.
- Во второй половине вопрос сохранения беременности решается индивидуально. Родоразрешение *per vias naturalis*, затем операция на кишечнике. Если условий для быстрого родоразрешения нет, то кесарево сечение и хирургическое лечение ОНК.
- При клинических признаках перитонита следует проводить самопроизвольные роды, если это невозможно, выполняют КС с обязательным удалением матки.



СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ....