

Федеральное государственное бюджетное общеобразовательное учреждение
высшего образования «Красноярский государственный медицинский
университет им.проф.В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства
здравоохранения Российской Федерации

Кафедра оперативной гинекологии ИПО

Реферат

**Тема: «Беременность и роды при острой хирургической патологии.
Влияние на плод.»**

Выполнил: клинический ординатор
кафедры оперативной гинекологии ИПО

Эпова А.С.

Проверил: д.м.н.,доцент Макаренко Т.А.

Красноярск 2019

Оглавление

Актуальность	3
Проблема «Острого живота»	4
Диагностика заболеваний брюшной полости	5
Лабораторная диагностика	6
Риск для плода	7
Принципы хирургических вмешательств	8
Аппендицит	9
Холецистит и холелитиаз	14
Острый панкреатит	16
Острая кишечная непроходимость	20
Язвенная болезнь желудка	22
Спонтанный разрыв печени и селезенки	23
Разрыв аневризмы селезеночной артерии	24
Заключение	25
Список литературы	26

Актуальность

Острая хирургическая патология во время беременности представляет реальную угрозу для жизни и здоровья матери и плода. Возникает неожиданно, протекает быстро, проявляется атипично, представляет трудности в диагностике и, как следствие, в оказании своевременной помощи.

По поводу острой хирургической патологии ежегодно оперируют 0,2 % беременных. Наиболее частые причины вмешательств — острый аппендицит (до 90 %), ЖКБ, острый панкреатит.

Самое распространённое хирургическое заболевание органов брюшной полости — острый аппендицит, которое наблюдается у 0,05–0,12 % беременных, может возникать во всех сроках беременности и в послеродовом периоде. На первую половину беременности приходится 75 % заболеваний острым аппендицитом, на вторую половину — 25 % (I триместр — 19–32 %, II — 44–66 %, III — 15–16 %). Заболеваниями желчевыводящих путей страдают 3 % беременных. Они могут возникать на всех сроках беременности, которая может быть провоцирующим фактором вследствие дискинезии жёлчных путей, затруднения оттока жёлчи, гиперхолестеринемии во второй половине беременности или после родов.

Хронический холецистит переходит в острый во время беременности у 30–35 % женщин. Частота холецистэктомии при беременности составляет 0,1–0,3 %.

Острый панкреатит у беременных встречается относительно редко (1:4000 родов) и может развиваться в любые сроки беременности, но чаще во второй половине, преимущественно у женщин, страдающих хроническим холециститом и имеющих избыточную массу тела. Заболевание протекает тяжело, материнская смертность возрастает с увеличением срока беременности, перинатальная смертность — 38 %.

Кишечная колика — синдром, который может возникать при различных заболеваниях, проявляется схваткообразными болями в животе и при беременности встречается довольно часто (1:400).

Проблема «Острого живота»

Проблема «острого живота» во время беременности - одна из сложных пограничных акушерско-хирургических проблем. При беременности увеличенная матка смещает органы брюшной полости, что нарушает их функцию и обуславливает атипичное клиническое течение многих острых заболеваний. Кроме того, акушер, хорошо разбирающийся в физиологических изменениях во время беременности и акушерских осложнениях, может не поставить диагноза острого хирургического заболевания; напротив, хирург часто принимает обнаруженные им симптомы за проявления беременности. Эти факторы нередко приводят к диагностическим ошибкам, а следовательно, и к потенциально опасному промедлению в активном хирургическом лечении острого хирургического заболевания.

Хирургические вмешательства, кроме кесарева сечения, производятся в 0,2-2,2% всех беременностей.

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

Быстрое прогрессирование острой хирургической патологии при беременности обусловлено:

- снижением общей резистентности организма;
- изменением анатомотопографических взаимоотношений органов брюшной полости и малого таза;
- ухудшением кровоснабжения органов брюшной полости малого таза в связи с ростом беременной матки;
- снижением тонуса гладкой мускулатуры органов в связи с возрастанием выработки половых и стероидных гормонов;
- склонностью к запорам, что ведет к застою содержимого кишечника и повышению вирулентности кишечной палочки;
- перестройкой лимфоидной ткани.

Диагностика заболеваний брюшной полости

Очень важен для диагностики хирургической патологии при беременности

тщательный сбор анамнеза. Важно также точно знать срок беременности (наиболее безопасен для хирургического вмешательства II триместр беременности).

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

Ранняя и точная диагностика заболеваний брюшной полости у беременных осложняется следующими факторами:

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

Боль

Боль - это основной симптом «острого живота» при беременности. По локализации боли можно предположить причину «острого живота». Генерализованная боль порой 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, по латеральным нижним отделам живота - с 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 печени, селезенки, желчного пузыря, желудка, двенадцатиперстной кишки или поджелудочной железы.

Другие симптомы

После I триместра беременности боль в животе, сочетающаяся с тошнотой и рвотой, обычно вызвано 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.

Лабораторная диагностика

Результаты лабораторных тестов, применяемых для диагностики хирургического заболевания, при беременности оцениваются иначе, чем обычно. Диагностическое значение имеет повышение уровня лейкоцитов выше 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 (рис. 107), анестезии, воздействия лекарственных препаратов, диагностического рентгеновского облучения и хирургического вмешательства.

В настоящее время наркоз достаточно безопасен во время беременности, однако может повышать частоту самопроизвольных аборт, 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.

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 него при хирургическом вмешательстве у матери. Поэтому 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.

Тяжесть воспалительного процесса вследствие хирургического заболевания в большей степени влияет на исход беременности, чем непосредственно

хирургическое вмешательство. Частота преждевременных родов возрастает при тяжелых хирургических осложнениях, особенно при перитоните.

Принципы хирургических вмешательств

При клинике «острого живота» показано немедленное хирургическое вмешательство, задержка в диагностике и проведении операции - основной фактор, приводящий к росту осложнений у матери и перинатальным потерям.

Если операция не экстренная и может быть отложена, лучше отложить хирургическое вмешательство до II триместра или послеродового периода.

При подострых ситуациях решение об оперативном вмешательстве следует принимать осторожно.

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.

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.

Аппендицит

Острый аппендицит - самая частая хирургическая патология при беременности. Частота его составляет 0,4-1,4 на 1000 беременностей. Частота аппендэктомии в среднем 1 на 1000 беременностей, диагноз аппендицита, по зарубежным данным, интраоперационно подтверждается у 65%, около 1 на 1500 беременностей, что диктует необходимость тщательной ревизии брюшной полости при обнаружении неизмененного аппендикса.

Деструктивные формы наблюдаются при беременности в 2-3 раза чаще, чем у небеременных, что связано с поздней диагностикой и операцией. Материнская и перинатальная заболеваемость и смертность намного выше, если аппендицит осложняется перитонитом

Клинические симптомы

1. Беременность затрудняет диагностику аппендицита по следующим причинам.
 2. Анорексия, тошнота, рвота расцениваются как признаки беременности, а не аппендицита. Аппендикс по мере увеличения срока беременности поднимается кверху, что приводит к изменению локализации болевого синдрома.
 3. Умеренный лейкоцитоз всегда отмечается при нормальной беременности.
- Особенно затруднителен дифференциальный диагноз острого аппендицита с такими заболеваниями, как острый пиелонефрит, почечная колика, отслойка плаценты, нарушение питания миоматозного узла.
- У беременной женщины, особенно на поздних сроках беременности, может не отмечаться симптомов, считающихся «типичными» для небеременных.
- Практически всегда присутствует болевой синдром в правом нижнем или среднем квадранте живота, но при беременности он иногда расценивается как растяжение круглых связок или инфекция мочевыводящих путей. При беременности происходит смещение червеобразного отростка кверху и кнаружи. После I триместра беременности отросток существенно смещается от точки Мак-Бурнея с горизонтальной ротацией его основания. Такая ротация продолжается до 8-го месяца беременности, когда более 90% аппендиксов располагается выше подвздошного гребня и 80% ротировано кпереди к правому подреберью.

Немаловажную роль играет имеющаяся при беременности склонность к запорам, что вызывает застой содержимого кишечника и повышение вирулентности кишечной флоры, а также гормональные сдвиги, приводящие к функциональной перестройке лимфоидной ткани.

Наиболее постоянным клиническим симптомом у беременных с аппендицитом является боль в правых отделах живота, хотя боль и локализуется чаще атипично. Напряжение мышц и симптомы раздражения брюшины выражены тем меньше, чем больше срок беременности. Тошнота, рвота, анорексия - как и у небеременных. В начале заболевания температура и частота пульса относительно нормальные. Высокая лихорадка для заболевания не характерна, у 25% беременных с аппендицитом температура нормальная. Для установления диагноза показана диагностическая лапароскопия, особенно на ранних сроках беременности. В связи с атипичной клинической картиной время от начала заболевания до оперативного лечения почти у 80% пациенток превышает 12 ч, а у каждой четвертой - более суток, что способствует увеличению частоты осложненных форм острого аппендицита.

По мере увеличения срока беременности слепая кишка и червеобразный отросток располагаются высоко, образование спаек и ограничение инфекции большим сальником становятся маловероятными, вследствие чего возрастает частота деструктивных форм и разлитого гнойного перитонита.

Клинический анализ историй болезни беременных с острым аппендицитом, проведенный сотрудниками кафедры, показал высокую частоту деструктивных форм острого аппендицита у беременных.

Все беременные с острым аппендицитом жалуются на боли в животе, и у всех отмечается локальная болезненность. Тошнота и рвота в

I триместре не имеют большой диагностической ценности, так как нередко это проявления раннего токсикоза беременности. Во II и III триместрах, как правило, проявлений токсикоза не бывает, и эти симптомы приобретают большее значение в диагностике острого аппендицита, встречаясь соответственно: тошнота - почти в 70%, рвота - примерно в 50% случаев. Жидкий стул может появляться у 20% больных. Напряжение мышц передней брюшной стенки и симптомы раздражения брюшины отмечаются преимущественно в I триместре (до 75%), а после выхода

матки из малого таза во II триместре - у 30-50%, в III триместре - только у 28% больных. В диагностике острого аппендицита большое значение имеют симптомы Ровзинга и Ситковского, особенно во второй половине беременности. Довольно часто можно видеть усиление болезненности при смещении матки в сторону локализации аппендикса (симптом Брендо). Температурная реакция возникает лишь у половины пациенток, также как и лейкоцитоз более 12 000. Но почти у всех больных имеет место тахикардия до 100 ударов в минуту.

Дифференциальный диагноз проводится со следующими патологиями:

- разрыв кисты желтого тела;
- перекрут ножки опухоли яичника;
- внематочная беременность;
- отслойка плаценты;
- преждевременные роды;
- растяжение круглых связок;
- хориоамнионит;
- нарушение питания миоматозного узла;
- сальпингит;
- пиелонефрит;
- холангит;
- мезентериальный аденит;
- новообразования;
- дивертикулит;
- паразитарная инфекция желудочно-кишечного тракта;
- дивертикул Меккеля.

Лечение

Существует утверждение, что «смерть от аппендицита - это смерть от промедления». Лечение неосложненного аппендицита при беременности - аппендэктомия.

Обезболивание

Оптимальным методом обезболивания является эпидуральная анестезия. В отдельных случаях при необходимости искусственной вентиляции используют эндотрахеальный наркоз. Предполагаемые технические трудности во время аппендэктомии, страх больной перед операцией должны склонить хирурга к выбору общего обезболивания.

Оперативный доступ

В качестве оперативного доступа при несомненном диагнозе в I триместре беременности пользуются доступом Волковича-Дьяконова. Во II и III триместрах этот доступ не всегда достаточен, поэтому пользуются его модификацией по принципу - чем больше срок беременности, тем выше разрез. Последние недели беременности разрез проводят несколько выше подвздошной кости вследствие значительного смещения слепой кишки и червеобразного отростка кверху. При сомнениях в диагнозе и разлитом перитоните показана нижнесрединная лапаротомия. В настоящее время многие авторы рекомендуют производить нижнесрединную лапаротомию, обеспечивающую возможность тщательной ревизии органов брюшной полости, учитывая, что правильность предоперационного диагноза острого аппендицита у беременных составляет 60-80%. Использовать лапароскопию возможно лишь до 16-17 нед беременности. Активная лечебная тактика в отношении беременных позволяет закончить операцию зашиванием брюшной полости наглухо. При необходимости дренирования дренажи выводятся трансабдоминально, к куполу слепой кишки можно подводить микроирригаторы для последующего введения антибиотиков в брюшную полость. При деструктивных формах, перитоните, формировании абсцесса показано внутривенное введение антибиотиков.

Влияние на исход беременности

Аппендицит увеличивает вероятность выкидыша или преждевременных родов, особенно при перитоните.

Причины возникновения угрозы прерывания беременности при развитии острого аппендицита 15%.

- Инфицирование матки контактным путем - по брюшине, через фимбриальный конец маточных труб.
- Гнойные метастазы из червеобразного отростка в плаценту, оболочки, в стенку матки.
- Действие альфа-фосфолипазной системы некоторых бактерий, специфическая активность которой намного выше активности фосфолипазы хориона, амниона, децидуальных оболочек.
- Повышение внутриутробного давления.

- Рефлекторная передача раздражения с брюшины отростка на брюшину, покрывающую матку.
- Формирование спаек, способствующих преждевременным сокращениям матки.

С целью профилактики преждевременного прерывания беременности проводятся общепринятые мероприятия - постельный режим, спазмолитики, токолиз сульфатом магния, витамин Е. Токолитическая терапия не нужна при неосложненном аппендиците, но при тяжелых формах обычно она требуется (токолиз сульфатом магния). Если в конце III триместра вскоре после операции развивается родовая деятельность, то тормозить ее не следует.

Недиагностированный аппендицит часто приводит к развитию родовой деятельности. Большая матка нередко способствует локальному отграничению инфекции, однако после родоразрешения, когда матка резко уменьшается, гной выходит в брюшную полость. В таких случаях картина «острого живота» резко развивается через несколько часов после родов. В других случаях, когда аппендицит начинает развиваться уже в послеродовом периоде, он обычно редко приводит к перитониту.

Прогноз

Материнская летальность минимальна, перинатальные потери связаны с преждевременными родами или с разлитым перитонитом и сепсисом, т.е. с тяжестью аппендицита, а не с хирургическим вмешательством. Репродуктивные потери - около 15%, частота прерывания беременности выше, если оперативное вмешательство производится после 23 нед (репродуктивные потери 22%).

Холецистит и холелитиаз

Болезни желчного пузыря - вторая по частоте хирургическая патология при беременности (1-6 на 10 тыс. беременностей). Как минимум 3,5% беременных женщин имеют камни в желчном пузыре. Частота острого холецистита, требующего хирургического вмешательства во время беременности, составляет от 1 на 6,5 тыс. до 1 на 25 тыс. беременностей.

Факторы риска развития болезней желчного пузыря у беременных:

- паритет;
- прием оральных контрацептивов в анамнезе (в два раза увеличивает риск формирования болезней желчного пузыря);
- повышение литогенных свойств желчи;
- изменение моторики желчевыводящих путей, стаз желчи;
- во II и III триместрах - увеличение объема желчного пузыря почти в два раза, снижение его способности к опорожнению.

Клинические признаки

Такие же как у небеременных, но анатомические изменения, связанные с беременностью, затрудняют диагностику:

- анорексия;
- тошнота, рвота;
- субфебрилитет;
- боль в правом верхнем квадранте живота.

Печень и диафрагма располагаются выше, желчный пузырь выше правой реберной дуги, в правом верхнем квадранте может располагаться и аппендикс. Холецистит нередко сопровождается болью в эпигастрии, правой подлопаточной области и даже в левом верхнем квадранте живота или левом нижнем. Приступы боли - обычно после еды, длятся от нескольких минут до нескольких часов. Возможны тошнота, рвота, повышение температуры, напряжение мышц в правом верхнем квадранте. Желчный пузырь у беременных обычно недоступен пальпации.

Лабораторные признаки:

- лейкоцитоз со сдвигом влево;
- возможно повышение концентрации печеночных ферментов (АСТ, АЛТ, щелочная фосфатаза), билирубина, хотя более характерен относительно

нормальный уровень АСТ, АЛТ и несколько повышенный - щелочной фосфатазы (у беременных повышен за счет синтеза щелочной фосфатазы плацентой) и билирубина.

УЗИ: камни в желчном пузыре (отсутствуют у 10%), изменения стенки пузыря.

Дифференциальный диагноз:

- аппендицит;
- вторичный инфекционный холецистит (*Salmonella typhi* или паразиты);
- панкреатит;
- преэклампсия.

Лечение

Вначале рекомендуется консервативное лечение холецистита при беременности, особенно в I триместре, ибо хирургическое вмешательство на этом сроке может сопровождаться выкидышем. Беременным с выраженной клинической симптоматикой, повторными госпитализациями и сопутствующим панкреатитом показано хирургическое лечение, тогда прогноз для дальнейшего развития беременности обычно благоприятный. В последние годы для большинства пациенток методом выбора считается лапароскопическая холецистэктомия. Оптимальный срок для проведения хирургического вмешательства при холецистите - II триместр.

Острый панкреатит

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 протеиназ) 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.

Клинические симптомы

- 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.

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

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 - досрочное родоразрешение 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.

Убедительных данных, свидетельствующих о благоприятном влиянии прерывания беременности на течение и исход острого панкреатита, не имеется.

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%.

- снижение рождаемости из-за осложнений после прерывания беременности
- высокий уровень материнской смертности (37%)
- высокий уровень фетальных потерь (11%)
- высокий уровень осложнений

Прогноз неблагоприятный в связи с высоким уровнем материнской смертности и фетальных потерь. В настоящее время материнская летальность оценивается в 3,4%, фетальные потери - в 11%.

- высокий уровень материнской смертности (37%)
- высокий уровень фетальных потерь (11%)
- высокий уровень осложнений

В настоящее время материнская смертность оценивается в 3,4%, фетальные потери - в 11%. В настоящее время материнская летальность оценивается в 3,4%, фетальные потери - в 11%.

Выводы

В настоящее время материнская смертность оценивается в 3,4%, фетальные потери - в 11%. В настоящее время материнская летальность оценивается в 3,4%, фетальные потери - в 11%.

Острая кишечная непроходимость

Рост числа операций на брюшной полости и воспалительных заболеваний со стороны гениталий закономерно увеличил количество грозных осложнений спаечной болезни во время беременности. Частота в среднем составляет 1-3 случая на 10 тыс. беременностей, варьирует от 1 на 1500 до 1 на 66 500.

Виды кишечной непроходимости

- сдавление растущей маткой спаек кишечника после предшествующих хирургических вмешательств (60-70%);
- заворот кишок;
- грыжи;
- новообразования.

При наличии спаек в брюшной полости есть три критических периода в течении беременности, в которые опасность развития острой кишечной непроходимости возрастает:

- выход матки из полости малого таза (3-4 мес беременности);
- опускание головки плода в малый таз в III триместре беременности;
- внезапное уменьшение объема матки после родов с быстрым изменением внутрибрюшного давления.

В эти периоды создаются предпосылки к изменению топографических взаимоотношений органов брюшной полости. Перемещение кишечных петель при наличии спаек ведет в ряде случаев к перегибам, сдавлению, ущемлению, завороту. Предрасположенность к возникновению острой кишечной непроходимости наблюдается у лиц, перенесших ап пендэктомия или операции на женских половых органах. Женщины относятся к группе высокого риска кишечной непроходимости во время первой беременности после хирургического вмешательства.

Клиника

Боль постоянная, диффузная, или периодическая, каждые 4-5 мин при тонкокишечной непроходимости и каждые 10-15 мин при толстокишечной