

СИБИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

ЦЕНТР ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ
И ПОСЛЕДИПЛОМНОЙ ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ

Л. И. Кох, И. А. Степанов

Острый живот в акушерстве

Методическое пособие

Томск- 2002

СИБИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

ЦЕНТР ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ
И ПОСЛЕДИПЛОМНОЙ ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ

«Утверждаю»

Председатель методического совета

ЦПК и ППС, профессор

_____ Л. И. Кох

"__" _____ 2002 г.

«Утверждаю»

Декан факультета ЦПК и ППС, профессор

_____ Э. И. Белобородова

"__" _____ 2002 г.

"Утверждаю"

Проректор по учебной работе

СГМУ, председатель ЦМС,

профессор А.И. Венгеровский

_____ 2002 г.

Л. И. Кох, И. А. Степанов

Острый живот в акушерстве

Методическое пособие

Томск- 2002

УДК:618.2:617.55-036.11
ББК: P716:p457.465
О - 792

Л. И. Кох, И. А. Степанов. Острый живот в акушерстве: Методическое пособие. – Томск, 2002. – 39с.

В данном пособии изложена основная патология, которая может привести к развитию клиники “острого живота” в акушерстве. Раскрыты особенности клинической картины при беременности, основные методы диагностики для постановки диагноза и его дифференциации, а так же тактика ведения с учетом срока беременности, состояния женщины и плода.

Пособие предназначено для врачей акушеров-гинекологов, хирургов, терапевтов и врачей „Скорой помощи”.

Острый живот в акушерстве

Л. И. Кох – профессор, д.м.н., зав кафедрой акушерства и гинекологии ФУВ Сибирского государственного медицинского университета, г. Томск

И. А. Степанов – к.м.н., ассистент кафедрой акушерства и гинекологии ФУВ Сибирского государственного медицинского университета, г. Томск

Методическое пособие для врачей акушеров- гинекологов.

Рецензент:

Зав. кафедрой факультетской хирургии СГМУ профессор, д.м.н. О. А. Ивченко

Доцент кафедры факультетской хирургии СГМУ к.м.н. А. И. Чернов

Отпечатано в лаборатории оперативной полиграфии СГМУ

Заказ № Тираж экз.

Сибирский государственный медицинский университет
Центр повышения квалификации и
последипломной подготовки специалистов

Острый живот в акушерстве

(Пособие для врачей акушеров-гинекологов, ординаторов, интернов)

Томск 2002

Пособие для врачей разработано на кафедре акушерства и гинекологии
ФПК и ППС СГМУ
(зав. кафедрой д.м.н., профессор Л.И.Кох)

Составитель: ассистент кафедры, к.м.н.
Степанов И.А.

Центр повышения квалификации и последипломной подготовки
специалистов

"Утверждаю"

Председатель методического
и ППС совета ЦПК и ППС, профессор
Белобородова

_____ Л.И. Кох

_____ 2002 г.

"Утверждаю"

Декан факультета ЦПК
профессор Э.И.

_____ 2002 г.

Острый живот в акушерстве

Томск - 2002

В данном пособии для врачей изложена основная патология, которая

может привести к развитию клиники “острого живота” в акушерстве. Раскрыты особенности клинической картины при беременности, основные методы диагностики для постановки диагноза и его дифференциации, а так же тактика ведения с учетом срока беременности, состояния женщины и плода.

Пособие предназначено для врачей акушер-гинекологов, хирургов, терапевтов и врачей „Скорой помощи”.

Организация разработчик: Сибирский государственный медицинский университет, кафедра акушерства и гинекологии ФПК и ППС.

Авторы пособия для врачей: профессор, д.м.н., Кох Л.И.

ассистент, к.м.н. Степанов И.А.

«ОСТРЫЙ ЖИВОТ» В АКУШЕРСТВЕ

Введение.

Термин «острый живот» объединяет группу заболеваний органов брюшной полости, остро возникающих и большинство которых могут быть излечены только с помощью экстренного хирургического вмешательства. В акушерской практике операции по поводу острого живота производятся примерно у 0,2% беременных.

Чаще всего встречаются поражения органов желудочно-кишечного тракта: аппендикса (составляет до 90% случаев «острого живота» при беременности), желчного пузыря и поджелудочной железы, желудка, кишечника. Клинику «острого живота» могут обусловить гинекологические заболевания (перекрут ножки измененных и неизмененных придатков, нарушения питания миоматозных узлов, внутренние кровотечения и т. п.), различные осложнения беременности, родов и послеродового периода (преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, угрожающий и совершившийся разрыв матки).

В связи с многообразием причин «острого живота» его диагностика затруднена. При беременности поздних сроков и в родах трудности диагностики возрастают, что неминуемо сказывается на своевременности операции и играет решающую роль в ухудшении прогноза для матери и плода. Объясняется это не только изменением топографии органов брюшной полости, гормонального и иммунологического балансов во время беременности, но и реакцией самого организма на течение процесса. Во время беременности происходит разрыхление тканей малого таза, расширение кровеносных и лимфатических сосудов матки и таза, что создает благоприятные предпосылки для тромбообразования и распространения воспалительного процесса брюшной полости. Значительное растяжение брюшины и смещение кишечника вверх беременной маткой не приводит к возникновению резких болей, что также крайне затрудняет диагностику острых заболеваний органов брюшной полости у беременных женщин.

Летальность беременных при различных заболеваниях группы «острого живота» значительно выше, чем у небеременных. Сравнивая данные

зарубежных авторов, можно прийти к выводу, что при остром аппендиците летальность в 2,5-3 раза, а при отдельных видах кишечной непроходимости в 2-4 раза превосходит летальность у небеременных. По данным J. P. Chambon et al.,(1986), материнская летальность в группе оперированных по поводу «острого живота» женщин составила 5,7%. Помимо повышенной опасности для матери, острые заболевания брюшной полости неблагоприятно влияют на течение беременности, вызывая ее преждевременное прерывание, гибель плодов, смерть новорожденных. Подобные осложнения, по данным разных авторов, отмечаются у 5-7% женщин с острым аппендицитом, у 50-70% при отдельных формах кишечной непроходимости, при перитоните гибель детей достигает 90%. Причиной этих потерь являются не только инфицирование плода, плаценты, матки, но и интоксикация (в том числе лекарственная), гипертермия, нарушение гомеостаза у матери.

Прогноз для матери и плода при любых острых заболеваниях органов брюшной полости существенно ухудшается с увеличением срока беременности и в родах, что связано с возрастанием диагностических трудностей и, следовательно, с задержкой операции. Симптомы, обычно типичные в начальные сроки беременности, могут стать весьма стертыми в поздние сроки и в родах.

ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ

Острый аппендицит (ОА) во время беременности встречается и 0,03-5,20% случаев.

Частота встречаемости ОА при беременности: в I триместре - 19-32%; во II - 44-66% (хуже перинатальные исходы); в III - 15-16% (чаще возникают деструктивные формы); в послеродовом периоде - 6-8%.

В патогенезе острого аппендицита основное значение имеют нарушение микроциркуляции в червеобразном отростке и гипотоническое состояние гладкой мускулатуры слепой кишки и аппендикса. Во время беременности выявляются следующие предрасполагающие факторы: ослабление

автоматической регуляции моторной функции кишечника; гипотоническое состояние гладкой мускулатуры желудочно-кишечного тракта, поддерживаемое повышенной секрецией прогестерона; начиная с 20-21-й недели беременности, червеобразный отросток вместе со слепой кишкой смещается вверх и кзади увеличенной маткой, что усугубляют нарушения микроциркуляции.

Анатомо-топографическая близость внутренних половых органов и червеобразного отростка создает благоприятные условия для внутриутробного инфицирования плода.

Клинические проявления острого аппендицита у беременных нетипичны и часто приводят к диагностическим ошибкам. Более чем в 50% наблюдений аппендицита у беременных допускалась диагностическая ошибка (30—35% в условиях стационара и до 80% во внебольничной сети).

Наиболее характерным клиническим симптомом острого аппендицита во время беременности является боль. В начале приступа она, как правило, определяется в околопупочной области и лишь позднее (обычно через 3-4 часа) перемещается в зону проекции слепой кишки — на переднюю брюшную стенку. Боль может оставаться локализованной или иррадиировать в ногу, поясницу, правое подреберье; большинство пациенток обращают внимание на усиление болевой симптоматики при покашливании. При этом у беременных необходимость учитывать:

- вариабельность положения червеобразного отростка в I, II и III триместрах беременности;
- наличие опосредованного (вторичного) болевого синдрома, связанного с гипермоторикой кишечника в условиях воспаления;
- высокую частоту симптомов угрозы прерывания беременности, нередко сопровождающих острый аппендицит или маскирующих его клиническую картину.

Симптомы нарушения моторной функции кишечника (метеоризм, диарея, запоры и т. д.) при остром воспалении червеобразного отростка наблюдаются редко. Необходимо у беременной учитывать наличие: 1) субфебрильной или

умеренно фебрильной лихорадки (37,5-38,5С), которая обычно связана с динамикой болевого синдрома и степенью деструкции тканей червеобразного отростка; 2) учащение пульса (90-100 уд/мин) и умеренный лейкоцитоз (нередко единственный объективный симптом у беременных).

Дифференциальная диагностика проводится: с ранним токсикозом (в I триместре), с тяжелыми формами гестоза (II-III триместры), с угрозой прерывания беременности.

Язык в начале приступа, как правило, влажный, слегка обложен белым налетом, однако вскоре становится сухим. При проведении перкуссии и пальпации живота, независимо от срока беременности, исследование начинают с левой подвздошной области, затем плавно переходят на левое подреберье, верхнюю часть живота, и, наконец, определяется точка или зона наибольшей болезненности.

В I

триместре беременности при типичном расположении червеобразного отростка ее локализация соответствует таковой у небеременных женщин. Начиная с 20-21-й недели беременности, область максимальной болевой чувствительности смещается вверх, при этом болевые ощущения утрачивают свою остроту, чаще боль становится тупой или тянущей.

Пальпацию живота лучше производить "плоской рукой", так как при ОА ищут не конкретную болезненную точку, а достаточно обширную область без четко выраженных границ. Во время беременности, особенно во второй половине, бессмысленно определять локальную болезненность в точках Мак-Бернея, Ланца и др., поскольку практически всегда (92,3%) эти симптомы оказываются отрицательными или сомнительными. Симптом Ситковского (усиление болей в правой подвздошной области при положении больного на левом боку) и модифицированный симптом Ровзинга (усиление болей в зоне проекции слепой кишки на переднюю стенку при толчкообразном надавливании на левое ребро беременной матки) положительны приблизительно у каждой третьей беременной, оперированной по поводу острого аппендицита. Редко (до 25%) удается обнаружить и локальное

напряжение мышц передней брюшной стенки, так как увеличенная матка препятствует непосредственному контакту воспалительно-измененного червеобразного отростка с париетальной брюшиной. Наибольшее значение при подозрении на ОА у беременных имеет симптом Щеткина— Блюмберга, который определяется в правой подвздошной области (в I начале II триместра или несколько выше нее (во II и III триместрах) уже на ранних сроках заболевания и по мере прогрессирования воспалительного процесса.

При подозрении на острый аппендицит у беременных необходимо также: 1) проверить признак Пастернацкого, который при остром аппендиците бывает отрицательным; 2) обследовать органы грудной полости, чтобы не пропустить изменений в легких (нижнедолевой пневмонии); 3) для исключения возможных гинекологических заболеваний (перекрут ножки опухоли яичника, нарушение питания в узле миомы матки, разрыв стенки кисты яичника) и акушерских осложнений (угроза прерывания беременности, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, угроза разрыва матки по рубцу), имеющих сходные с острым аппендицитом клинические проявления, производят бимануальное и во второй половине беременности наружное акушерское обследование.

По лабораторным данным будут наблюдаться лейкоцитоз, нейтрофильный сдвиг влево лейкоцитарной формулы, лимфоцитопения. Диагностическая ценность клинического анализа крови увеличивается при сопоставлении лейкоцитоза с частотой пульса. Частота пульса свыше 100 уд/мин в сочетании с лейкоцитозом более $12-14 \cdot 10^9/\text{л}$ даже на фоне нормальной температуры может свидетельствовать о тяжелом деструктивном аппендиците.

Ультразвуковое обследование беременных с подозрением на ОА дает возможность исключения другой хирургической и акушерско-гинекологической патологии (холецистит, панкреатит, перекрут ножки кисты яичника, угроза выкидыша, отслойка плаценты и др.). Точность и специфичность сонографии в диагностике ОА достигают со-

ответственно 96 и 98%.

Достоверными эхографическими признаками ОА следует считать: повышение контрастности структур, увеличение диаметра (более 6 мм) и утолщение стенки червеобразного отростка; отсутствие перистальтической активности аппендикса; ригидность червеобразного отростка при дозированной компрессии.

У каждой второй беременной удается выявить косвенные, эхографические признаки острого аппендицита: паретические петли кишечника, визуализирующиеся преимущественно в правой подвздошной области; утолщение купола слепой и терминального отдела тонкой кишки; наличие выпота в правой подвздошной ямке и полости таза; визуализацию в правой подвздошной области конгломерата эхонеоднородных тканей без четких границ, со "смазанной" структурой ("рыхлый" воспалительный инфильтрат); увеличение диастолического кровотока при одновременном снижении индекса резистентности (до 0,54) в аппендикулярной артерии (по данным доплерометрии).

С учетом больших размеров матки сонографическое исследование в III триместре беременности рекомендуется проводить в положении женщины лежа на левом боку.

Использование лапароскопии в акушерской клинике ограничено сроком беременности. Увеличение размеров матки до 20 недель и более препятствует осмотру купола слепой кишки, червеобразного отростка, анатомических углублений малого таза, что не может не сказаться на информативности лапароскопии. Поэтому лапароскопия является оптимальным методом диагностики атипичных и малосимптомных форм острого аппендицита только в первой половине беременности и в послеродовом периоде.

Для лучшей визуализации указанных анатомических образований больную нужно уложить на левый бок. Характерным лапароскопическим признаком острого аппендицита следует считать "напряжение" и ригидность червеобразного отростка, потерю им эластичности. Этот симптом встречается у 98-100% больных.

Если при лапароскопии осмотреть червеобразный отросток не удастся, врач ориентируется на косвенные визуальные признаки воспалительных изменений аппендикса: гиперемию, отечность, кровоизлияния, а иногда наложение фибрина на брюшине купола слепой кишки и париетальной брюшине правой подвздошной ямки. При отсутствии достоверных эндоскопических симптомов острого воспаления червеобразного отростка необходимо тщательно осмотреть органы брюшной полости и малого таза, исключив тем самым наиболее распространенные гинекологические и хирургические заболевания, которые могут протекать под маской аппендицита.

Тактика ведения. При любой форме острого аппендицита у беременных показано хирургическое лечение. Наилучшее время для операции — первые 12 часов от момента появления симптомов заболевания. При неясных признаках болезни и удовлетворительном состоянии беременной допустима выжидательная тактика, предполагающая динамическое наблюдение в условиях хирургического стационара и использование дополнительных методов исследования.

Объем хирургического лечения острого аппендицита - в большинстве случаев это типичная аппендэктомия. Типичный разрез в правой подвздошной области (по методике Волковича— Дьяконова) допустим только в I триместре беременности и в позднем послеродовом периоде, при условии твердой уверенности в диагнозе и отсутствии симптомов перфорации червеобразного отростка. В остальных клинических ситуациях данный доступ не позволяет осуществить детальный осмотр позадматочного углубления и придатков матки. Оптимальным методом аппендэктомии в первой половине беременности и послеродовом периоде является оперативная лапароскопия. Ее преимущества:

- 1) дает возможность прицельно изучить состояние органов малого таза и при необходимости полностью эвакуировать гной или воспалительный экссудат из латеральных каналов и прямокишечно-маточного углубления;
- 2) применение для обезболивания лапароскопии эндотрахеального наркоза, а

не внутривенной или местной инфильтрационной анестезии позволяет уменьшить операционный стресс и тем самым снизить риск на завершающем этапе хирургического преждевременного прерывания беременности в раннем послеоперационном периоде;

- 3) на завершающем этапе оперативного вмешательства в брюшную полость может быть введена канюля, которую используют в течение первых 2-5 суток послеоперационного периода для проведения сеансов динамической лапароскопии и пролонгированной санации брюшной полости.

Во второй половине беременности, в родах и в течение первых 5 дней послеродового периода, а также при перфорации или деструкции червеобразного отростка (на любом сроке беременности) оптимальным хирургическим доступом является нижнесрединная лапаротомия.

- Этот доступ позволяет:
- 1) произвести тщательную ревизию брюшной полости;
 - 2) установить истинную распространенность воспалительного процесса;
 - 3) при необходимости интубировать тонкую кишку и широко дренировать правый и левый латеральный каналы, под- и надпеченочное пространство, прямокишечно-маточное углубление.

После аппендэктомии у беременных акушерские и хирургические осложнения встречаются в 17% случаев. Материнская летальность колеблется от 0% при неосложненном аппендиците до 16,7% при перфорации и перитоните. В послеоперационном периоде в 14-28% случаев отмечается преждевременное прерывание беременности.

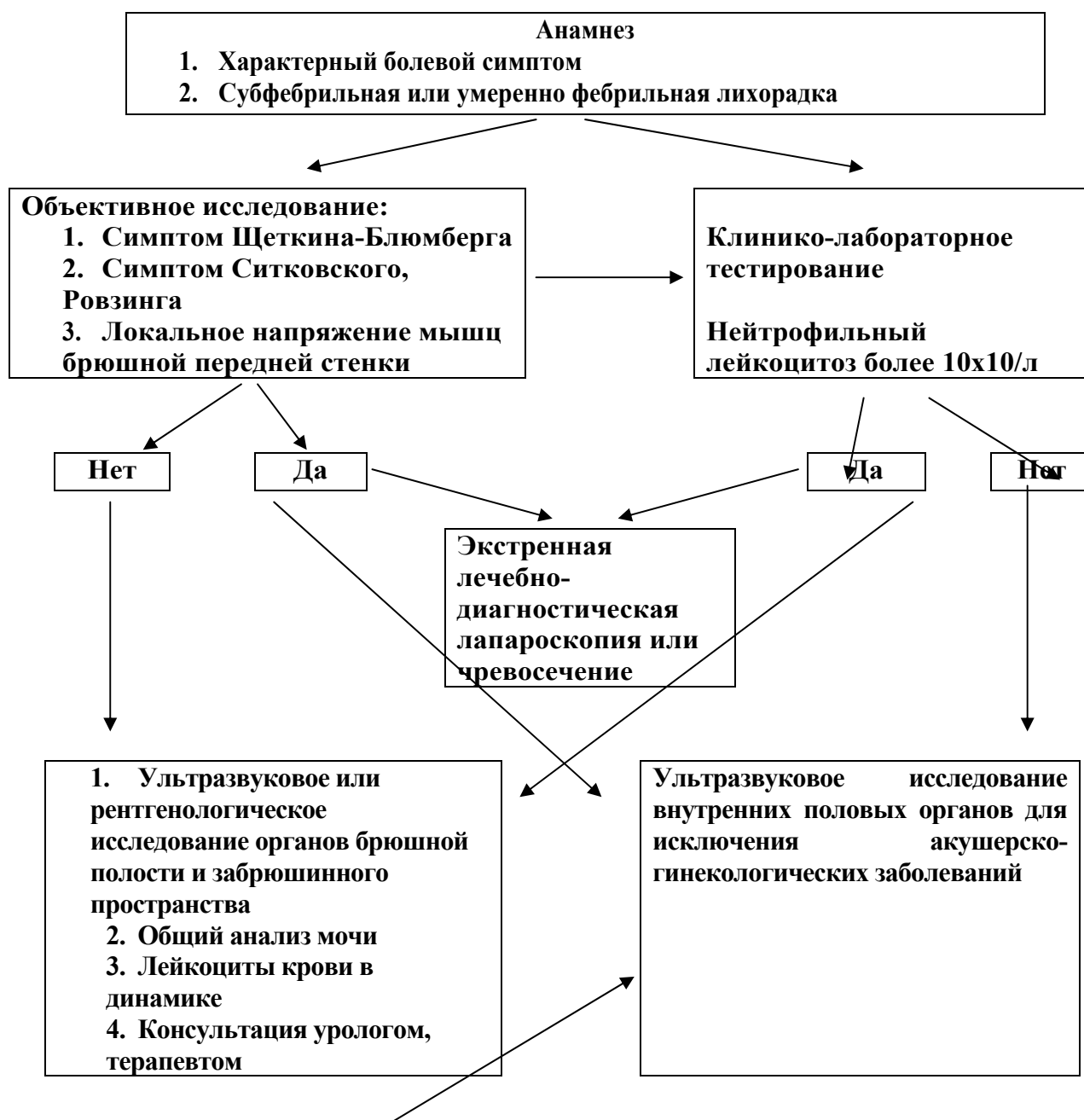
Развитие аппендицита у беременных значительно ухудшает прогноз для плода. При неосложненном ОА перинатальные потери составляют около 2-17% и возрастают до 19,4-50% при перфорации отростка. Наиболее неблагоприятные перинатальные исходы отмечаются при развитии аппендицита во II триместре беременности.

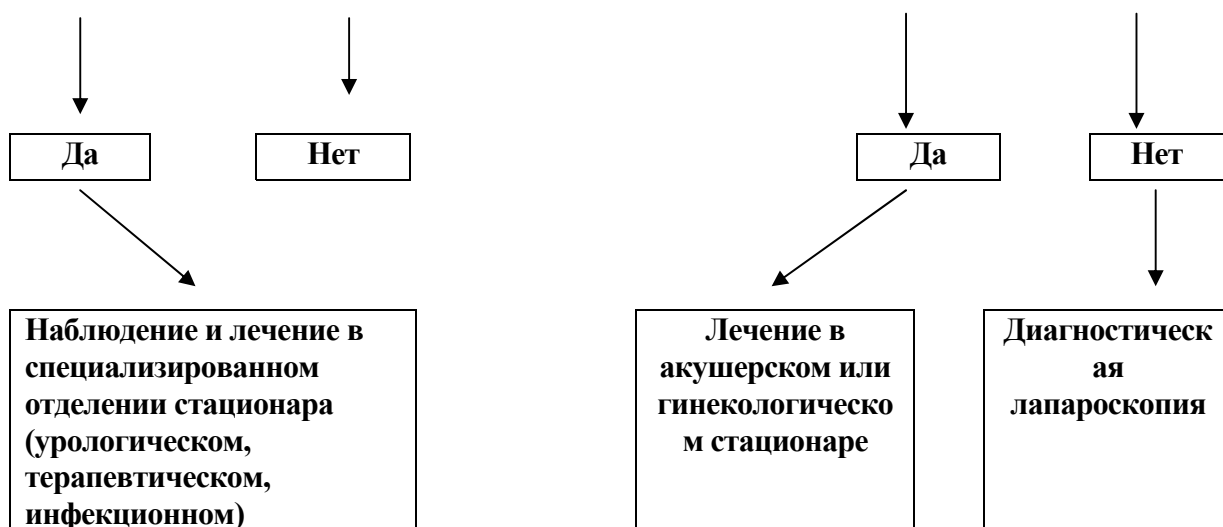
Тактика ведения послеоперационного периода: 1) ежедневно больную

должен осматривать акушер-гинеколог; 2) проводится ультразвуковое исследование (в зависимости от срока беременности - эхография, доплерометрическое изучение кровотока в фетоплацентарной системе, кардиотокография); 3) независимо от гестационного срока с целью профилактики преждевременного прерывания беременности всем женщинам, начиная с первых суток послеоперационного периода, показано проведение седативной и спазмолитической терапии.

Алгоритм обследования беременных с подозрением на острый аппендицит

схема





Из миотропных спазмолитиков предпочтительным является парентеральное введение раствора но-шпы или галидора в сочетании с назначением спазмолитических свечей per rectum.

С целью профилактики послеоперационных гнойно-септических осложнений и внутриутробного инфицирования плода беременным, оперированным по поводу деструктивных форм аппендицита, показана антибактериальная терапия, которая проводится в I триместре полусинтетическими пенициллинами, а со II триместра – полусинтетическими пенициллинами или цефалоспорины. Данная терапия начинается интраоперационно и продолжается в течение 5-7 дней в среднетерапевтических дозах.

Родоразрешение по поводу ОА следует проводить через естественные родовые пути при развитии родовой деятельности в 1-2-е сутки послеоперационного периода; при доношенной беременности целесообразно укорочение второго периода родов рассечением промежности или наложением выходных акушерских щипцов. Кесарево сечение производят только по жизненным показаниям. При перфоративном аппендиците, ограниченном или разлитом перитоните показано расширение объема операции до экстирпации матки с маточными трубами и дренированием брюшной полости (один дренаж вывести через культю влагалища, два других - установить в правом и левом латеральных каналах живота).

Таким образом, снижение частоты и тяжести осложнений острого

аппендицита во время беременности может быть достигнуто только благодаря применению комплекса мер, среди которых необходимо выделить следующие: ранняя диагностика с использованием современных лабораторно-инструментальных методов; своевременность, дифференцированный выбор наиболее рационального доступа и метода оперативного вмешательства; целенаправленная, активная профилактика осложнений в послеоперационном периоде.

ОСТРЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ

За последние годы отмечается рост числа воспалительных заболеваний печени и желчевыводящих путей (Михайленко Е. Т. и соавт., 1990., Шехтман М. М., 1987 и др.) Острым холециститом или обострением хронического процесса чаще болеют женщины с нарушением обмена веществ, и нередко данная патология проявляется в связи с беременностью. Последнее обусловлено гиперхолестеринемией. Существенную роль в развитии холецистита играет инфекция. Отрицательно сказываются нарушения деятельности желудочно-кишечного тракта, которые могут рефлекторно повлиять на функцию желчного пузыря. Образование камней в желчном пузыре и развитие в последующем желчекаменной болезни патогенетически связаны с холециститом, по существу, эти процессы неотделимы. В развитии холецистита могут быть различные причины — гипертензия в желчных путях, обусловленная нарушением замыкательной функции сфинктера Одди, морфологические изменения в виде структуры терминального отдела общего желчного протока, нарушение реологических свойств крови в сторону гиперкоагуляции и др. У 76—90 % больных с острым холециститом в основе лежит желчекаменная болезнь (Зиневич В. П., 1990).

Врачи-акушеры должны придерживаться классификации, используемой в хирургической практике, так как в зависимости от формы холецистита и его осложнений будут меняться клинические симптомы и тактика врача — проведение консервативного или хирургического лечения.

Классификация острого холецистита (по Савельеву В.С. и Яблокову Е.Г.).

Неосложненный	Осложненный
катаральный флегмонозный гангренозный	околопузырным инфильтратом околопузырным абсцессом прободением пузыря перитонитом механической желтухой холангитом наружным или внутренним желчным свищом острым панкреатитом

Наиболее частыми осложнениями острого холецистита являются механическая желтуха и холангит, развитие которых обусловлено переходом воспаления с желчного пузыря на внепеченочные желчные протоки или наличием в желчных протоках камней. По данным В. С. Савельева и Е. Г. Яблокова (1986), осложненные формы острого холецистита встречаются в 15 - 20% случаев.

Клиническая картина проявляется: болями в правом подреберье с иррадиацией под правую лопатку, в плечо; иногда боли носят тупой характер; тошнотой, рвотой, которые не приносят облегчения больной.

Из анамнеза удастся выяснить погрешность в диете беременной (жирная пища, острые блюда и т. д.), наличие у больной холецистита.

Общее состояние сначала остается удовлетворительным. При пальпации обнаруживается болезненность в области желчного пузыря. Необходимо проверить наличие симптомов: Ортнера (при легком поколачивании ребром ладони по правой реберной дуге отмечаем болезненность); Мюсси (болезненность при надавливании над ключицей в точке между ножками правой грудино-ключично-сосцевидной мышцы, где проходит диафрагмальный нерв); Боаса (болезненность при надавливании пальцем справа от VIII-X грудных позвонков на спине); Кера (боль на вдохе при пальпации правого подреберья) и др.

При катаральной форме холецистита интоксикация отсутствует, тем-

температура тела субфебрильная или нормальная. Симптомы раздражения брюшины (если они есть) отмечаются локально, в области правого подреберья; перистальтика прослушивается активная, равномерная. Со стороны матки может периодически повышаться ее тонус, болезненности при пальпации нет, сердцебиение плода не страдает. При прогрессировании воспалительного процесса в желчном пузыре состояние ухудшается, появляются ознобы, интоксикация, повышается температура тела до 38°C, симптомы раздражения брюшины нарастают. Наличие камней в печеночных и общем желчном протоках приводит к нарушению функции гепатоцитов, возникновению холангита и механической желтухи, что, в свою очередь, обуславливает нарастание болевого синдрома; со стороны матки периодически могут отмечаться нерегулярные схватки, но какой-либо динамики со стороны шейки матки не отмечается.

Лабораторные исследования: анализы крови, мочи (общий, на уробилин и на желчные пигменты), биохимические анализы крови (билирубин, холестерин, креатинин, глюкоза, трансферазы, электролиты и др.) проводятся в динамике. Их результаты должны оцениваться с осторожностью, так как у беременных женщин нейтрофильный лейкоцитоз, например, может сопровождать и нормально протекающую беременность. При биохимическом обследовании выявляется повышение уровня билирубина, нередко - гиперхолестеринемия, активность АЛТ, но она редко бывает высокой.

При развитии холангита клиническая картина меняется: нарастает желтушное окрашивание склер, усиливаются ознобы, температура тела принимает гектический характер, увеличиваются в размерах печень и селезенка. Нарастает гипербилирубинемия, заметно повышается активность ферментов-маркеров холестаза: ЩФ, ГГТП, 5-НУК, может нарастать гиперхолестеринемия. Возможно дальнейшее нарастание активности АЛТ. При содружественном остром панкреатите резко повышается активность амилазы.

Для уточнения и дифференциального диагноза применяется ультразвуковой метод, который дает возможность выявить изменения в

желчном пузыре, наличие камней и их локализацию. Признак обструкции – расширение желчных протоков. Если по УЗИ патологии не выявлено, а симптомы острого холецистита выражены, проводят холецистинтиграфию с производными иминодиуксусной кислоты. В послеродовом периоде могут быть использованы и другие методы обследования — холецистография, эндоскопические.

Дифференциальную диагностику холецистита при беременности проводят с острым аппендицитом, пиелонефритом, мочекаменной болезнью, при наличии желтухи — с вирусным гепатитом, из акушерской патологии с отслойкой нормально расположенной плаценты.

Тактика ведения должна быть обсуждена совместно с хирургом. Экстренная операция показана: 1) при наличии острого холецистита с признаками разлитого перитонита; 2) острым холецистите, осложненном холангитом, тяжелой формой острого панкреатита, механической желтухой, деструктивными изменениями стенки желчного пузыря; 3) при прогрессировании воспалительного процесса, несмотря на проводимую терапию.

Консервативное лечение: 1) голод в первые 24-48 час; 2) инфузионная терапия: 500 мл 5 или 10% раствора глюкозы, 150 - 200 мл 0,25% раствора новокаина; растворы Рингера, лактосоль, реополиглюкин и др. под контролем диуреза; 3) спазмолитики (внутривенно): но-шпа 2% — 2 мл, платифиллин 0,2% — 1 мл, баралгин по 5 мл, папаверин 2% — 2 мл и др. При отсутствии гипотонии можно использовать нитроглицерин, который оказывает спазмолитическое действие на сфинктеры билиорно-креатической системы; 4) антигистаминные препараты (димедрол, пипольфен, тавегил и др.); 5) при необходимости могут применяться антибиотики широкого спектра действия (ампициллин или цефалоспорины); 6) при выраженном болевом синдроме используется введение 2% раствора промедола по 1 мл, однако введение морфия, омнопона противопоказано, так как последние приводят к спазму сфинктера печеночно-поджелудочной ампулы (сфинктера Одди).

При неэффективности консервативных мероприятий вопрос об операции

должен быть решен в первые 2-3 суток. При выявлении показаний к отсроченной операции она выполняется через 3-4 недели от начала заболевания при полной ликвидации острых явлений. Операция на желчном пузыре производится по тем же правилам, как и вне беременности.

Тактика в отношении беременности избирается индивидуально. Родоразрешение следует проводить через естественные родовые пути с укорочением периода изгнания. Кесарево сечение проводится только по акушерским показаниям.

Осложнения у рожениц с патологией желчевыводящих путей: слабость родовой деятельности, несвоевременное излитие околоплодных вод, гипоксия плода, кровотечение, задержка развития плода (35%), нарушение состояния новорожденных, перинатальная смертность при обострении хронического холецистита составляет 38%.

Профилактика обострения холецистита у беременных сводится к диетотерапии, своевременному лечению заболевания до беременности.

ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ

Среди острых заболеваний органов брюшной полости панкреатит занимает 3-е место (Савельев В. С. и др., 1983; Зиневич В. П., 1990) после острого аппендицита и острого холецистита. По отношению к родам частота панкреатита колеблется от 1:2880 до 1:11464. По сравнению с небеременными женщинами летальность у беременных несколько выше. Перинатальная смертность составляет 38%.

Острый панкреатит следует относить к полиэтиологическим заболеваниям. Согласно концепции В. С. Савельева и др. (1983), его нужно осматривать как жировой (липазный) и геморрагический (протеазный) панкреонекробиоз, как асептическое воспаление с последующим развитием некроза и присоединением вторичной инфекции. Причины возникновения острого панкреатита можно разделить на три группы:

1. Механические (вызывающие нарушения оттока панкреатического сока по протокам поджелудочной железы, вследствие чего возникает протоковая

гипертензия, особенно в тех случаях, когда имеются общий желчный проток и главный панкреатический проток, в ответ на это возникает спазм сфинктера Одди и наступает билиарно-панкреатический или дуоденально-панкреатический рефлюкс). Обычно это обусловлено дискинезией замыкательных сфинктеров, происходит при холедохолитиазе, воспалительных процессах (папиллитах), при новообразованиях.

2. Нейрогуморальные (стрессовая ситуация, «гормональные» панкреатиты у беременных в связи с повышением стероидогенеза и др.).

3. Токсикоаллергические (инфекция, иммунобиологические нарушения влияния лекарств).

Наибольшее признание получила представленная клинико-морфологическая классификация панкреатита, широко используемая практическими врачами.

КЛАССИФИКАЦИЯ ПАНКРЕАТИТА

(по В. С. Савельеву, В. Н. Буянову, Ю. В. Огневу, 1983)

I. Клинико-анатомические формы:

- 1) Отечный панкреатит (абортивный панкреонекроз);
- 2) Жировой панкреонекроз;
- 3) Гемаррагический панкреонекроз.

II. Распространенность процесса:

- 1) Локальный (очаговый);
- 2) Субтотальный;
- 3) Тотальный.

III. Течение заболевания:

- 1) Абортивное;
- 2) Прогрессирующее.

IV. Периоды болезни:

- 1) Период гемодинамических нарушений и панкреатогенного шока;
- 2) Период функциональной недостаточности паренхиматозных органов;
- 3) Период дегенеративных гнойных осложнений.

По классификации А. Н. Бакулева и В. В. Виноградова различают: 1) острый отек; 2) панкреонекроз; 3) гнойный панкреатит.

Клиническая симптоматика:

- 1) боли возникают остро, с иррадиацией в левое подреберье, носят

опоясывающий характер и обычно в большинстве случаев связаны с приемом жирной и острой пищи. Интенсивность болевого синдрома связана с тяжестью течения заболевания;

- 2) появляются тошнота, рвота, после которой больная не чувствует облегчения;
- 3) от степени выраженности интоксикации изменяется и общее состояние больной — при легкой степени отмечаются бледность кожных покровов, умеренная тахикардия; при средней степени появляется сухость кожных покровов, тахикардия нарастает и не соответствует температуре тела, кожа лица гиперемирована, наблюдаются умеренная одышка, олигурия. Для интоксикации тяжелой степени характерны цианоз, повышенная влажность кожи, выраженная одышка, сухой язык, пульс выше 120 ударов в минуту, гипотензия, олигурия, могут возникнуть ДВС-синдром и острая печеночная недостаточность.

Вследствие развития в брюшной полости воспалительного процесса нередко появляются признаки угрозы прерывания беременности, что затрудняет диагностику. Панкреонекроз может осложниться кровоизлиянием в забрюшинную клетчатку. Это сопровождается цианозом боковых поверхностей живота (симптом Грея Тернера) и цианозом в околопупочной области (симптом Каллена).

При пальпации живота ригидность мышц передней брюшной стенки у беременных может быть невыражена, отмечается зона болезненности в надчревной области (в проекции поджелудочной железы) - симптом Керте, а также в левом реберно-позвоночном углу (симптом Мэйо-Робсона). Живот умеренно вздут, большей частью по ходу поперечной ободочной кишки. Парез кишок может быть выражен в меньшей или большей степени, отмечается задержка отхождения газов.

При дифференциальном диагнозе следует исключить акушерскую патологию, поздний гестоз беременных, преждевременную отслойку нормально

расположенной плаценты, пиелонефрит, мочекаменную болезнь, острый холецистит, тем более, что последний нередко сочетается с панкреатитом.

Лабораторные исследования проводятся в динамике:

- по мере прогрессирования процесса и развития гнойных осложнений нарастает лейкоцитоз, отмечается сдвиг лейкоцитарной формулы влево, увеличивается лейкоцитарный индекс интоксикации;
- определение активности α -амилазы в крови и моче. Уже в первые часы заболевания активность α -амилазы в среднем увеличивается в 1,5-2 раза, превышая нормальный уровень (нормальные величины по методике Каравеев в сыворотке крови: 12 - 32 мг/сч мл, в моче до 120 мг/сч мл). Нарастание активности α -амилазы наблюдается с 3-х суток заболевания: в 3-5 раз при жировом панкреонекрозе и в 6-9 раз при геморрагическом;
- определение тканевых ферментов поджелудочной железы — эластазы и трансамидазы (в крови здоровых людей эти ферменты не определяются); при всех формах панкреатита активность этих ферментов высока, при прогрессировании процесса меняется их соотношение;
- развитие гипергликемии свидетельствует о тяжести заболевания;
- определяют содержание кальция крови: его длительное снижение может свидетельствовать о прогрессировании заболевания.

Для диагностики используется ультразвуковой метод, но его диагностические возможности ограничены сроком беременности, так как матка при беременности более чем 28-недель препятствует осмотру поджелудочной железы. При проведении ультразвукового исследования следует уточнить локализацию плаценты и исключить или подтвердить ее отслойку; изменения в желчном пузыре и почках.

Лапароскопия при остром панкреатите у беременных позволяет уточнить форму заболевания, диагностировать панкреатический перитонит, а также дает возможность провести дифференциальную диагностику с другими острыми заболеваниями органов брюшной полости. При доношенной беременности лапароскопию производить нецелесообразно.

Лечение панкреатита следует начинать как можно раньше и проводить его комплексно, начиная с интенсивной консервативной терапии.

- 1) Отменяется прием пищи, жидкости и лекарственных средств внутрь.
- 2) Спазмолитические средства: папаверина гидрохлорид 2% — 2 мл, платифиллин гидротартрат 0,2% — 2 мл, но-шпа — 2 мл 3-4 раза в сут внутримышечно; баралгин, максиган внутривенно.
- 3) Инфузионную терапию можно начать с введения литической смеси (0,1% раствор атропина — 1 мл, 2% раствор промедола — 1 мл, 1% раствор димедрол - 1 мл). Применение морфия и омнопона противопоказано. Широко используют введение 20-40 мл 0,5% раствора новокаина внутривенно, растворов глюкозы, Рингера-Локка, реополиглюкина.
- 4) Для подавления секреции поджелудочной железы применяют ингибиторы протеиназ — трасилол, контрикал, гордокс, пантрипин. Дозы антипротеазных препаратов определяются течением заболевания, динамикой ферментограммы крови. При легкой форме острого панкреатита контрикал вводят по 20000 ед, гордокс по 100000-200000 ед 2 раза в сутки; при средней и тяжелой формах дозы более высокие: контрикал вводят по 80000-160000 ед, трасилол по 150000-600000 ед. Количество инфузионных растворов подбирают с учетом диуреза. Инфузионная терапия направлена на поддержание нормального ОЦК, водно-солевого баланса и снижение интоксикации.
- 5) Для улучшения почечного кровотока показано применение внутривенно 2,4% раствора эуфиллина по 10 мл 2 раза в сут.
- 6) Применяются витамины, кокарбоксилаза по 100 мг 2 раза в сут. внутривенно.
- 7) Для профилактики гнойных осложнений используются антибиотики (ампициллин, ампиокс, цефалоспорины). Применение тетрациклина, широко рекомендуемое при панкреатитах, у беременных

противопоказано.

Больную должны постоянно наблюдать акушер-гинеколог совместно с хирургом, так как в ряде случаев имеется необходимость в оперативном вмешательстве. Показанием к хирургическому лечению является: - гнойный панкреатит; нарастающий перитонит; холецистопанкреатит с деструкцией желчного пузыря.

Вопрос о сохранении беременности решается индивидуально.

1) В острой фазе заболевания прерывание беременности возможно только по строгим акушерским показаниям.

2) При развитии перитонита и в случае возникшей необходимости в операции кесарева сечения в начале производится акушерская операция, которая заканчивается удалением матки.

3) В процессе консервативного лечения при сроке беременности выше 36 недель, применяют подготовку родовых путей и досрочное родоразрешение через естественные родовые пути.

При возникновении угрозы прерывания беременности терапию, направленную на ее сохранение, проводить нецелесообразно. Исходы для плода часто неблагоприятны, особенно у больных с выраженной интоксикацией, гибель плода в III триместре беременности наблюдается в 38,2% случаев.

Профилактика острого панкреатита должна начинаться еще до беременности, с выявлением и лечением всех женщин с патологией желчного пузыря и поджелудочной железы. Во время беременности женщина должна соблюдать соответствующую диету.

ОСТРАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ КИШЕЧНИКА

Острая непроходимость кишечника (ОНК) составляет до 10% случаев «острого живота». Исход заболевания зависит от сроков поступления больных в стационар и продолжительности времени, прошедшего с начала заболевания до операции. При поступлении до 6 часов от начала заболевания погибает 6 - 9% больных, из поступивших на 2-е сутки - почти половина [Стручков В. И., Луцевич Э. В. 1986]. При операции в первые

3 час от начала заболевания летальность составляет менее 5% (при этом и операции проводятся большей частью щадящие), при операциях в более поздние сроки погибают до 25% больных. В половине случаев причиной смерти является перитонит (Горбашко А. И., 1990).

При беременности ОНК встречается чаще, чем вне ее: в I триместре — 15,5%, во II — 21,1%, в III — 52,9 %, в родах — 2,3%, в послеродовым период — 8,2% больных. Потери плодов-новорожденных при ОНК выше, чем при любом другом заболевании группы «острого живота», достигая 50-75% и даже 100% (при наиболее тяжелых случаях кишечной непроходимости).

Кишечная непроходимость разделяется на 2 группы — механическую (88%) и динамическую (12%).

Динамическая непроходимость у беременных приобретает особое значение. Некоторые зарубежные авторы даже выделяют 2 варианта ОНК: ОНК при беременности и ОНК беременных. Причиной последней является встречающееся только у беременных полное или почти полное снижение тонуса дистального отдела толстой кишки, что приводит к сдавлению его в месте перехода в малый таз головкой плода или маткой, даже сократившейся после родов. Сдавлению ректосигмального отдела кишки часто предшествуют упорные запоры. Характерной особенностью «непроходимости беременных» является сочетание ее с выраженным парезом и расширением мочеточников, нередко сопровождающимися пиелонефритом.

Клинические проявления развиваются постепенно, начинаясь с задержки стула и газов, растяжения толстой кишки, которое впоследствии распространяется на тонкую. Затем присоединяется «каловая» рвота, нарастают явления перитонита. Прерывание беременности на ранней стадии развития непроходимости может способствовать излечению женщины консервативными мерами. В случаях, при которых хирургическое вмешательство неизбежно, беременность следует прерывать, иначе лечение

может оказаться безуспешным.

При беременности пользуются общепринятым разделением механической непроходимости на обтурационную, странгуляционную и смешанную. Некоторые авторы выделяют еще «сосудистую» непроходимость (инфаркт кишечника), единичные описания которой встречаются и при беременности.

Клиническая картина ОНК зависит: 1) от уровня непроходимости; 2) отсутствия или наличия сдавления сосудов и нервов брыжейки, их степени и разновидности; 3) от времени, прошедшего с начала заболевания; 4) от срока беременности.

Чем выше непроходимость, тем тяжелее она протекает, тем чаще возникает рвота и тяжелее проявляется обезвоживание, зато менее выраженным будет вздутие живота, могут отходить стул и газы (опорожняются нижние отделы кишечника).

Сдавление сосудов брыжейки, приводящее к острому нарушению трофики кишки (при завороте, внутреннем ущемлении, реже и в меньшей степени — при инвагинации и спаечной непроходимости), вызывает в короткие сроки ее некроз с последующим прободением. При преобладании сдавления вен некроз кишки развивается быстрее (за 1 - 2 часа), отмечаются острейшие боли из-за нарастающего отека и имбибиции кишки кровью.

При нарушениях в брыжейке притока и оттока крови чаще преобладают явления быстро прогрессирующего перитонита, связанного с резкой проницаемостью кишечной стенки, иногда и ее перфорацией.

В начальный период развития ОНК (от 2 до 12 часов) больные жалуются на внезапно развившиеся боли в животе, его вздутие, связанное с задержкой газов и стула, рвоту. Боли имеют схваткообразный характер (появление совпадает с усилением кишечных шумов), но могут быть и постоянными, приступообразно усиливающимися (при странгуляции).

Во второй фазе заболевания (12-36 часов) преобладают гемодинамические расстройства. Из-за ослабления сокращений кишечника боли уменьшаются и меняют характер: становятся постоянными, отмечаются

асимметрия живота, его значительное вздутие. Рвота становится частой, обильной. Появляются признаки нарушения деятельности паренхиматозных органов, нарастают нарушения водно-солевого обмена (дегидратация, гипохлоремия, гипонатриемия, гипокалиемия, сдвиг КОС), развивается дис- и гипопроteinемия, увеличивается содержание остаточного азота.

В поздний период болезни («период исхода») состояние больных крайне тяжелое, почти безнадежное. Выражены явления перитонита, которым заканчиваются все виды непроходимости, «каловая» рвота. Весьма характерна высокая температура тела при наличии резких расстройств гемодинамики. При выслушивании вздутого живота — «мертвая тишина».

Установлению диагноза во многом может помочь подробно собранный анамнез (перенесенные брюшнополостные операции, ранения, воспалительные процессы).

Трудности диагностики ОНК резко возрастают при беременности, особенно поздних сроков, и в родах. Изменения топографических взаимоотношений в брюшной полости иногда не позволяют проявиться некоторым симптомам: например, асимметрии живота, видимой перистальтики кишок. Боли даже при странгуляции не всегда носят выраженный характер, не имеют четкой локализации. Другие симптомы тоже могут быть стертыми. Характерными являются ранняя многократная рвота, тахикардия и снижение АД.

Условия диагностики ОНК в послеродовом периоде улучшаются, а прогноз может быть худшим: нередко только после родов в поздней фазе развития диагностируется ОНК, развившаяся в конце беременности и спровоцировавшая роды.

При проведении дифференциальной диагностики учитывают следующие факторы: 1) при явлениях шока с резкими нарушениями гемодинамики, беременных иногда оперируют по акушерским показаниям (преждевременная отслойка плаценты, разрыв матки); 2) частое наступление при механической непроходимости маточных сокращений; 3) боли в верхних отделах живота в

сочетании с многократной рвотой, шоком иногда приводили к ложной диагностике панкреонекроза.

В случаях, когда возникает сомнение, больных следует оперировать.

В начальный период заболевания невозможно различить механическую и динамическую ее формы. Лечение же при них разное — хирургическое при механической и консервативное при динамической непроходимости. Поэтому в первые часы заболевания нельзя прибегать к хирургическому лечению, не испробовав консервативное. Консервативные методы при механической непроходимости имеют не только диагностическое, но и выраженное лечебное действие, делая ненужной операцию у трети больных.

Консервативное лечение: 1) начинают с введения атропина сульфата (1 мл 0,1% раствора подкожно). Через 40 - 60 мин. ставят сифонную клизму. Применение усиливающих перистальтику средств до выяснения характера непроходимости считается непоказанным; 2) одновременно следует производить эвакуацию желудочно-кишечного содержимого, наладить инфузионную терапию.

Безуспешность консервативных мер в течение 1,5-2 часов служит основанием для операции. Если при поступлении в стационар диагноз острой механической непроходимости ясен, если имеются выраженные явления интоксикации, обезвоживания, признаки перитонита, консервативное лечение непроходимости бессмысленно и даже вредно из-за потери драгоценного времени и возможной травматизации кишечника. Ход хирургических вмешательств прекрасно изложен в соответствующих руководствах, в вопросах же акушерской тактики до сих пор остается много неясного.

Вопрос о целесообразности продолжения беременности решается индивидуально в каждом конкретном случае. Прерывание беременности, безусловно, показано лишь в случаях динамической кишечной непроходимости, обусловленной самой беременностью. В таких клинических ситуациях одно хирургическое лечение оказывается неэффективным.

У остальных больных следует избегать операций на матке, если 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 женщины при этом тягчайшем осложнении должны преобладать над всеми другими соображениями. Известно, что при механической непроходимости кишечника во многих случаях наступает спонтанное прерывание беременности, и, хотя при этом погибает большинство плодов-новорожденных, препятствовать прерыванию, как правило, не следует, так как большинство применяемых с целью сохранения беременности средств понижает тонус кишечника и его моторику, что небезопасно в послеоперационный период.

ПЕРФОРАЦИЯ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Язвенная болезнь встречается у 1 из 4000 беременных. Перфорация гастродуоденальных язв при беременности встречается очень редко. Это объясняется не столько редкостью сочетания язвенной болезни с беременностью, сколько благотворным влиянием последней на течение заболевания у большинства женщин.

Ремиссию болезни объясняют: 1) снижением выработки соляной кислоты; 2) оптимизацией кровообращения и гипотонией органов; 3) гормональными влияниями; 4) снижением частоты спастических состояний.

К концу беременности и особенно в послеродовой период течение язвенной болезни обостряется. В это время встречается подавляющее большинство осложнений: у половины женщин в первые 3 месяца после родов, у 75% — в первое полугодие. Осложненные длительные роды, родовые травмы, кровопотеря, стрессовые ситуации, выпадение гормонального влияния плаценты, ведущие к снижению защитных сил организма, могут способствовать обострению течения язвенной болезни и привести к развитию грозных осложнений: желудочно-кишечным кровотечениям, прободению язв. Как и вне беременности, среди осложнений язвенной болезни у беременных

преобладают внутренние кровотечения.

При беременности отмечаются высокие показатели летальности (до 80%, по данным зарубежных авторов), объясняемые у ряда женщин отсутствием язвенного анамнеза, более скрытыми проявлениями заболевания у беременных, что приводит к запоздалости хирургического лечения.

Клиническая картина прободной язвы в большинстве случаев мало отличается от ее симптоматики вне беременности и включает:

- острое начало с резчайшими болями в эпигастральной области, которые в дальнейшем могут распространиться, иррадиировать под лопатку;
- рвота не характерна, что облегчает дифференциальную диагностику с острым холециститом, панкреатитом, аппендицитом, кишечной непроходимостью;
- положение больных вынужденное, так как любые движения вызывают усиление болей, болезненным может стать даже шевеление плода;
- дыхание, как правило, затрудненное, болезненное.

При пальпации отмечается напряжение мышц брюшной стенки, хотя иногда и небольшое, что, возможно, объясняется преобладанием прободения язв двенадцатиперстной кишки (в изливающейся жидкости меньше соляной кислоты). Большим подспорьем в диагностике является обнаружение тимпанита в верхних отделах живота с исчезновением печеночной тупости.

Рентгенодиагностика основывается на нахождении свободного газа под диафрагмой или в правой половине живота пристеночно при положении беременной на левом боку. Отсутствие газов в брюшной полости не может исключить прободения. Имеются указания о целесообразности проведения в сомнительных случаях гастродуоденоскопии. Рекомендуемая некоторыми авторами лапароскопия, видимо, возможна в начальные сроки беременности. Лабораторные методы диагностики дают мало диагностически важных сведений.

Дифференциальный диагноз прободных язв желудка и двенадцатиперстной кишки необходимо проводить с острым аппендицитом, панкреатитом, холециститом, кишечной непроходимостью, тромбозом мезентериальных

сосудов, почечной коликой, преждевременной отслойкой плаценты, разрывом матки и инфарктом миокарда.

Подозрение на прободение гастродуоденальной язвы является показанием к немедленному чревосечению при любом сроке беременности и в послеродовом периоде. Объем операции должен быть минимальным и сводиться в большинстве случаев к ушиванию перфорационного отверстия, что еще более обосновано в связи с тем, что в молодом возрасте эта операция приводит к наилучшим отдаленным результатам. В начальные сроки беременности в некоторых случаях может иметь место резекция желудка. Вопрос о сохранении беременности решается индивидуально в каждом конкретном случае. При сроке беременности до 12 недель целесообразно ее прервать. При более поздних сроках необходимо проводить терапию, направленную на сохранение беременности. При доношенной беременности родоразрешение проводят через естественные родовые пути. Кесарево сечение производят в исключительных случаях и только по абсолютным акушерским показаниям с последующей экстирпацией матки с трубами и дренированием брюшной полости. Дооперационная подготовка и послеоперационное ведение осуществляются по общепринятым в хирургии нормам с учетом наличия беременности. Все женщины с этим заболеванием после выписки из родильного дома должны находиться под строгим диспансерным наблюдением и получать противорецидивное лечение.

ПЕРЕКРУТ НОЖКИ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКА

По литературным данным, опухоли яичника при беременности встречаются у 0,15-1,3% беременных. Преобладают зрелые тератомы (40-50%) и эпителиальные опухоли (до 50%), нередки и ретенционные кисты (до 30%). Любая из опухолей при беременности может осложниться перекрутом ножки. Частота данного осложнения вне и во время беременности примерно одинакова (14-15%).

Перекрут чаще наступает у многорожавших женщин с дряблой брюшной стенкой, особенно после 14 недель беременности, когда матка

оттесняет опухоль в свободную брюшную полость. Этому может способствовать также значительное уменьшение размеров матки после родов.

Клиническая картина зависит от того, насколько быстро произошел перекрут ножки и на сколько градусов совершился:

- до 180° могут проходить бесследно;
- при перекруте на 270° сдавливаются легко сжимаемые вены, приток же крови сохраняется. Постепенное нагнетание крови в опухоль ведет к пропитыванию кровью. Из-за обширных кровоизлияний по поверхности опухоль приобретает темно-багровый цвет, в брюшной полости накапливается геморрагическая жидкость;
- при полном перекруте ножки опухоли яичника кровоток прекращается, что быстро приводит к ее некрозу, а затем и к развитию перитонита.

Основные жалобы на боли (интенсивность зависит от степени перекрута), появляется рвота, наблюдается учащение пульса, небольшое повышение температуры тела, симптомы раздражения брюшины.

При бимануальном исследовании сбоку от матки пальпируется иногда довольно быстро увеличивающееся в размерах образование (определяется при повторном исследовании). Иногда смещение матки в сторону перекрута с оттеснением опухоли кверху.

Помощь при постановке диагноза оказывают выяснение из анамнеза факта нахождения у женщины опухоли яичника, а также использование ультразвукового сканирования.

Тактика ведения: срочное чревосечение после подтверждения диагноза. Разрез удобнее производить срединный. Ножку опухоли пересекают между зажимами, а затем отдельно прошивают связки яичника и маточный отдел трубы. Оставление дренажа для введений антибиотиков решается индивидуально. Вопрос о кесаревом сечении, как правило, не возникает.

НАРУШЕНИЯ ПИТАНИЯ УЗЛА МИОМЫ МАТКИ

У женщин с миомой в 2-6% наблюдений выявляется беременность. Свыше 70% женщин с миомой и беременностью имеют возраст старше 30 лет, причем половина из них — первобеременные.

Наступление беременности возможно при любой локализации узлов. У большинства женщин миома матки не влияет на течение беременности, родов и послеродового периода и бывает выявлена случайно при эхографии [Rosatip et al., 1988]. Осложнения, возникающие у 40% женщин, чаще всего связаны с нарушениями питания опухоли.

Частое увеличение узлов миомы во время беременности, особенно в I триместре, объясняется не столько ростом опухоли, а в основном отеком тканей.

Клиническая картина зависит: 1) от того, что преобладает — нарушение оттока или притока; 2) от степени нарушения питания узлов.

Боли при нарушениях питания узла бывают несильными и ликвидируются при соответствующем лечении (покой, спазмолитики и т. п.).

Резкие степени нарушения питания чаще встречаются во II и III триместрах беременности и особенно в послеродовой период. Они приводят: 1) к частичному или полному некрозу опухоли, проявляясь возникновением резких «ишемических» болей, перитонизмом; 2) к болезненности при пальпации одного из узлов, рвоте, задержке стула и газов; 3) симптомам раздражения брюшины.

Методы ультразвукового сканирования способствуют правильной оценке ситуации.

Тактика ведения: профилактическое применение у беременных с узлами любой локализации спазмолитических (но-шпа, папаверин, баралгин) и токолитических (партусистен, ритодрин) средств, улучшающих кровообращение, дезагрегантов.

Общий принцип ведения беременных с миомой матки, учитывая, что среди них преобладают первобеременные старшего возраста, заключается в

максимально возможном консерватизме, стремлении отложить хирургическое решение вопроса до времени, когда плод станет жизнеспособным. В более ранние сроки операцию надо производить по весьма строгим показаниям, всегда помня, что данная беременность может оказаться последней.

В плановом порядке оперируют: 1) женщин со значительными размерами узлов; 2) их быстрым ростом; 3) с узлами, которые могут быть причиной привычного невынашивания.

В экстренном порядке оперируют: 1) некроз опухоли и ее инфицирование; 2) разрыв капсулы; 3) перекрут ножки субсерозного узла; 4) отсутствие эффекта от консервативной терапии.

Объем операции у беременных различен: от энуклеации отдельных узлов миомы (в основном на ножке) до экстирпации матки, иногда даже с придатками. Профилактика прерывания беременности состоит не только в бережном проведении операции (стараться не выводить матку в рану, не применять излишних усилий, проводить тщательный гемостаз), но и в интенсивной терапии, направленной на сохранение беременности. Эти женщины в дальнейшем нуждаются в тщательном ведении на всех этапах беременности, родов и послеродового периода, Следует помнить о возможности у них разрыва матки.

Профилактика острых заболеваний органов брюшной полости при беременности должна начинаться задолго до ее наступления. Активное выявление и плановое лечение женщин репродуктивного возраста, страдающих хроническим холециститом, панкреатитом, язвенной болезнью, выделение их в группу риска при беременности, соблюдение диеты, соответствующие лечебные мероприятия должны снизить частоту осложнений этих заболеваний и улучшить исходы для матери и плода.

Вне беременности профилактически следует оперировать женщин с

доказанным хроническим аппендицитом, с миомами, которые могут быть причиной выкидыша или других осложнений, с опухолями яичника. Если эти заболевания выявлены при беременности, женщин предпочтительнее оперировать после 16 недель срока, когда риск аборта уменьшается.

Профилактика послеоперационных осложнений должна проводиться по общим правилам, но с учетом наличия беременности. После операции не следует накладывать лед и груз на живот, важно соблюдать осторожность в расширении режима, в выборе средств, направленных на борьбу с парезом кишечника. В частности, необходимо избегать назначения прозерина, внутривенного введения гипертонического раствора натрия хлорида, гипертонических клизм. Должны шире использоваться перидуральная анестезия и физиотерапия: диатермия области солнечного сплетения (в начале беременности) или поясничной области (в поздние сроки), которые не только помогают справиться с парезом кишечника, но и способствуют сохранению беременности. Не следует забывать о рефлексотерапии. С другой стороны, необходимо проявлять осторожность при применении средств, предупреждающих наступление схваток, в частности, опиатов, которые могут углубить имеющийся парез кишечника. При использовании больших доз гестагенов во второй половине беременности после аппендэктомии описано развитие тяжелейшего пареза кишечника, который потребовал проведения комплексного лечения паралитической кишечной непроходимости, включая опорожнение матки.

При лечении больных следует помнить о возможном повреждающем плод действии многих препаратов.

Обязательна профилактика преждевременного прерывания беременности после операции.

Выписка больных из стационара должна осуществляться при отсутствии угрозы прерывания беременности, подтвержденной клинико-лабораторными и аппаратными методами.

Ведение родов, наступивших в ранний послеоперационный период,

должно отличаться бережностью. Следует применить тугое бинтование живота, полноценное обезболивание с широким использованием спазмолитиков. В родах необходимо постоянно проводить профилактику внутриматочной гипоксии плода. Период изгнания следует укорачивать рассечением промежности или наложением акушерских щипцов.

После выписки из стационара всех беременных, перенесших заболевания группы «острого живота», следует включать в группу риска по угрозе досрочного прерывания беременности, которое может наступить и в отдаленные после операции сроки.

Плод у этих женщин следует рассматривать как перенесший внутриматочную инфекцию и предпринимать необходимые меры слежения за его развитием, состоянием фетоплацентарной системы (ультразвуковое и гормональное исследование, фонокардиография, ЭКГ) и проводить профилактику фетоплацентарной недостаточности.

Как бы далеко по времени ни отстояли роды от хирургического вмешательства, их следует вести с настороженностью в связи со склонностью к осложнениям: аномалиям родовых сил, асфиксии плода, кровотечениям в послеродовом и раннем послеродовом периодах. В родах необходимо исключить травматизацию плода. Педиатру следует учитывать возможность внутриматочного инфицирования ребенка, отставания его развития, неполноценность адаптации.

Список литературы.

1. Бондаренко М.М., Десятерик В.И., Брюшков С.С. // Клин. хирургия. 1993. - № 6. С. 5-7.
2. Кулик И.П., Седов В.М., Стрижелецкий В.В. и др. // Вести хирургии. 1996. - Т. 155. № 3. С. 31-33.

3. Коркан И.П. // Хирургия. - 1992. – № 2. - С. 63-66.
4. Подзолкова Н.М., Семенова В.С. // Актуальные вопросы акушерства и гинекологии / Под ред. А.Н. Стрижакова, А.И. Давыдова, Л.Д. Белоцерковцевой. – М. - Сургут, 1996. - С. 123-128.
5. Серов В.Н., Стрижаков А.Н., Маркин С.А. Практическое акушерство: Руководство для врачей. - М.: Медицина, 1997. - 512.с.
6. Акушерство (справочник калифорнийского университета) Под ред. К. Нисвандера, А. Эванса. – М. 1999. – 703 с.
7. Alien J.R., Helling T.S., Langenfeld M. // Amer.J. Surg. - 1989. - Vol. 158., № 6. - P. 567-569.
8. AlMulhim A.A. // Int. Surg. - 1996. - Vol. 81, № 3. - P. 295-297.
9. Amos J. D., Schorr S.J., Norman P.P. et al. // Amer. J. Surg. - 1996. Vol. – 171, № 4. - P. 435-437.
10. Attapattu A.A., Prussia P., Jackman S. et al. // Ceylon Med. - 1996. Vol. – 41, № 3. - P. 104-106.
11. Baigrie R.E., Saidar Z., Scott-Coombes D. et al. // Brit.J. Surg. - 1991. - Vol. 78, № 2. - P. 167-170.
12. Bailey I.E., Finley R.K., Miller S.F. et al. // Amer.J. Surg. - 1986. - Vol. 52, № 4. P. 218-221.
13. BardJ.L., LearyJ.L. // . Reprod. Med. - 1994. - Vol. 39, № 4. - P. 321-323.
14. Barloon T.J., Brown B.P., Abu-Wousef MM. et al. // Abdomen. Imaging. - 1995. Vol. 20, № 2. - P. 149-151.
15. Barros F. De C., Kunzle J.R., Ribeiro Filho J. do A. // Rev. Pol. Med. - 1991. - Vol. 109. - P. 9-13.
16. Beyer D., Schulte B., Kaiser C. // Bildebung. - 1993. - Bd. 60 № 4. - S. 241-247.
17. Bie H.A., Bjerland J.T. // Tidsskr. Nor. Laegeforen. - 1996. - Vol. 116, № 5. - P. 600-603.

Тест-контроль.

1. Факторами, способствующими развитию холецистита и холелитиаза у беременных, являются:

- а) длительное прогестероновое влияние;
- б) гиперхолестеринемия;
- в) изменение положения и моторики желчного пузыря и протоков;

- г) все перечисленные факторы;
- д) ничего из перечисленного.

2. Для уточнения диагноза хронического холецистита у беременных следует произвести:

- а) рентгенографию;
- б) радиохолестографию;
- в) все перечисленное;
- г) ничего из перечисленного.

3. Наиболее часто внутрипеченочный холестаз при беременности проявляется:

- а) в I триместре;
- б) во II-III триместре;
- в) в послеродовом периоде.

4. Внутрипеченочный холестаз клинически проявляется:

- а) сильным кожным зудом;
- б) повышением общего билирубина;
- в) желтухой;
- г) всем перечисленным;
- д) ничем из перечисленного.

5. При выявлении внутрипеченочного холестаза у беременных необходимо все перечисленное, кроме

- а) срочно прервать беременность;
- б) успокоить беременную и пролонгировать беременность;
- в) назначить антигистаминные препараты;
- г) назначить желчегонные препараты;
- д) назначить рефлексотерапию.

6. Симптомы, характерные для острого панкреатита:

- а) опоясывающие сильные боли;

- б) тошнота, рвота;
- в) иктеричность кожных покровов;
- г) правильно а) и б);
- д) все перечисленные.

7. Тактика врача при выявлении острого панкреатита у беременной:

- а) срочно прервать беременность;
- б) купировать приступ с последующим прерыванием беременности;
- в) провести комплексную терапию острого панкреатита.

и терапию, направленную на сохранение беременности;

8. Препаратами, которые можно рекомендовать беременным

при лечении язвенной болезни, являются все перечисленные, кроме:

- а) альмагеля;
- б) фосфалюгеля;
- в) но-шпы;
- г) викалина.

РЕЦЕНЗИЯ

На пособие для врачей по теме: «Острый живот в акушерстве»
авторов Л.И. Кох, И.А. Степанова.

Предлагаемое авторами пособие позволяет ознакомиться с основной хирургической и гинекологической патологией, которая может привести к развитию клиники “острого живота” в акушерстве. Показаны особенности клинической картины при беременности, основные методы для постановки диагноза и его дифференциации как с хирургической, так и акушерской патологией. В данном пособии раскрыта тактика ведения с учетом срока беременности, клинической картины, состояния женщины и плода. Приведены основные схемы консервативного и хирургического лечения с учетом изменений в организме беременной женщины, направленные на сохранения беременности и здоровья плода и новорожденного.

Настоящее пособие для врачей рекомендуется для публикации.

Зав. кафедрой факультетской хирургии СГМУ
профессор, д.м.н. О.А. Ивченко

Доцент кафедрой факультетской хирургии СГМУ
к.м.н. А.И. Чернов