

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ПОЛТАВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ
КАФЕДРА АКУШЕРСТВА ТА ГІНЕКОЛОГІЇ №2

“ГОСТРИЙ” ЖИВІТ В АКУШЕРСТВІ

Лекція для лікарів-інтернів акушерів-гінекологів
III року навчання

Доктор мед.наук, професор
ЛІХАЧОВ Володимир Костянтинович

ПЛАН ЛЕКЦІЇ

- ▶ Визначення термінів «гострій» живіт в акушерстві.
- ▶ Причини, що обумовлюють «гострій живіт» в акушерстві.
- ▶ Класифікація «гострого живота» в акушерстві.
- ▶ Клінічна, діагностика, лікування різних форм «гострого живота» в акушерстві.
- ▶ Лікарська тактика при «гострому животі» в акушерстві.

“Гострий” живіт - клінічний
симптомокомплекс, що
розвивається при гострих
захворюваннях органів черевної
порожнини та/або заочеревинного
простору, які загрожують життю та
потребують невідкладної
допомоги.

Термін “гострий” живіт є складним поняттям, що об’єднує групу захворювань, різних за етіологією та патогенезом. Незважаючи на різні причини, симптоматика гострого живота в акушерстві має багато загальних характерних рис: раптовий біль, нудота, блювання, порушення відходження кишечних газів та калу, симптоми подразнення очеревини.

Апендицит у вагітних

- ▶ При вагітності є сприятливі умови для виникнення гострого, загострення хронічного апендициту: зміщення сліпої кишки і апендикса вгору та вправо, збільшення рівня статевих і кортикостероїдних гормонів. В результаті виникають перегин апендикса, порушення його кровообігу, застій вмісту.
- ▶ Клініка апендициту в 1 половині вагітності не відрізняється від класичної. В 2 половині вагітності характерна стерта клінічна картина гострого апендициту.
- ▶ Розрізняють: катаральний, флегмонозний, гангренозний апендицит.

Основні симптоми апендициту

- ▶ біль в епігастрії або по всьому животу, через 3-4 години, біль локалізується вище правої клубової ділянки; незначне напруження м'язів передньої черевної стінки; нудота іноді блювота, сухість в роті; підвищення температури тіла до 37,6-38С; ознаки Щоткіна-Блюмберга, Сітковського, Ровзінга, та ін., які виявляють подразнення очеревини (у вагітних вони виражені менше ніж у невагітних.).
- ▶ важливою діагностичною ознакою є наростання нейтрофільного лейкоцитозу , тахікардія більше 100-110 уд/хв., що виявляє деструктивні процеси в апендиксі.
- ▶ якщо сліпа кишка з апендиксом розташовані позаду від вагітної матки то симптоми подразнення відсутні, з'являється позитивний псоас-симптом.

Лікування апендициту у вагітних

- Лікування у всіх випадках оперативне. В 1 половині вагітності – типова апендектомія за методикою Волковича-Дьяконова.
- При апендициті з деструктивними змінами та в 2 половині вагітності – нижньосерединна лапаротомія, апендектомія, огляд прямокишкового простору і задньої поверхні матки, туалет черевної порожнини, введення дренажу.
- Кесарський розтин – тільки при передлежанні плаценти та відшаруванні нормально розташованої плаценти.
- Антибактеріальна та інфузійна терапія.

Кишкова непрохідність у вагітних

- ▶ Розрізняють: динамічну та механічну кишкову непрохідність.
- ▶ Критичні періоди для розвитку гострої кишкової непрохідності: вихід матки з порожнини малого тазу (12-16 тижнів вагітності); опускання голівки плода в кінці вагітності; зменшення об'єму матки після пологів з швидкою зміною внутрішньочеревного тиску.
- ▶ Клініка: гострий раптовий переймоподібний біль в животі, разом з нудотою, блювотою, затримкою газів та стільця, погіршенням загального стану.
- ▶ Лікування - негайне оперативне втручання. Питання збереження вагітності вирішується індивідуально.

Гострий холецистит у вагітних

Гострий холецистит або загострення хронічного процесу частіше виникає у жінок з порушенням обміну речовин. Велику роль в розвитку захворювання грає інфекція. До розвитку холециститу можуть призвести різні причини: гіпокінезія жовчних шляхів, морфологічні зміни в структурі термінального відділу загального жовчного протоку, зниження імунологічних факторів, гіперкоагуляція крові та інші.

Діагностика гострого холециститу у вагітних

- ▶ Захворювання проявляється болями в правому підребер'ї з ірадіацією в праву лопатку, та плече. Іноді біль має тупий характер. Нудота і блювота не приносять полегшення хворій. Із анамнезу з'ясовують наявність холециститу, порушення дієти (жирні, гострі продукти). Загальний стан задовільний. При пальпації: болючість в ділянці жовчного міхура.

Основні симптоми:

- ▶ Симптом Ортнера: болючість при постукуванні ребром долоні по правій реберній дузі.
- ▶ Симптом Мюсі: болючість при натисканні над дужкою в ділянці між ніжками грудинно-дужково-сосочкового м'язу.
- ▶ Симптом Боаса: болючість при натисканні пальцем справа від VIII-X грудних хребців.
- ▶ Симптом Кера: біль на вдосі при пальпації правого підребер'я.

Лікування гострого холециститу у вагітних

Термінова операція показана:

- ▶ при гострому холециститі з явищами розливного перитоніту;
- ▶ при гострому холециститі з холангітом, важкою формою панкреатиту, механічною жовтяницею, диструктивними змінами стінок жовчного міхура;
- ▶ при прогресуючому запальному процесі, не дивлячись на лікування.

Консервативне лікування: голод 24-48 годин; в/в вводять 5-10% розчин глюкози - 500,0, з інсуліном, 150-200 мл 0,25% розчину новокаїну, розчин Рінгера, лактосоль. Вводять спазмолітики. Антигістаміни. Призначають антибіотики. При значних болях - знеболюючі препарати.

Гострий панкреатит у вагітних

Це важке поліетіологічне захворювання, яке характеризується запаленням і деструктивними змінами підшлункової залози. Під час вагітності протікає важко, смертність жінок складає 20-30%. Перинатальна смертність дітей - до 38%.

Хвороба починається гостро із значних болей у верхній половині живота, які носять опоясуючий характер. З'являється нудота, блювота, після якої легше не стає. Розвивається колапс. При огляді: іктеричність склер, слизових оболонок, на шкірі --крововиливи, "синяки" (навколо пупка і на боковій поверхні живота). При пальпації - значна болючість в епігастрії, підребер'ях. Часто підвищується температура.

Лікування гострого панкреатиту у вагітних

Призначають голод, спазмолітики (платіфілін 1,0 в/м, папаверин 2,0, но-шпа 2,0, баралгін 5,0 - 3-4 рази на добу). Інфузійну терапію починають з літичної сумші (атропін 1,0, промедол 2% - 1,0, дімедрол 1% - 1,0). В/в вводять 20-40 мл 0,5% новокаїну, глюкозу, розчин Рінгера. Вводять інгібітори протеаз (трасілол, контрікал, гордокс). Призначають еуфілн 2,4% - 10,0 в/м, 2 рази на добу, вітаміни, кокарбоксилазу. Для профілактики гнійних ускладнень призначають антибіотики (ампіцилін, ампіокс, цефалоспорины). Показом до хірургічного лікування є гнійний панкреатит з деструкцією.

Неспецифічний виразковий коліт увагітних

- ▶ Це хронічне некротизуюче запалення слизової оболонки прямої і товстої кишок неінфекційного походження.
- ▶ **Основні клінічні ознаки:** діарея і болі в животі. Пронеси до 20 разів на добу, стілець рідкий, містить багато гною і крові. Біль переймоподібний, після дефекації проходить. При важкій формі: анорексія, втрата ваги, лихоманка, анемія, дегідратація, гіпоальбумінемія, набряк ніг.
- ▶ **Ускладнення:** перфорація кишківника, геморой, випадіння прямої кишки, утворення нориць і абсцесів.
- ▶ **Загострюється частіше** в першому триместрі вагітності. Пологи ведуть в залежності від акушерської ситуації.
- ▶ **Лікування:** дієта збагачена білками, вітамінами.

ПЕЛЬВІОПЕРИТОНІТ

*місцевий обмежений перитоніт,
що виникає вторинно внаслідок
інфікування очеревини малого
тазу.*

Клініка пельвіоперитоніту

- різкий біль внизу живота
- $\uparrow t$ тіла до 38-39C°
- нудота, блювота
- пульс частий, слабкого наповнення та напруження
- язик сухий
- живіт не приймає участі в акті дихання, різко болючий в нижніх відділах, симптоми подразнення очеревини позитивні
- перистальтика кишечника послаблена
- лейкоцитоз, різке збільшення ШОЕ
- різкий біль при рухах шийки матки
- нависання склепіння піхви в результаті наявності вільної рідини в малому тазі.

Збудниками частіше за все бувають: гонокок, мікробні асоціації, які включають аеробну та анаеробну флору, хламідії, мікоплазми.

Лікування пельвіоперитоніту

- ▶ **Хірургічне лікування** для видалення осередку інфекції в черевній порожнині
- ▶ **Пункція черевної порожнини** для евакуації запальної рідини з порожнини малого тазу
- ▶ **Антибіотики** з урахуванням виду збудника та його чутливості до препаратів
- ▶ **Інфузійно-трансфузійна терапія:**
 - 0,9% розчин NaCl, розчин Рінгера;
 - збалансовані сольові розчини;
 - білкові гідролізати.
- ▶ **Протизапальні препарати**

РОЗПОВСЮДЖЕНИЙ ДИФУЗНИЙ ПЕРИТОНІТ

*процес охоплює від 2 до 5
анатомічних областей
черевної порожнини*

Клініка розповсюдженого перитоніту

■ **Реактивна фаза** (перебіг на фоні збережених компенсаторних механізмів - загальний стан задовільний, підвищується температура тіла, виникає лихоманка, тахікардія, живіт болючий, напружений, позитивні симптоми подразнення очеревини, перистальтика в`яла, пальпація матки та придатків затруднена, заднє склепіння напружене та болюче, в крові - помірний лейкоцитоз, $\uparrow$ ШОЕ)

■ **Токсична фаза** (розвиток проходить на фоні збільшення інтоксикації - тахікардія (до 140 уд/хв) лихоманка, гіпотонія, адинамія хворої, нудота, блювота, пронос, слабкість, язик сухий, обкладений білим нальотом, живіт здутий, болючий, напружений, не приймає участі в акті дихання, перистальтика відсутня, в крові - лейкоцитоз, гіпопротеїнемія, диселектролітемія, порушення КОС)

■ **Термінальна фаза** (проявляється на фоні ураження ЦНС - хвора в`яла, відмічається сплутаність свідомості, галюцинації, маячіння, западіння очних яблук, ціаноз слизових, шкіра сіра, вкрита холодним потом, гіпотонія (можливий колапс), дихання поверхневе, часте, пульс частий, аритмічний, живіт болючий, перистальтика відсутня, олігурія, ознаки ДВЗ-синдрому).

Лікування

складається з 3-ох етапів

- ▶ **передопераційна підготовка** протягом 2-х годин (промивання шлунка, інфузійна терапія, в/в введення антибіотиків)
- ▶ **оперативне втручання** (видалення джерела інфекції, санація черевної порожнини, проведення інтубації кишечника, дренування черевної порожнини під правим та лівим куполом діафрагми та в обох здухвинних ділянках)
- ▶ **інтенсивна терапія в післяопераційному періоді** (санація черевної порожнини через дренажі, антибіотикотерапія, введення інфузійних розчинів, корекція кислотно-основного стану, боротьба з парезом кишечника, антикоагулянти, анальгетики, антигістамінні препарати)

Контрольні запитання для оцінки рівня знань

- ▶ Що являє собою поняття «гострий» живіт?
- ▶ Групи яких захворювань являють собою причину «гострого» живота?
- ▶ На підставі яких даних проводиться диференційна діагностика гострого пієліту вагітних та апендициту.
- ▶ Які методи лікування «гострого» живота у вагітної?
- ▶ У чому є особливість оперативного втручання при перекруті ніжки кісти яєчника у вагітної?
- ▶ На підставі яких даних ставиться діагноз некрозу фіброматозного вузла?
- ▶ Які оперативні втручання проводять при некрозі фіброматозного вузла у вагітної?

Рекомендована література

ОСНОВНА

- ▶ Ліхачов В.К. Акушерство. Том 2. Сучасна акушерська практика. - Вінниця: Нова Книга, 2022. - 512 с.
- ▶ Академічні лекції з акушерства та гінекології/за ред. акад. Ю.Г.Антипкіна. - Київ: ТОВ КРЕЙТИВ МЕДІА, 2021. - 424 с.
- ▶ Наказ МОЗ України № 297 від 02.04.2010 «Про затвердження стандартів та клінічних протоколів надання медичної допомоги зі спеціальності «Хірургія».- К., 2010.- 315 с.

ДОДАТКОВА

- ▶ Сенчук А.Я. та ін. Невідкладні стани в акушерській практиці. - К.: Фенікс, 2019.- 336с.
- ▶ Ліхачов В.К. Інфекції і запальні захворювання в акушерстві та гінекології: посібник для лікарів/ В.К. Ліхачов- Київ: LAT & K, 2019.- 135 с.
- ▶

**ДЯКУЮ
ЗА УВАГУ!**