

Клинико-диагностические особенности течения хирургической патологии у беременных

Выполнил: Конторев Константин Васильевич
ординатор 1 года обучения

Острый аппендицит

- Острый аппендицит у беременных бывает в 0,7-1,2% случаев, т.е. значительно чаще, чем среди остальных групп населения. Это объясняет ряд факторов, способствующих возникновению воспалительного процесса в червеобразном отростке: смещение его вверх и кнаружи вместе со слепой кишкой постепенно увеличивающейся маткой, вследствие чего возникают перегибы и растяжение отростка; нарушение эвакуации его содержимого, а также ухудшение кровоснабжения в условиях изменившихся анатомических соотношений между органами. Немаловажную роль играет имеющаяся при беременности склонность к запорам, что ведёт к застою содержимого и повышению вирулентности кишечной флоры.



Острый аппендицит

- Особое рассмотрение аппендицита у беременных обусловлено тем, что ряд признаков, присущих этому заболеванию (боли в животе, рвота, лейкоцитоз), могут быть при обычном течении беременности, затрудняя его диагностику. Клиническое течение острого аппендицита в первой половине беременности почти не отличается от такового вне беременности. Существенные различия возникают лишь во второй половине беременности.

Острый аппендицит

- Прежде всего, обращает внимание довольно слабая выраженность болевого синдрома, вследствие чего больные не фиксируют на нём внимания. Тем не менее внимательный расспрос позволяет установить начало болей в эпигастральной области и постепенное смещение их к месту локализации червеобразного отростка (симптом Кохера- Волковича). Рвота не имеет решающего значения, так как она нередко бывает при беременности вообще.



Острый аппендицит

- При исследовании живота необходимо учитывать локализацию червеобразного отростка, который смещается кверху по мере увеличения сроков беременности



Острый аппендицит

- Вследствие растяжения брюшной стенки увеличенной маткой локальное напряжение мышц выражено слабо. При поздних сроках беременности, когда слепая кишка и её отросток находятся позади увеличенной матки, могут быть отрицательными и другие симптомы раздражения брюшины: Щёткина-Блюмберга, Воскресенского. В этот период, как правило, хорошо выражен симптом Образцова. Чрезвычайно полезна пальпация живота в положении больной на левом боку: в этом случае благодаря некоторому смещению матки влево удаётся более детально прощупать область червеобразного отростка и правой почки, выявить симптом Бартомье-Михельсона.

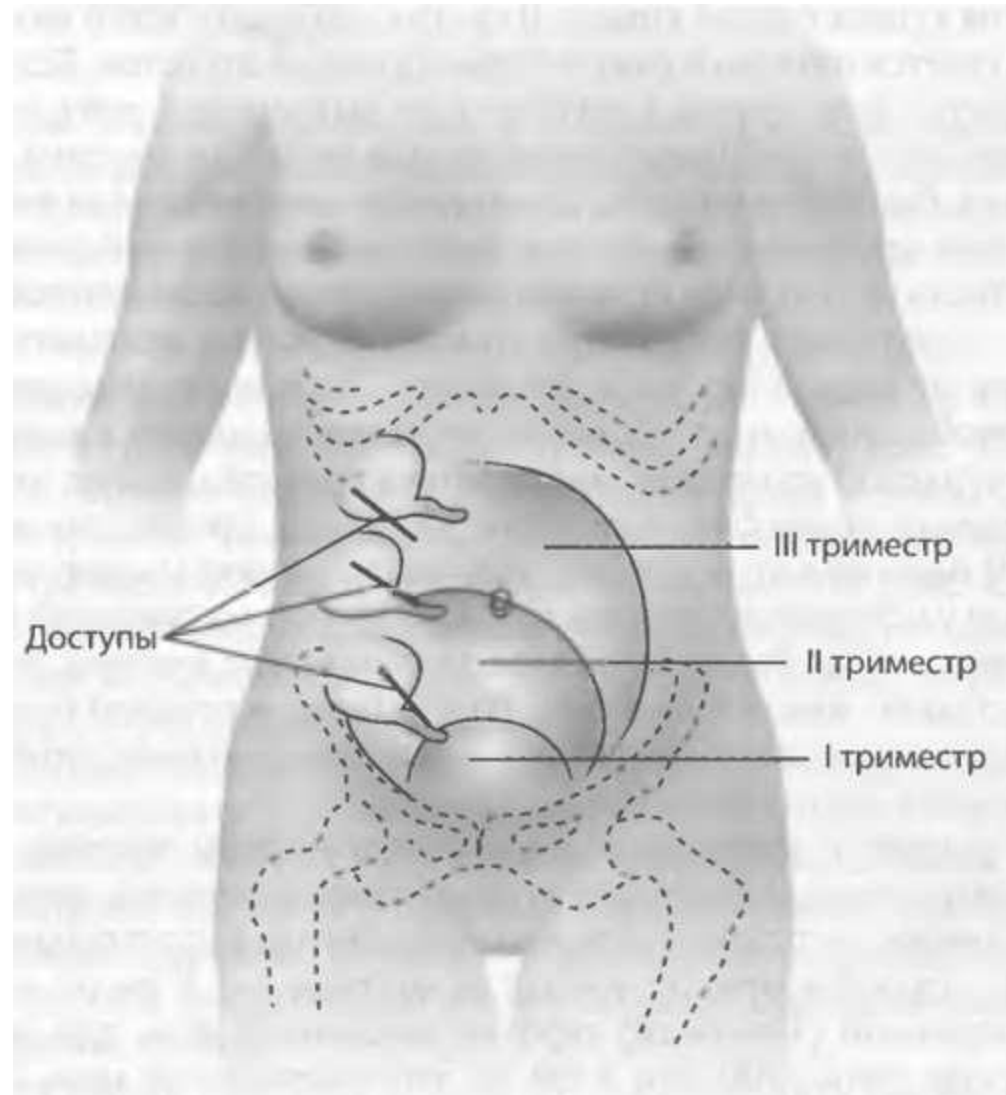
Острый аппендицит

- Температурная реакция выражена слабее, чем вне беременности. Число лейкоцитов умеренно повышается, но при этом необходимо учитывать, что лейкоцитоз до $12 \times 10^9/\text{л}$ у беременных — не редкость.

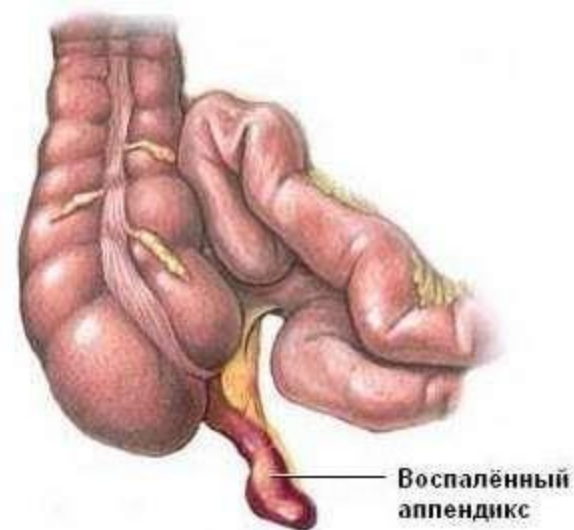


Острый аппендицит

- В качестве оперативного доступа при несомненном диагнозе в первой половине беременности используют разрез Волковича-Дьяконова. Во второй половине беременности этот доступ может быть неадекватен, поэтому его модифицируют по принципу: чем больше срок беременности, тем выше разрез.



Острый аппендицит



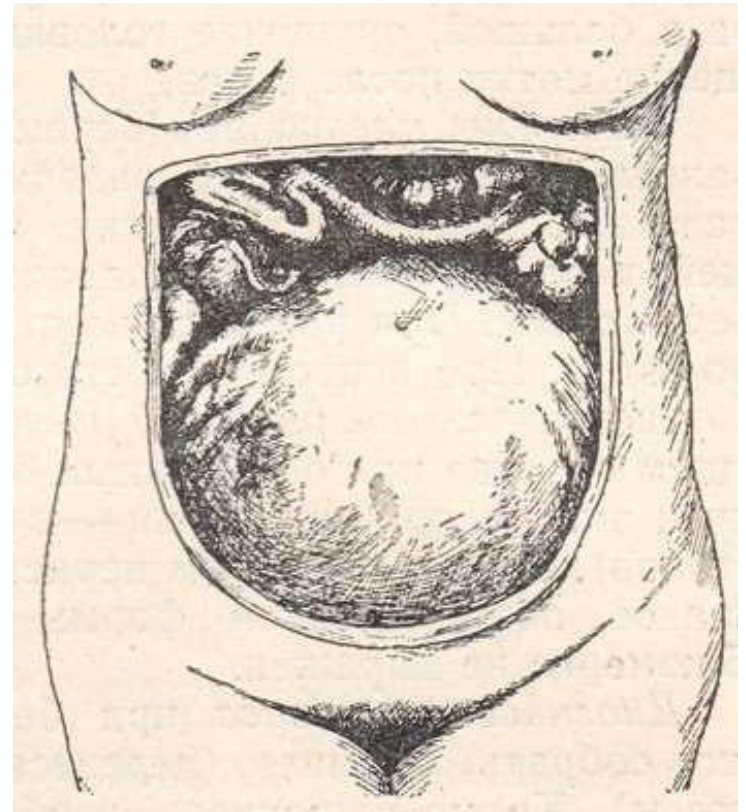
- Оперативная тактика при любой форме аппендицита беременных не отличается от общепринятых принципов его лечения.
- Необходимо лишь соблюдать максимальную осторожность при манипуляциях вблизи увеличенной матки, поскольку её травма может послужить непосредственной причиной выкидыша или преждевременных родов. Из тех же соображений тампонаду брюшной полости проводят по самым строгим показаниям:
 - при невозможности осуществить надёжный гемостаз в брюшной полости;
 - при вскрытии периаппендикулярного абсцесса.

Острый аппендицит

- В послеоперационном периоде, помимо обычной терапии, необходимо назначить лечение, направленное на профилактику преждевременного прерывания беременности. Назначают строгий постельный режим, введение 25% раствора магния сульфата по 5-10 мл 2 раза в сутки внутримышечно, введение витамина Е (токоферола ацетата*) в дозе 100-150 мг в сутки в виде инъекции 10% масляного раствора по 1 мл 1 раз в сутки. При отсутствии лабораторного контроля над гормональным фоном следует избегать назначения гормональных препаратов (прогестерон и др.), т.к. в ряде случаев их передозировка может дать противоположный эффект. Категорически противопоказано введение неостигмина метил- сульфата (прозерина*) и гипертонического раствора натрия хлорида как средств, способствующих сокращению матки. По этой же причине не следует применять гипертонические клизмы.

Острый холецистит

- Частота – 1 случай на 1600 беременных, вторая по частоте острая хирургическая патология во время беременности.



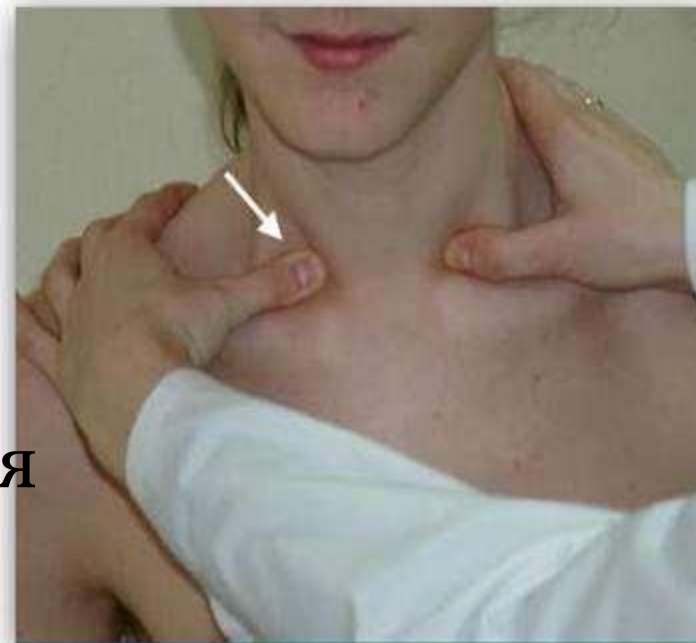
Острый холецистит



- Больных беспокоят боли в правом подреберье, реже в эпигастральной области, с иррадиацией в ключицу, плечо, лопатку. Боли возникают после нарушения диеты, стрессов, переохлаждений или связаны с сопутствующей инфекционной патологией. Часто возникают на фоне желчнокаменной болезни. Боль может сопровождаться диспепсическими явлениями: тошнотой, рвотой, отрыжкой горечью, чувством распиравания в животе, вздутием кишечника, нарушением стула. Температура тела повышена.

Острый холецистит

- Кожа и слизистые обычной окраски, может наблюдаться легкое желтушное окрашивание. При пальпации живота отмечается болезненность в правом подреберье.
- Положительные симптомы: Ортнера, Керра, Мерфи, Мюсси.



Острый холецистит



- Лабораторно выявляются лейкоцитоз со сдвигом влево, повышение уровня билирубина и аминотрансфераз, билирубин в моче.
- УЗИ позволяет выявить конкременты, расширение желчных протоков, увеличение (более 10 см в длину и 4 см в ширину) и деформацию, утолщение стенки желчного пузыря (более 2 мм), скопление жидкости вокруг пузыря.

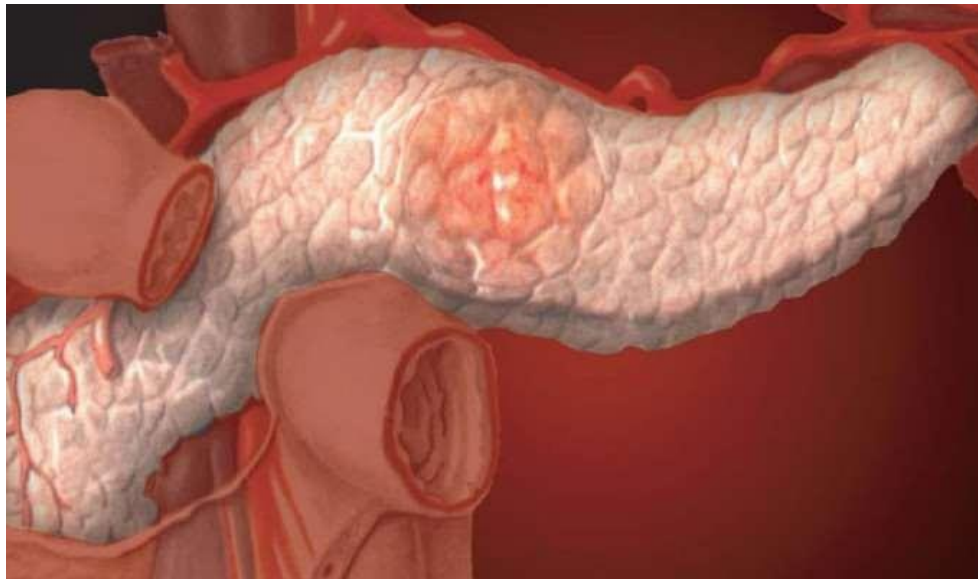
Острый холецистит

- В начале заболевания применяют консервативное лечение, назначают желчегонные и обволакивающие средства и препараты желчи (препараты бессмертника и шиповника, семяльна, Церукал, Реглан, Фестал, Холензим, Аллохол, Холосас, Альмагель, Фосфалюгель, Лив52, Урсосан), абсорбенты (ксилит, сорбит), обезболивающие, спазмолитики. Проводят дезинтоксикационную и антибиотикотерапию.
- При неэффективности консервативной терапии в течение 3–4 дней проводят холецистэктомию лапаротомным или лапароскопическим путем.



Острый панкреатит

- Частота – 1 случай на 3000–4000 беременных, третья по частоте форма острой хирургической патологии во время беременности.



Острый панкреатит

- Основные симптомы острого панкреатита — боль, рвота и метеоризм (триада Мондора).
- Проявляется острыми мучительными болями в подложечной области, левом подреберье. Боли могут носить опоясывающий характер, а также сопровождаться тошнотой, рвотой, вздутием, напряжением и болезненностью живота, повышением температуры, коллаптоидным состоянием. Редко встречаются безболевые формы острого панкреатита с неврологическими симптомами, головной болью.

Острый панкреатит

- Важным и ранним диагностическим признаком панкреонекроза считают цианоз лица и конечностей. Цианоз в виде фиолетовых пятен на лице известен как симптом Мондора, цианотичные пятна на боковых стенках живота (околопупочные экхимозы) — как симптом Грея-Тернера, а цианоз околопупочной области - симптом Грюнвальда. В поздние сроки заболевания цианоз лица может смениться яркой гиперемией — «калликреиновое лицо». В основе перечисленных признаков лежат быстро прогрессирующие гемодинамические и микроциркуляторные расстройства, гиперферментемия и неконтролируемый цитокинокинез.

Острый панкреатит



- При осмотре живота отмечают его вздутие, преимущественно в верхних отделах. При распространённом панкреонекрозе живот равномерно вздут, резко чувствителен даже при поверхностной пальпации. При глубокой пальпации боли резко усиливаются, порой носят нестерпимый характер. При пальпации поясничной области, особенно левого рёберно-позвоночного угла, возникает резкая болезненность (симптом Мейо-Робсона). В зоне повышенной чувствительности, обнаруживаемой при поверхностной пальпации, выявляют ригидность мышц передней брюшной стенки, что свидетельствует о наличии панкреатогенного выпота, богатого ферментами, и явлениях панкреатогенного перитонита. Часто наблюдают поперечную болезненную резистентность передней брюшной стенки в проекции поджелудочной железы (симптом Кертё).
- Одним из признаков деструктивного панкреатита считают феномен отсутствия пульсации брюшного отдела аорты вследствие увеличения в размерах поджелудочной железы и отёка забрюшинной клетчатки — симптом Воскресенского.

Острый панкреатит

- Лабораторно выявляются лейкоцитоз, повышение уровня амилазы в крови, гипербилирубинемия, гипокальциемия, гипергликемия.
- При УЗИ определяются увеличение и отек поджелудочной железы, расширение панкреатического протока, неоднородность структуры, образование псевдокист.

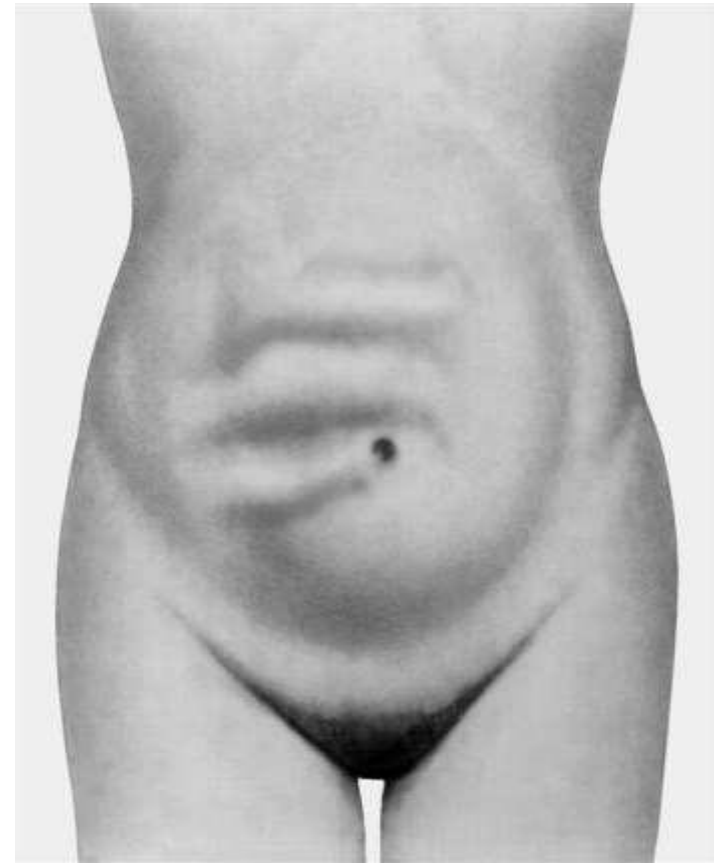


Острый панкреатит

- Лечение – консервативное. Спазмолитики, обезболивающие, антибиотики, глюкокортикоиды, холинолитики (атропин, платифиллин) для подавления секреции, ферментные ингибиторы (Гордокс, Контрикал).
- Абсолютное показание к хирургическому вмешательству — инфицированные формы панкреонекроза.

Острая кишечная непроходимость

- Частота – 1 случай на 40000–50000 беременных.
- Причины возникновения:
- сдавление растущей маткой спаек кишечника после предшествующих операций;
- заворот кишок;
- грыжи;
- новообразования;
- инвагинация.

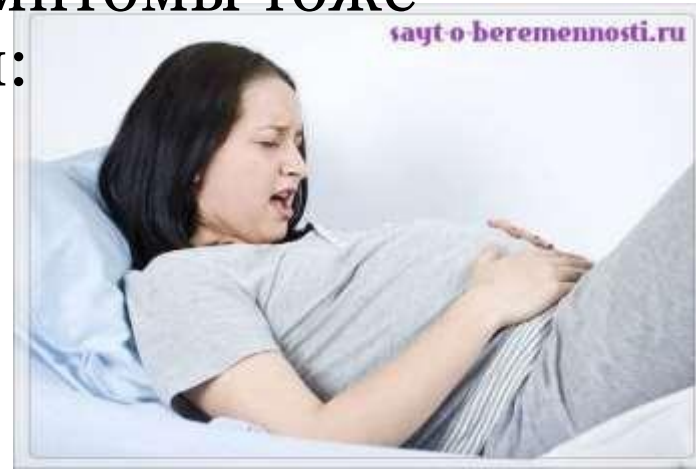


Острая кишечная непроходимость

- Ведущие симптомы острой кишечной непроходимости — боли в животе, его вздутие, рвота, задержка стула и газов. Они имеют различную степень выраженности в зависимости от вида непроходимости и её уровня, а также от длительности заболевания.

Острая кишечная непроходимость

- Трудности диагностики ОНК у беременных связаны с изменениями топографических соотношений органов в брюшной полости, что не позволяет чётко определить некоторые наиболее характерные симптомы (например, асимметрию живота, наличие выраженной перистальтики кишечника). Боли (даже при странгуляционной форме ОНК) не всегда носят выраженный характер. Другие симптомы тоже могут быть стёртыми. Характерны: ранняя многократная рвота, тахикардия и снижение АД



Острая кишечная непроходимость

- Рентгенологическое исследование — основной специальный метод диагностики.
- Кишечные арки возникают тогда, когда тонкая кишка раздута газами, при этом в нижних коленах арки видны горизонтальные уровни жидкости, ширина которых уступает высоте газового столба.



Острая кишечная непроходимость

- Чаши Клойбера — горизонтальные уровни жидкости с куполообразным просветлением (газом) над ними, имеющие вид перевёрнутой вверх дном чаши. Если ширина уровня жидкости превышает высоту газового пузыря, то, скорее всего, он локализован в тонкой кишке. Преобладание вертикального размера чаши свидетельствует о локализации уровня в толстой кишке.



Острая кишечная непроходимость

- Лечение динамической острой кишечной непроходимости вначале консервативное. При отсутствии эффекта, а также при механической острой кишечной непроходимости – только оперативное.
- При спаечной кишечной непроходимости консервативная терапия не должна продолжаться более 2,5 часов, при толстокишечной – более 3,5 часов, так как позже наступают некроз кишки, глубокие волевические и электролитные нарушения.
- В случае необходимости, операция кесарева сечения должна предшествовать операционному вмешательству на кишечнике.

Заключение

- В родах и раннем послеродовом периоде все виды острой хирургической патологии протекают атипично, со смазанной клинической картиной и симптоматикой, обусловленными схватками и перерастяжением передней брюшной стенки. Диагностика затруднена и требует динамического наблюдения, применения дополнительных методов исследования.

Литература

- Бунятян А.А. Реаниматология/Г.А. Рябов, А.З. Маневич.-3-е изд., перераб. и доп.- М.: ГЭОТАР МЕДИА,2013.-124с.
- Гостищев В. К. Общая хирургия/ В.К. Гостищев -2-е изд., перераб. и доп.- М.: Медицина, 2011.-876с.
- Елисеев М. И. Большая медицинская энциклопедия / В.Н. Шилов, Г.В. Титун - М.: Издательство Эксмо,2009. - 974с.
- В.Н. Стручков, В.К. Гостищев, Ю.В. Стручков «Руководство по гнойной хирургии» Медицина 2012 год
- «Неотложная медицинская помощь», под ред. Дж. Э. Тинтиналли, Рл. Кроума, Э. Руиза, Перевод с английского д-ра мед. наук В.И.Кандрора, д. м. н. М.В.Неверовой, д-ра мед. наук А.В.Сучкова, к. м. н. А.В.Низового, Ю.Л.Амченкова; под ред. Д.м.н. В.Т. Ивашкина, Д.М.Н. П.Г. Брюсова; Москва «Медицина» 2011

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации

КАФЕДРА и клиника хирургических болезней им. проф. Ю.М. Лубенского

Рецензия доцента, ДМН кафедры и клиника хирургических болезней им. проф. Ю.М. Лубенского Здитовецкого Дмитрия Эдуардовича на реферат ординатора первого года обучения специальности Хирургия Конторева Константина Васильевича по теме: «Клинико-диагностические особенности течения хирургической патологии у беременных».

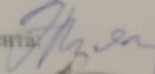
Основные оценочные критерии рецензии на реферат ординатора первого года обучения специальности Хирургия:

Оценочный критерий	Положительный/ отрицательный
1. Структурированность	+
2. Наличие орфографических ошибок	+
3. Соответствие текста реферата его теме	+
4. Владение терминологией	+
5. Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	+
6. Логичность доказательной базы	+
7. Умение аргументировать основные положения и выводы	+
8. Круг использования известных научных источников	+
9. Умение сделать общий вывод	+

Итоговая оценка: положительная/отрицательная

Комментарий рецензента: —

Дата: 02.03.18

Подпись рецензента: 

Подпись ординатора: 