

Острая хирургическая патология во время беременности и родов

Нұрмахан Мөлдір

701-1

Острая хирургическая патология во время беременности и родов

- Аппендицит.
- Диагностика: внезапность заболевания, боли в эпигастрии и смещение их в правую подвздошную область, рвота, тахикардия, повышение температуры. Наиболее типична клиническая картина в I триместре беременности. Диагностика заболевания затруднена при доношенной беременности вследствие изменения локализации отростка и перерастяжения брюшной стенки, картина заболевания становится менее четкой. Накладывает отпечаток на клинические проявления острого аппендицита и форма заболевания (простая или деструктивная). Выраженность интоксикации, высокий лейкоцитоз при сдвиге лейкоцитарной формулы влево могут свидетельствовать о деструктивной форме (флегмонозной, гангренозной и перфоративной). В сомнительных случаях для подтверждения диагноза больную наблюдают в динамике 1,5-2 ч, повторяют лейкограмму, биохимические исследования крови, анализы мочи. Лабораторные данные сопоставляют с результатами клинического наблюдения, температурой тела, частотой пульса, осмотром и пальпацией живота.

Тактика:

- Наблюдение осуществляют совместно хирург и акушер-гинеколог.
- Течение беременности осложняется угрозой выкидыша, преждевременных родов. При подтверждении диагноза острого аппендицита больной показано оперативное лечение. Аппендэктомия должна проводиться под эндотрахеальным наркозом в условиях повышенной оксигенации. Никакая форма аппендицита не является основанием для прерывания беременности любого срока. К кесареву сечению прибегают в редких случаях при сочетании острого аппендицита с акушерской патологией, требующей оперативного родоразрешения, или когда величина матки препятствует выполнению основной операции. Оперированным беременным назначается терапия, направленная на сохранение беременности (спазмолитики, токолитики) и профилактику гипоксии плода. В случаях наступления родов в послеоперационном периоде показано с целью исключения физической нагрузки наложение акушерских щипцов.

Острый холецистит.

- Течение беременности осложняется невынашиванием. Помогает диагностике острого холецистита ряд лабораторных исследований: общие и биохимические показатели крови, мочи, УЗИ печени и печеночных протоков. Дифференциальную диагностику холецистита при беременности проводят прежде всего с пиелонефритом, мочекаменной болезнью, при наличии желтухи - с вирусным гепатитом, гестозами. Заболевание проявляется болями в правом подреберье с иррадиацией под правую лопатку, в плечо; иногда боли имеют тупой характер. Присоединяются тошнота, рвота, изжога. Общее состояние больной вначале заболевания остается удовлетворительным. При пальпации обнаруживается болезненность в области желчного пузыря. Появляется боль при поколачивании правой реберной дуги (симптом Ортнера); боль на вдохе при пальпации правого подреберья (симптом Кера); болезненность между ножками правой грудино-ключично-сосцевидной мышцы (симптом Мюсси

Больные госпитализируются в отделение патологии беременных, лечение больных проводят совместно с терапевтами, хирургами. Назначается постельный режим, голод на 24-48 ч, спазмолитики (но-шпа, баралгин, ависан, папаверин), внутривенное введение изотонического раствора натрия хлорида и глюкозы, гемодез, комплекс витаминов. При отсутствии эффекта от консервативного лечения должен быть решен вопрос об операции. Показанием для перехода к оперативному лечению служит осложнение холецистита перитонитом, холангитом, механической желтухой. Операция на желчном пузыре и протоках производится по тем же правилам, как и вне беременности. В послеоперационном периоде назначается лечение, направленное на сохранение беременности. Если заболевание развивается к концу беременности, то одновременно с консервативным лечением холецистита проводится подготовка родовых путей к последующему родовозбуждению. При неосложненном холецистите прогноз для матери и плода в целом удовлетворительный.

- **Панкреатит** занимает 3-е место после острого аппендицита и острого холецистита. У беременных заболевание протекает тяжелее; развитию панкреатита способствуют не только механические нарушения, препятствующие оттоку панкреатического сока, но и гормональные изменения, свойственные беременности. Фоном для развития панкреатита являются инфекционные заболевания, интоксикации, стрессовые ситуации, заболевания печени и желудочно-кишечного тракта, холециститы, ОПГ-гестозы. У беременных чаще всего встречается отечный панкреатит, реже - панкреонекроз и гнойный панкреатит. Заболевание начинается с острого панкреатита, который затем переходит в жировой и геморрагический панкреонекроз, который может поражать отдельные участки железы, или большую часть ее, или целиком (очаговый, субтотальный или тотальный панкреонекроз).

- Показаниями к оперативному лечению являются переход отечной формы в деструктивную, гнойный панкреатит, перитонит. Цель оперативного вмешательства - создать отток активных ферментов из протоков поджелудочной железы, наложить разгрузочную холецистому и дренировать малый сальник, создать канал (тампоны, дренажи) для отхождения секвестров поджелудочной железы. Естественно, для выполнения подобного объема операции основного заболевания требуется опорожнить матку. С другой стороны, на фоне тяжелого состояния больных выполнение двух операций еще больше усугубляет состояние женщины. Послеоперационный период протекает тяжело, высок процент осложнений и летальных исходов.

- Острая непроходимость кишечника (ОНК) может встречаться у беременных, рожениц и родильниц. Предрасполагающими факторами являются наличие сращений, спаек, хронических воспалительных процессов, осложненное течение послеоперационного периода в прошлом, изменение моторной функции желудочно-кишечного тракта, связанное с беременностью. У беременных встречается как механическая, так и динамическая непроходимость кишечника. Механическую непроходимость разделяют на обтурационную, странгуляционную, смешанную и сосудистую (инфаркт кишечника). У беременных, рожениц и родильниц трудно диагностировать заболевание, особенно во II и III триместрах беременности, поскольку отсутствуют типичные симптомы ОНК (острой непроходимости кишечника) при пальпации и перкуссии живота при доношенной беременности, невозможно рентгенологически исследовать желудочно-кишечный тракт и определить горизонтальные уровни. Боли при ОНК могут быть ошибочно приняты за начало родовой деятельности и больных доставляют в акушерские стационары, в результате теряется время для хирургического лечения, почти у половины беременных операции производят позднее 36 ч от появления начальных симптомов острой кишечной непроходимости. ОНК может являться причиной преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты, может быть принята за другую патологию острого живота, разрыв матки

- . В результате всех осложнений исход беременности при ОНК неблагоприятен. При острой непроходимости кишечника тактика ведения беременности зависит от вида кишечной непроходимости. Оперировать больных можно в условиях акушерского стационара, начиная с 28 нед беременности (на ранних сроках больные могут находиться в хирургических отделениях). Обязательна профилактика гипоксии внутриутробного плода. Объем оперативного вмешательства, связанный с непроходимостью, определяет и выполняет хирург. Прерывание беременности показано в случаях динамической кишечной непроходимости, обусловленной самой беременностью, если хирургическое лечение оказывается неэффективным. У остальных больных следует избегать операций на матке, если только не возникает настоятельной необходимости в ее опорожнении по техническим причинам или по строжайшим акушерским показаниям. При вынужденном в условиях перитонита кесаревом сечении вслед за опорожнением матки должно следовать ее удаление. Интересы спасения жизни больной при тяжелом заболевании должны преобладать над всеми другими соображениями.