

ОСТРЫЙ ЖИВОТ У БЕРЕМЕННЫХ

Ахметбекова А. С. 602-2 группа

- «Острый живот»-это остро возникшие процессы в брюшной полости, угрожающие жизни, от которых больные могут быть излечены только с помощью экстренного хирургического вмешательства.



- 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.

Особенности ведения беременных с симптомами острого живота

- Полноценная предоперационная подготовка, адекватное восполнение ОЦК
- Обезболивание – эндотрахеальный наркоз (адекватная оксигенация, минимальная травматичность операции)
- Техника операции - максимально бережная. До срока 16-18 недель возможно использование лапароскопии.
- Метод родоразрешения – роды через естественные родовые пути. Кесарево сечение в условиях разлитого перитонита является основанием для удаления матки.

- Острый аппендицит у беременных 90% случаев острого живота, 60% случаев острого аппендицита приходится на первую половину беременности
- В 4-6 раз чаще встречаются деструктивные формы аппендицита
- Летальность в 6 раз выше, чем у небеременных женщин

Клиника острого аппендицита

- Локализация болей от правой подвздошной области до правого подреберья
- Симптомы раздражения брюшины отсутствуют или мало выражены из-за растяжения брюшной стенки
- Быстрее и легче развивается перитонит
- Быстрое нарастание симптомов общей интоксикации: частоты пульса, повышения температуры тела, учащение рвоты, лейкоцитоз, одышка, вздутие живота.
- Появление гипертонуса матки

Симптомы аппендицита при беременности (после 20 недель):

- Симптом Менделя – в положении беременной на левом боку боль уменьшается, а при быстром повороте на правый бок – усиливается.
- Тазовый симптом Подоненко-Богдановой – при пальпации восходящей кишки при наличии аппендицита отмечается резкая боль в области таза или правой подвздошной области ближе к лону.
- Симптом Тараненко – усиление болей в животе при смещении матки слева направо в положении больной на спине.
- Симптом Ленандера – разница между температурой в прямой кишке и подмышечной области 1 градус и более

Диагностические критерии аппендицита у беременных

- Нарастание лейкоцитоза в динамике, сдвиг лейкоформулы влево
- ЧСС более 100 уд / мин. И лейкоцитоз более $12 \times 10^9 / \text{л}$.
- Многократная рвота
- Отсутствие патологических изменений со стороны мочевыделительной системы
- Боли при смещении матки в стороны, при пальпации через влагалищные своды, боли при движении правого бедра.

Лечение

- В I триместре – лапароскопия или разрез по Волковичу-Дьяконову, во II триместре – чем больше срок, тем выше разрез.
- Максимальная активность в отношении перитонита, максимальный консерватизм в отношении беременности.
- В родах – сначала родоразрешение, потом аппендэктомия. При показаниях к кесареву сечению – одновременно роды и аппендэктомия.

Острая непроходимость кишечника

- Составляет 10% случаев «острого живота». Перинатальная смертность при непроходимости кишечника – 70-100%. Материнская смертность достигает 10-15%.

Острая непроходимость кишечника

- Бывает динамическая и механическая.
- Причины динамической кишечной непроходимости: атония кишечника вследствие гиперпродукции гестагенов и сдавление кишечника беременной маткой (наиболее опасные сроки 12-16 недель и опускание предлежащей части плода в конце беременности).

Клиника

- Начальный период (12 часов)-боли в животе, задержка стула, рвота, кишечные шумы.
- Вторая фаза заболевания (12-36 часов) – вздутие кишечника, асимметрия живота, частая и обильная рвота.
- Рентгенологически – горизонтальные уровни жидкости в кишечнике. Симптомы интоксикации, полиорганной недостаточности.
- Поздний период – период исхода. Высокая лихорадка, каловая рвота. Больные погибают.

Лечебная тактика

- Сложно отличить динамическую и механическую кишечную непроходимость. Поэтому в сомнительных случаях начинают с консервативной терапии (0,1% атропин 1,0 п / к, сифонная клизма, инфузионная терапия, эвакуация желудочного содержимого через зонд).
- Если в течение 1,5-2 часов эффекта нет – оперативное лечение. Если есть признаки перитонита – хирургическое лечение без консервативной терапии.
- Применение препаратов, усиливающих перистальтику (прозерин) беременным противопоказано ввиду влияния на тонус матки.

Объем операции

- При динамической кишечной непроходимости и наличии жизнеспособного плода необходимо начать операцию с кесарева сечения, при перитоните после извлечения плода производят удаление матки.
- При механической кишечной непроходимости беременность иногда можно пролонгировать, но в случае развития угрозы прерывания применение токолитиков не показано, так как это может привести к снижению перистальтики.

Острый холецистит у беременных

Классификация:

- неосложненный (катаральный, флегмонозный и гангренозный)
- осложненный (инфильтратом, абсцессом, перитонитом, механической желтухой, холангитом, наружными и внутренними свищами, панкреатитом).

Симптоматика

- Симптом Ортнера – поколачивание ребром ладони по правой реберной дуге,
- Кера – боль на вдохе при пальпации правого подреберья,
- Мюсси – болезненность при надавливании над ключицей в месте хода диафрагмального нерва).
- В динамике - нарастание лейкоцитоза, уровня билирубина, щелочной фосфатазы и АЛТ, при вовлечении в процесс поджелудочной железы - уровня амилазы. УЗИ - признаки холецистита, камней желчного пузыря.

Консервативное лечение острого холецистита

- Голод в течение 24-48 часов.
- Инфузионная терапия в объеме 1500-2000 мл. под контролем диуреза.
- Спазмолитики, можно использовать нитроглицерин.
- Обезболивание промедолом.
- Введение омнопона противопоказано, так как он вызывает спазм сфинктера Одди.
- Антибактериальная терапия (цефалоспорины).
- Антигистаминные препараты. В случае неэффективности терапии вопрос об операции должен быть решен в течение 3 суток.

Показания для хирургического лечения:

- О. холецистит с признаками разлитого перитонита
- О. холецистит, осложненный холангитом, тяжелым панкреатитом, механической желтухой, деструктивными изменениями желчного пузыря.
- Прогрессирование воспалительного процесса, несмотря на проводимую терапию.

Метод родоразрешения при остром холецистите

- Роды целесообразно вести через естественные родовые пути.
- Кесарево сечение производится при наличии акушерских показаний.

Перфорация язвы желудка и двенадцатиперстной кишки.

- Составляет 2-2,5% от острых заболеваний брюшной полости. Летальность 1,2% - 1,6% (по данным зарубежных авторов – от 10-11% до 40%).
- Прободение язв 12-перстной кишки – в 10 раз чаще, чем язв желудка.
- Причины ремиссии (у 80-85%) Снижение выработки соляной кислоты. Гипотония органов
Улучшение питания беременных
- Обострения Чаще в I триместре (могут маскироваться клиникой раннего токсикоза). В послеродовом периоде (у 75% - в первые 6 месяцев после родов).

Клиника

- Острые боли в эпигастрии, с иррадиацией в правое подреберье и под лопатку. Рвота не характерна. Положение вынужденное. Напряжение мышц брюшной стенки (выраженность зависит от локализации язвы).
- **Объективные и инструментальные методы обследования:** Тимпанит в верхних отделах живота
Рентгенодиагностика (пневмоперитонеум)
ФГДС Лапароскопия (в ранние сроки беременности).

Тактика

- Подозрение на наличие язвенной болезни является показанием для экстренного хирургического лечения. Объем – минимален (ушивание перфорационного отверстия). На ранних сроках иногда – резекция желудка.
- При жизнеспособном плоде и наличии технических трудностей для проведения операции – кесарево сечение. При наличии перитонита – удаление матки.

Острый панкреатит и беременность

- Среди причин острого живота во время беременности занимает 3 место.
Летальность при остром панкреатите во время беременности составляет от 6 до 33 %. Перинатальная смертность составляет 38 %.

Классификация острого панкреатита (по В.С. Савельеву). Клинико-анатомические формы:

- Отечный панкреатит
- Жировой панкреонекроз
- Геморрагический панкреонекроз
- Распространенность процесса
- Локальный
- Субтотальный
- Тотальный

Классификация А.Н. Бакулева и В.В. Виноградова :

- Острый отек поджелудочной железы
- Панекронеоз
- Гнойный панкреатит

Причины острого панкреатита

- Механические (папиллит, холедохолитиаз, опухоли, дискинезия желчевыводящих путей)
- Нейрогуморальные причины (стресс, «гормональные» панкреатиты беременных)
- Токсико-аллергические причины (инфекция, ядовитые и токсические вещества).

Клиника острого панкреатита

- Острые опоясывающие боли в животе после приема жирной и острой пищи, частая рвота, не приносящая облегчения.
- Быстро нарастает интоксикация (тахикардия, сухой язык, гипотензия, олигурия).
- Положительные симптомы Керте и Мейо-Робсона. Ригидность передней брюшной стенки, как правило, отсутствует.

Диагностика

- Нарастание лейкоцитоза в динамике, сдвиг лейкоформулы влево с токсической зернистостью нейтрофилов
- Увеличение уровней амилазы крови и мочи (диастазы) в 3 - 9 раз. Гипергликемия крови и снижение уровня кальция указывают на тяжесть заболевания.
- Инструментальные методы диагностики УЗИ – исследование информативно только в I и II триместре. В III триместре матка препятствует осмотру поджелудочной железы.
- УЗИ помогает дифференцировать острый панкреатит от отслойки плаценты, патологии желчного пузыря и почек.

Дифференциальная диагностика

- Острого панкреатита проводится с
Акушерской патологией (тяжелый гестоз,
преждевременная отслойка нормально
расположенной плаценты).
- Острым холециститом и аппендицитом
- Острым пиелонефритом и мочекаменной
болезнью.

Основные принципы лечения

- Ликвидация интоксикации (инфузионная терапия, плазмоферез, гемофильтрация)
- Профилактика и лечение инфекции (пенициллины и цефалоспорины)
- Обезболивание (промедол, спазмолитики + антигистаминные средства)
- Подавление секреции поджелудочной железы (голод, зонд в желудок, орошение желудка щелочными растворами, прием антацидов).
- Показания к хирургическому лечению Гнойно-деструктивные формы панкреатита нарастающий перитонит холецистопанкреатит с деструкцией желчного пузыря

Тактика ведения беременности при остром панкреатите

- В остром периоде панкреатита беременность целесообразно пролонгировать.
- У большинства женщин после операции беременность прогрессирует, хотя перинатальная смертность в 20 раз выше нормы.
- При необходимости кесарева сечения и операции на поджелудочной железе после кесарева сечения проводят экстирпацию матки с трубами, а затем операцию на поджелудочной железе.

Перекрут ножки опухоли яичника

- Встречаются в 0,15%-1,3% беременных. Преобладают дермоидные (50%) и эпителиальные (40%) кисты. Ретенционные кисты – 30% случаев.
- **Анатомическая ножка кисты яичника:** Мезовариум (брыжейка яичника), собственная связка яичника, подвешивающая связка яичника.
- **Хирургическая ножка:** кисты также может включать маточную трубу, сальник, петли кишечника.

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, Дифференциальная диагностика

- 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.
- 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: тромбозы и септические осложнения.

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.