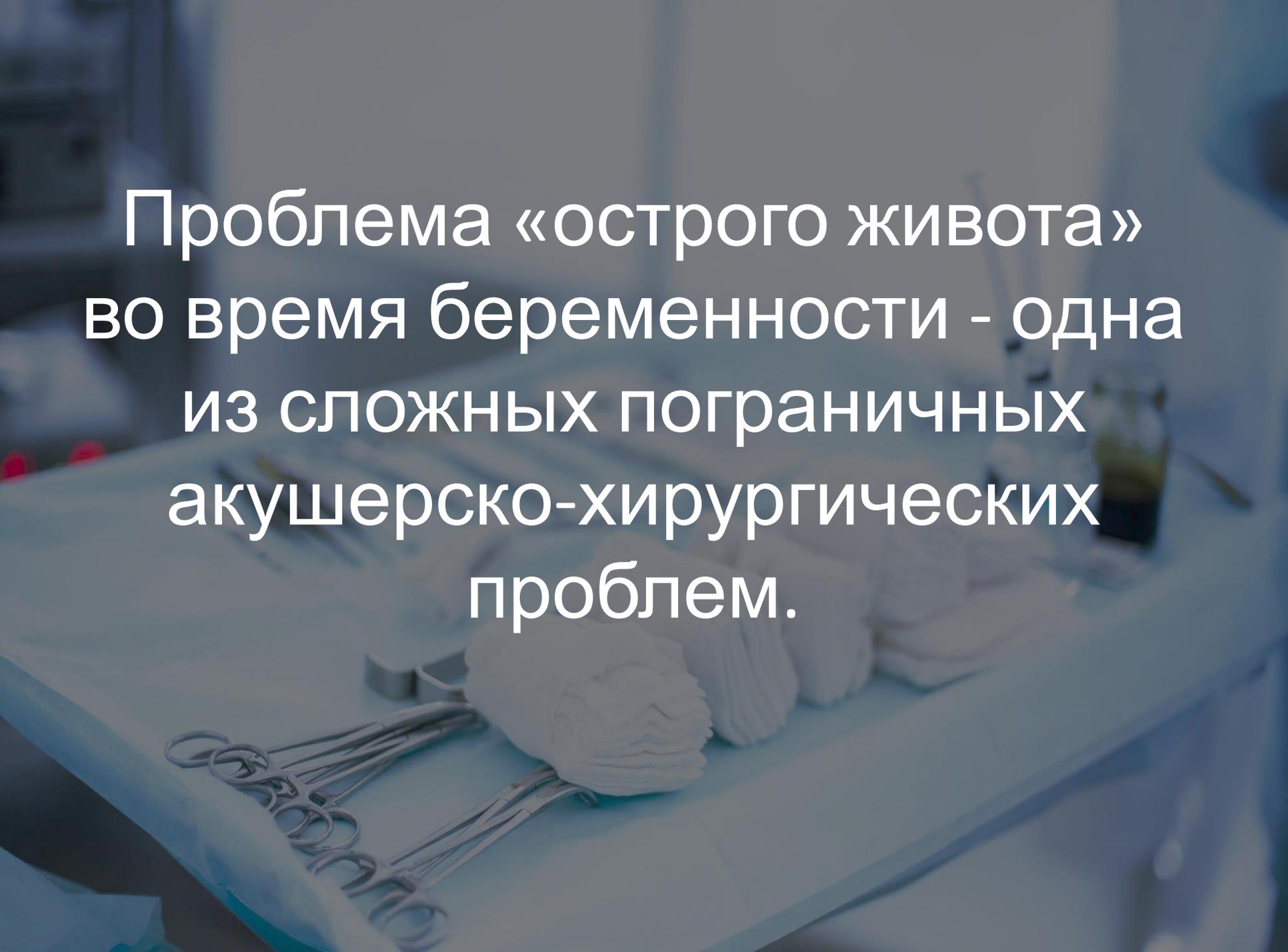




Беременность и ОХП.
Острый панкреатит.

Охапкин Д.Ю

Проблема «острого живота»
во время беременности - одна
из сложных пограничных
акушерско-хирургических
проблем.



Диагностические ошибки

- измененные анатомические взаимоотношения
 - затрудненная пальпация органов брюшной полости;
 - стертые клинические симптомы;
 - симптомы, сходные с обычным дискомфортом беременности;
 - сложности дифференциальной диагностики хирургической и акушерской патологии.

Трудности диагностики



Хирургические причины «острого живота» во время беременности

Причина	Частота
Острый аппендицит	1:800-2000
Острый холецистит	1:1000-2000
Острая кишечная непроходимость	1:1500-66 500
Острый панкреатит	1:3000-11 000

Диагностика заболеваний брюшной полости

- тщательный сбор анамнеза
- срок беременности (наиболее безопасен для хирургического вмешательства II триместр беременности).

Диагностические ошибки

Пациенткам с «острым животом» показано тщательное обследование акушера-гинеколога, преследующее исключение акушерско-гинекологической патологии. Количество абдоминальных исследований должно быть минимально возможным для установки диагноза, чтобы не провоцировать повышение тонуса матки.

Диагностические ошибки

Боль - это основной симптом «острого живота» при беременности

Генерализованная боль, зачастую, обусловлена перитонитом вследствие кровотечения, воспалительной экссудации или наличия кишечного содержимого в животе.

Боль, локализованная в нижних отделах живота центрально, нередко связана с повышением тонуса матки

в латеральных нижних отделах живота - перекрутом, разрывом капсулы новообразования (кисты или опухоли) яичника.

Патология нисходящей или сигмовидной кишки с локализацией боли в нижнем левом квадранте живота встречается редко из-за относительно молодого возраста пациенток. Боль в среднем отделе живота на ранних сроках беременности может быть связана с кишечником, боль в верхних отделах - с патологией органов, расположенных в соответствующих областях

Другие симптомы

После I триместра беременности боль в животе, сочетающиеся с тошнотой и рвотой, обычно вызваны патологией верхних отделов желудочно-кишечного тракта.

Частый симптом острой хирургической патологии при беременности - диарея (за исключением случаев неспецифического язвенного колита).

Потеря сознания с болью и симптомами раздражения брюшины может указывать на острое хирургическое заболевание брюшной полости с разрывом органа и кровотечением. Температура выше 38°C свидетельствует об инфекции, локализация которой уточняется другими клиническими симптомами.

Диагностика заболеваний брюшной полости

- тщательный сбор анамнеза
- срок беременности (наиболее безопасен для хирургического вмешательства II триместр беременности).

Диагностика

Результаты лабораторных тестов, применяемых для диагностики хирургического заболевания, при беременности оцениваются иначе, чем обычно. Диагностическое значение имеет повышение уровня лейкоцитов свыше 12500 в любом триместре беременности, а также сдвиг лейкоцитарной формулы влево.

Риск для плода

Потенциальный риск для плода должен быть сведен к минимуму - риск из-за материнского заболевания, анестезии, воздействия лекарственных препаратов, диагностического рентгеновского облучения и хирургического вмешательства.

В настоящее время наркоз достаточно безопасен во время беременности, однако может повышать частоту самопроизвольных абортов, особенно в I триместре.

Применение анальгетиков в послеоперационном периоде в целом не дает выраженных побочных эффектов. Аспирин следует применять только короткое время, избегать его длительного применения или больших доз. У беременных допустимо использовать антибиотики трех групп - цефалоспорины, пенициллины, макролиды, не рекомендуются сульфаниламиды и аминогликозиды, категорически противопоказаны тетрациклины.

Rg лучи

- Рентгеновское облучение проводится беременным только в том случае, если риск недиагностированной хирургической патологии превышает риск облучения плода (в основном речь идет о подозрении на кишечную непроходимость).

Гипоксия плода

основная опасность для плода при хирургическом вмешательстве у матери. В предоперационном периоде, во время операции и в послеоперационном периоде необходимо мониторировать pO_2 матери, сатурацию кислородом ее крови. Обязательно предупреждение компрессии нижней полой вены в положении на спине. Лучшей оксигенации плода также способствуют оксигенотерапия и восполнение ОЦК, падение АД матери может непосредственно приводить к гипоксии плода. Выраженное снижение маточно-плацентарного кровотока вследствие прямой вазоконстрикции и увеличения тонуса матки наблюдается при применении вазопрессорных препаратов, особенно препаратов с α -адренергической активностью, поэтому их следует избегать. Для диагностики гипоксии плода при хирургических вмешательствах на поздних сроках беременности показан КТГ-мониторинг и доплерометрия до операции и в послеоперационном периоде.

Rg лучи

- Рентгеновское облучение проводится беременным только в том случае, если риск недиагностированной хирургической патологии превышает риск облучения плода (в основном речь идет о подозрении на кишечную непроходимость).

Принципы хирургических вмешательств

- Предоперационная подготовка включает адекватную гидратацию, наличие препаратов крови и соответствующую премедикацию, не уменьшающую оксигенацию крови матери и плода.
- Необходимо обеспечение адекватной анестезии.
- Нужно предупреждать материнскую гипотензию (избегать положения на спине).
- Следует избегать излишних манипуляций на беременной матке.

Принципы хирургических вмешательств

- При клинике «острого живота» показано немедленное хирургическое вмешательство,
- Если операция не экстренная и может быть отложена, лучше отложить хирургическое вмешательство до II триместра или послеродового периода.

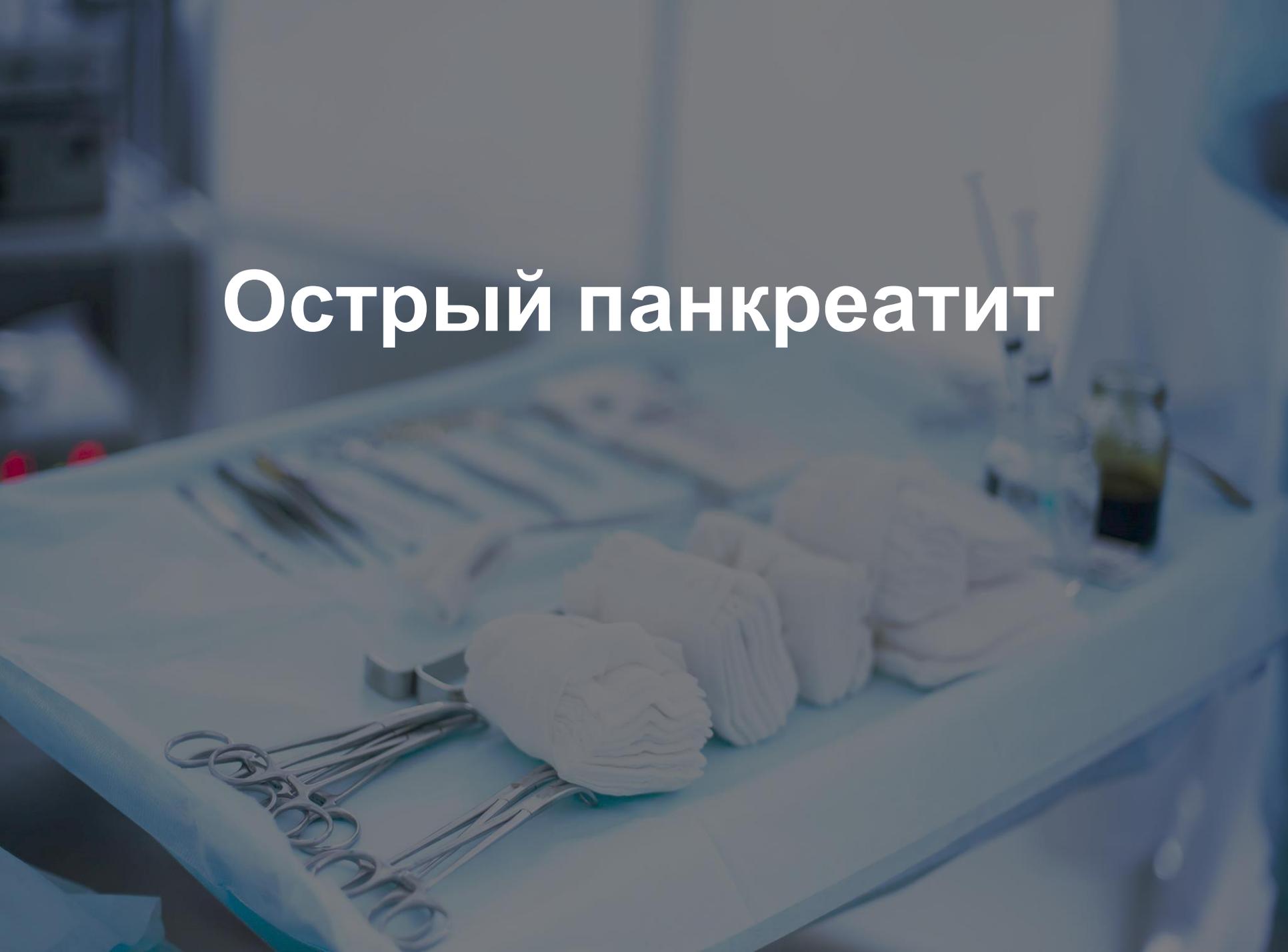
Принципы хирургических вмешательств

- При отсутствии акушерских показаний к проведению операции кесарева сечения не следует производить кесарево сечение вместе с хирургическим вмешательством.
- Послеоперационный уход зависит от срока беременности и произведенной операции. В конце беременности тщательный мониторинг сердцебиения плода, предпочтительнее КТГ с одновременной регистрацией сердцебиения плода и тонуса матки, позволяет вовремя диагностировать гипоксию плода и угрозу преждевременных родов. Следует избегать чрезмерного применения седативных препаратов, гипергидратации и своевременно проводить коррекцию электролитных нарушений.

Принципы хирургических вмешательств

- При отсутствии акушерских показаний к проведению операции кесарева сечения не следует производить кесарево сечение вместе с хирургическим вмешательством.
- Послеоперационный уход зависит от срока беременности и произведенной операции. В конце беременности тщательный мониторинг сердцебиения плода, предпочтительнее КТГ с одновременной регистрацией сердцебиения плода и тонуса матки, позволяет вовремя диагностировать гипоксию плода и угрозу преждевременных родов. Следует избегать чрезмерного применения седативных препаратов, гипергидратации и своевременно проводить коррекцию электролитных нарушений.

Острый панкреатит



- занимает третье место по частоте среди острой хирургической патологии у беременных. Частота его - от 1:3 тыс. до 1:12 тыс. беременностей, однако материнская смертность высокая - 3,4%, перинатальная смертность 11%, что указывает на важность своевременной диагностики этого заболевания.



Причина панкреатита - наличие активированных пищеварительных ферментов в поджелудочной железе. Наиболее часто (как и у небеременных) панкреатит вызван холелитиазом.

Этиологические факторы острого панкреатита

- желчнокаменная болезнь;
- гипертриглицеридемия (например, наследственный дефект липопротеинлипазы);
- воздействие лекарственных препаратов (тетрациклины, тиазидовые диуретики, эстрогены);
- семейный панкреатит;
- структурные аномалии поджелудочной железы или двенадцатиперстной кишки;
- инфекции;
- тяжелая травма живота;
- сосудистая патология;
- гестационная гипертензия;
- алкоголизм.

Предрасполагающие моменты к возникновению острого панкреатита у беременных

стаз желчи и атония желчного пузыря вследствие действия прогестерона;

- некоторое повышение уровня ферментов (амилазы, липазы, кислых протаминаз) во второй половине беременности в результате активизации функций поджелудочной железы;
- повышение содержания липидов в крови;
- повышение внутрибрюшного давления во второй половине беременности, приводящее к повышению интрадуоденального давления и интрадуктальному стазу в вирсунговом протоке и желчных путях;
- идентичность механизма, вызывающего сокращения гладкой мускулатуры матки и спазм сфинктеров протоков, выводящих желчь и сок поджелудочной железы;
- постоянно имеющийся метаболический фон за счет нарушений минерального обмена, особенно при гестозах

Клиника

- сильная боль в эпигастрии, опоясывающая, острая или постепенно нарастающая;
- тошнота, рвота;
- субфебрилитет, тахикардия;
- ортостатическая гипотензия;
- напряжение мышц.

Лабораторные данные

При определении диастазы (амилазы) сыворотки она в несколько раз превышает верхнюю границу нормы, однако через 48-72 ч от начала острого процесса может вернуться к нормальным значениям, несмотря на продолжающуюся клинику панкреатита; уровень амилазы не коррелирует с тяжестью заболевания. Обычно диагностируется увеличение липазы сыворотки.

Инструментальная диагностика

Традиционные методы обследования поджелудочной железы (панкреатическое зондирование, ангиография, ретроградная панкреатография) у беременных неприменимы.

УЗИ

Единственным возможным инструментальным диагностическим методом, который следует использовать при подозрении на панкреатит, является УЗИ. Метод позволяет выявить осложнения панкреатита - жидкость в брюшной полости, абсцесс, перипанкреатическую гематому, образование псевдокист; провести диагностику холелитиаза и дифференцировать его с другой хирургической патологией. При сроке беременности до 30 нед УЗИ железы не представляет технических трудностей, однако в более поздние сроки ее визуализации может помешать матка; доступным для осмотра остается только тело железы.

Дифференциальный диагноз

- токсикоз первой половины беременности;
- преэклампсия;
- прервавшаяся эктопическая беременность (часто с повышением уровня амилазы сыворотки);
- прободение язвы желудка;
- острый холецистит;
- разрыв селезенки;
- абсцесс печени;
- перинефральный абсцесс.

Осложнения

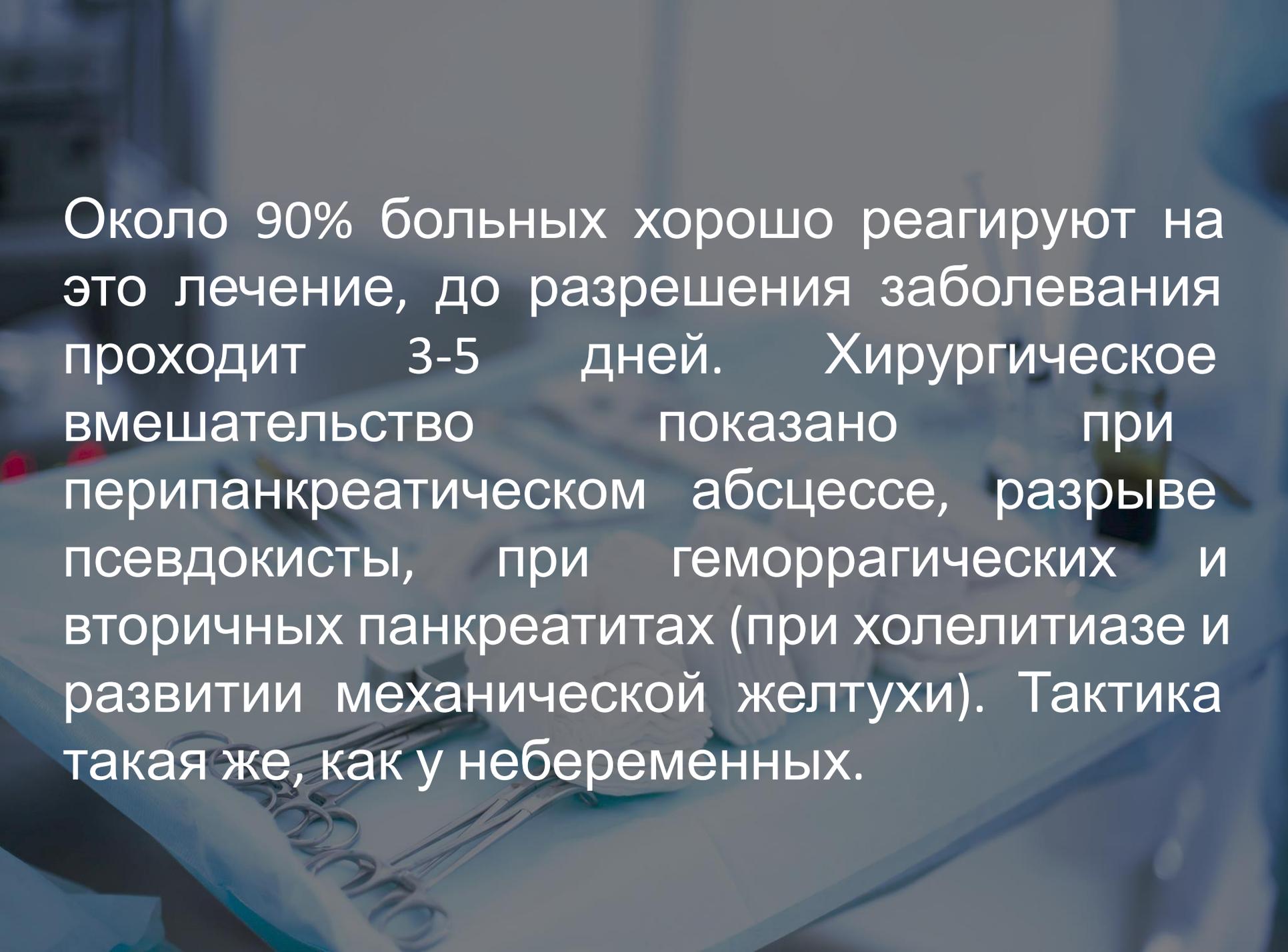
Хотя и у беременных могут наблюдаться обычные осложнения панкреатита, повышенной предрасположенности к ним во время беременности не отмечается. К острым осложнениям относятся геморрагический панкреатит с тяжелой гипотензией и гипокальциемией, респираторный дистресс-синдром, панкреатический асцит, образование абсцесса, липонекроз.

Острый панкреатит у беременной приводит к гипоксии плода вследствие трансплацентарного перехода панкреатических ферментов, гипокальциемии и водно-электролитных нарушений у матери.

Основные принципы лечения

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 беременности...



Около 90% больных хорошо реагируют на это лечение, до разрешения заболевания проходит 3-5 дней. Хирургическое вмешательство показано при перипанкреатическом абсцессе, разрыве псевдокисты, при геморрагических и вторичных панкреатитах (при холелитиазе и развитии механической желтухи). Тактика такая же, как у небеременных.

Хирургическое лечение

1. Прерывание беременности при сроке до 12 нед.
2. После 36 нед - досрочноеродоразрешение через естественные родовые пути.
3. Хирургическое вмешательство показано при гнойно-септических осложнениях.
4. В III триместре при наличии панкреатогенного перитонита производится кесарево сечение с последующим удалением матки с трубами и широкое дренирование брюшной полости.

Прогноз

До разработки медицинских и хирургических методов ведения панкреатита частота материнской смертности была очень высокой и составляла 37%. В настоящее время материнская летальность оценивается в 3,4%, фетальные потери - в 11%.