

непроходимости обычно бывает рвота. На поздних этапах заболевания развиваются лихорадка, олигурия, шок вследствие массивной потери жидкости, ацидоза и инфекции.

При подозрении на острую кишечную непроходимость у беременных с указанием на оперативные вмешательства в анамнезе не следует откладывать проведение рентгенологического исследования, ибо риск тяжелых последствий недиагностированной кишечной непроходимости намного превышает риск рентгенологического исследования для плода. В начале заболевания примерно в 50% случаев рентген неинформативен, тогда производится повторный снимок через 4-6 ч. Чаши Клойбера очевидно указывают на кишечную непроходимость. Заворот кишок - вторая по частоте причина кишечной непроходимости при беременности (около 25% случаев). Первичная обструкция обычно происходит в слепой кишке вследствие нарушений фиксации ее в правом латеральном канале. На рентгенограмме слепая кишка перерастянута и заходит на тень почек. Заворот кишок - вторая по частоте причина кишечной непроходимости при беременности (около 25% случаев). Первичная обструкция обычно происходит в слепой кишке вследствие нарушений фиксации ее в правом латеральном канале. На рентгенограмме слепая кишка перерастянута и заходит на тень почек.

Лечение

Консервативная терапия:

- стимуляция кишечника
- промывание желудка
- сифонная клизма
- прозерин, церукал, убредит
- прерывание беременности на ранних сроках при отсутствии эффекта от лечения

После окончательной постановки диагноза - лечение только оперативное, стабилизация основных жизненных функций, гидратация. Разрез - срединная лапаротомия. Хирургические принципы те же, что и у небеременных. В том случае, если в III триместре большая матка затрудняет доступ к кишечнику, вначале производится кесарево сечение.

Прогноз

Частота материнской смертности - 10-20% вследствие поздней диагностики и операции, неадекватной предоперационной подготовки, инфицирования, сердечно-сосудистой недостаточности и необратимого шока. Перинатальная смертность еще выше (26%), ее причины - материнская гипотензия, гипоксия плода.

Язвенная болезнь желудка

При беременности имеет место защитное, по-видимому, эстрогенообусловленное действие в отношении язв желудочно-кишечного тракта, поэтому встречаются они редко, хотя точная частота неизвестна.

Во время беременности снижается моторика желудка, желудочная секреция, возрастает секреция слизи.

Признаки язвенной болезни при беременности могут ошибочно расцениваться как признаки самой беременности (диспепсия, дискомфорт в эпигастрии). При перфорации язвы возникает болевой синдром, появляются перитонеальные симптомы, клиническая картина шока. Для диагностики показана гастроскопия. В литературе сообщалось менее чем о 100 случаях осложнений язвенной болезни при беременности: перфорации, кровотечениях, обструкции, (по большей части в III триместре). Высокая частота смертности обусловлена трудностями диагностики при беременности. При перфорации и кровотечении лечение хирургическое, при обструкции допустимы консервативные методы. В III триместре показано одновременно кесарево сечение для уменьшения вредного влияния на плод гипотензии и гипоксемии матери.

Спонтанный разрыв печени и селезенки

Спонтанное внутрибрюшное кровотечение при беременности имеет различные причины, в том числе травму, предшествующую патологию селезенки, преэклампсию-эклампсию. Точная причина часто неизвестна. Встречается относительно редко. Частота разрыва печени - 1 на 45 тыс. беременностей. Происходит в основном из-за преэклампсии, эклампсии, хотя возможен и спонтанный разрыв.

Клиническая картина разрыва печени характеризуется болью в животе, шоком, ДВС-синдромом с тромбоцитопенией, снижением уровня фибриногена. В типичных случаях гематома локализуется на диафрагмальной поверхности правой доли, но могут быть и внутripеченочные гематомы. Для подтверждения диагноза применяются УЗИ, компьютерная томография.

При больших разрывах печени показана немедленная лапаротомия, возможны перевязка печеночной артерии, резекция доли печени, ушивание разрыва печени, тампонада; инфузионная терапия, лечение ДВСсиндрома. Хирургическая техника, опыт хирурга очень важны для выживания пациентки.

Разрыв селезенки - почти всегда следствие травматического инсульта в отдаленном или недалеко прошлом (обычно при травме грудной клетки или живота).

Истинный спонтанный разрыв (не очевидная травма) обычно происходит во второй половине беременности и отражает эффект ослабления стромы селезенки от давней незамеченной травмы. У таких больных может быть геморрагический шок, клиника

«острого живота». Лечение хирургическое. Материнская смертность составляет около 15%, гибель плода - около 70%.

Разрыв аневризмы селезеночной артерии

По данным аутопсии, частота этой патологии у взрослых - 0,1%, в старческом возрасте - в 100 раз больше. В 6-10% случаев отмечается разрыв дефекта. 25-40% разрывов происходит во время беременности, особенно в III триместре.

Материнская смертность при этой патологии - 75% (как и перинатальная), в основном вследствие неправильного диагноза и поздно начатого лечения. Разрыв обычно имеет место на поздних сроках беременности у беременных пожилого возраста и связан с атеросклеротическим поражением сосудов селезенки, портальной гипертензией и болезнью Ehler-Danlos 4-го типа. Часто расценивается как разрыв матки или отслойка плаценты.

До разрыва аневризмы симптомы либо полностью отсутствуют, либо непостоянны, наиболее частое проявление - периодическая боль в эпигастрии или левом верхнем квадранте живота. Важно обращать внимание на индукцию боли в эпигастрии при нагибании и наклонах. Хотя наличествует спленомегалия, образование обычно не выявляется, особенно на поздних сроках беременности. При аускультации может выслушиваться шум. Диагноз достоверен при визуализации на рентгенограмме в левом верхнем квадранте живота овального кальцинированного образования с центральной эконегативной областью. В стабильной клинической ситуации для установления диагноза применяется ангиография.

При подозрении на заболевание нужна немедленная лапаротомия (совместно с хирургом) с целью улучшения исходов для матери и плода. Производится перевязка селезеночной артерии и резекция аневризмы, можно оставить селезенку при наличии коллатерального кровотока, но в большинстве случаев выполняют спленэктомию.

Заключение

В родах и раннем послеродовом периоде все виды острой хирургической патологии протекает атипично, со связанной клинической картиной и симптоматикой, обусловленными спазмом и перерастяжением передней брюшной стенки. Диагностика затруднена и требует динамического наблюдения, применения дополнительных методов исследования – УЗИ, кульдоскопии, лапароскопии.

Список литературы

1. Кириенко А.И., Сажин А.В., Нечай Т.В. «Острый аппендицит. Новые решения старых хирургических проблем.» изд.МИА 2019г. С. 15
2. Под ред. В.Е. Радзинского, А.М. Фукса «Акушерство» 2016г. С. 784-800
3. Пряхин В.Ф., Грошили В.С «Хирургические заболевания, травмы и беременность» изд. ГЭОТАР-Медиа 2018г. С. 58-74.
4. Серов В.Н., Стрижаков А.Н., Маркин С.А «Практическое акушерство» 1989г. С. 584
5. Шехтман М.М. «Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных» 2005г. С. 112