

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

Факультет Медичний
Кафедра Хірургії з післядипломною освітою

ЗАТВЕРДЖУЮ

Проректор з науково-педагогічної роботи

Едуард Бурячківський



**МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА
ДО ПРАКТИЧНИХ З НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ**

Факультет, курс Медичний 6 курс

Навчальна дисципліна Хірургія
(назва навчальної дисципліни)

ПРАКТИЧНІ ЗАНЯТТЯ

Практичне заняття № 14

Тема “ Особливості протікання хірургічного захворювання у вагітних. Діагностика та диференційна діагностика гострих захворювань органів черевної порожнини. Особливості обстеження. Хірургічна тактика. Запобігання передчасним пологам”

Затверджено:

Засіданням кафедри: хірургії з післядипломною освітою

Одеського національного медичного університету

Протокол № 1 від "28" серпня 2025 р.

Завідувач кафедри



Володимир ГРУБНІК

Розробники: Проф., дмн. Міщенко В.В., доц.. кмн. Поляк С. Д., ас. кмн. Доц. Воротинцева К. О доц., доц..кмн. Парфентьев Р.С., доц. Койчев Е.А., ас.Бургідзе З.Д., доц..кмн. Горячий В.В., доц.. Нікітенко Р. П., ас.кмн. Дегтяренко С. П., ас. Кочовий Д. В., ас.Пономаренко А. В., ас. кмн. Грубник В. В., ас. Іщенко В. С., ас. кмн.Ільяшенко В. В., Ас. Слепов В.В., ас Медведєв О. В.

ПРАКТИЧНІ ЗАНЯТТЯ

Практичне заняття № 14

Тема практичного заняття: “Особливості протікання хірургічного захворювання у вагітних. Діагностика та диференційна діагностика гострих захворювань органів черевної порожнини. Особливості обстеження. Хірургічна тактика. Запобігання передчасним пологам”.

1. Актуальність теми.

Хірургічна патологія, яка виникає у вагітних, часто є складною для діагностики, часто виникають діагностичні помилки, певні труднощі при виборі лікувальної тактики, що може загрожувати як стану матері, так і життю плоду. Все це робить перебіг хірургічної патології у вагітних складним, а в деяких випадках – фатальним. Слід зазначити, що є певні обмеження щодо застосування діагностичних досліджень. До того ж треба додати акушерську патологію, яка може симулювати хірургічну патологію, або супроводжувати її. Тому на всіх етапах діагностики та лікування вагітних з хірургічною патологією необхідна тісна взаємодія між хірургом та акушером-гінекологом.

2. Цілі заняття:

2.1. Навчальні цілі:

Здобувач вищої освіти повинен:

- | | | |
|----|---|------------|
| 1. | Знати анатомо-фізіологічні особливості організму вагітної жінки, що можуть впливати на перебіг хірургічної патології | II рівень |
| 2. | Виявляти анамнестичні та клінічні об'єктивні ознаки хірургічної патології у вагітних. | II рівень |
| 3. | Призначати план обстеження вагітним жінкам з підозрою на хірургічну патологію з використанням лабораторних, ендоскопічних методів обстеження. | III рівень |
| 4. | Надати екстрену консервативну допомогу вагітним з хірургічною патологією, призначити лікування щодо профілактики передчасних пологів. | III рівень |
| 5. | Визначати покази до оперативного втручання у вагітних з діагнозом хірургічної патології. | III рівень |

2.2. Виховні цілі:

1. Формування професійно значущої особистості лікаря, що є спеціалістом широкого профілю, якому доводиться зустрічатися не тільки зі спеціалізованою патологією.
2. Підкреслити значення національної хірургічної школи хірургів у розробці сучасних методів лікування вагітних з хірургічною патологією.

3. Міждисциплінарна інтеграція

№ п/п	Дисципліни	Знати	Вміти
1	2	3	4
I. Попередні дисципліни			

		під час вагітності.	тракувати результати досліджень, під час операції орієнтуватися в органах черевної порожнини вагітної жінки.
2.	Фізіологія та патофізіологія	Особливості перебігу вагітності	Вміти інтерпретувати зміни в організмі вагітної жінки які є фізіологічними .
3.	Біохімія	Біохімічні зміни в крові вагітної жінки.	Вміти інтерпретувати дані лабораторних досліджень.
4.	Фармакологія	Дія фармакологічних препаратів на організм вагітної жінки з урахуванням їх дії на організм плоду, можливий тератогенний ефект.	Визначати покази та протипокази для призначення фармакологічних препаратів вагітній жінці.
5.	Акушерство	Перебіг фізіологічної та патологічної вагітності, загроза передчасни пологів, передчасні пологі, кесарів розтин.	Визначати патологічний перебіг вагітності, загрозу передчасних пологів, Проводити профілактику передчасних пологів, визначати покази до невідкладного розродження та Кесаріва розтину
II. Внутрішньопредметна інтеграція			
1.	Анатомо-фізіологічні зміни при вагітності	Зміни з боку серцево-судинної системи, легень, нирок, органів черевної порожнини	Інтерпретувати дані фізікального, лабораторного та інструментального обстеження вагітної
2.	Гострий апендицит при вагітності	Знати клінічний перебіг та особливості діагностики гострого апендициту у вагітних	Цілеспрямовано зібрати анамнез, оцінювати симптоми гострого апендициту у вагітної жінки
3.	Гострий холецистит при вагітності	Знати клінічну картину, диференціальну діагностику, особливості перебігу гострого холецистити при вагітності	Вміти обстежити вагітну з гострим холециститом
4.	Гострий панкреатит при вагітності	Знати особливості клінічної картини та діагностики гострого панкреатиту у вагітних	Вміти провести диференціальний діагноз, інтерпретувати дані УЗД, ендоскопічного дослідження, поставити покази до лікування.
5.	Геморой вагітних	Етіологія геморою, причини виникнення геморою у вагітних	Провести пальцьове дослідження прямої кишки, аноскопію.

4. Зміст заняття.

1. Анатомічні і фізіологічні зміни при вагітності

Сукупність глибоких змін, що відбуваються в організмі жінки при вагітності, і змін, викликаних хворобою або травмою, може створити складну і неясну клінічну картину. Для правильної оцінки стану матері, її рідинного балансу та інтерпретації простих лабораторних тестів необхідне чітке розуміння фізіологічних та анатомічних

змін, в нормі спостережуваних у вагітної пацієнтки. Крім того, патологічні стани, унікальні для вагітності, можуть ініціюватися хворобою або травмою (наприклад, передчасне відшарування плаценти або емболія амніотичною рідиною), що слід враховувати як при діагностиці, так і при проведенні лікування. Після початкової стабілізації стану матері, слід розглянути можливість лікування та другого пацієнта (плоду).

Зміни серцево-судинної системи:

У перші 10 тижнів вагітності серцевий викид зростає (до 1,0 - 1,5 л / хв), а потім утримується на цьому підвищеному рівні протягом усієї вагітності. У пізні терміни вагітності нижня порожня вена стискається (у положенні на спині) збільшеною маткою і серцевий викид різко знижується в результаті зменшення навантаження. При зсуві вагітної матки від нижньої порожнистої вени в кінці вагітності серцевий викид збільшується на 28-30%. Це може відбуватися або при зміні положення тіла пацієнтки поворотом на лівий бік, або за мануального зміщення матки.

Частота серцевих скорочень при вагітності звичайно зростає. Ця фізіологічна тахікардія досягає максимуму (на 15 - 20 уд / хв вище початкових значень) наприкінці III триместру. Тахікардія як ознака гіповолемії у вагітних з травмою повинна інтерпретуватися з обережністю.

Систолічний та діастолічний артеріальний тиск при нормальній вагітності знижується на 10 - 15 мм рт.ст. в II триместрі і поступово підвищується до кінця вагітності до початкового (до вагітності) рівня.

На електрокардіографічні дані впливає зміщення серця збільшеною маткою. Це проявляється відхиленням осі серця вліво на 15 °, а також сплюсненням або інверсією зубця R в III відведенні. Крім того, під час вагітності частіше спостерігається суправентрикулярна ектопія.

Гематологічні зміни:

Обсяг крові до кінця вагітності зростає максимум на 45%. Маса еритроцитів збільшується в меншій мірі, ніж обсяг плазми; отже, ділюційна анемія є нормальним фізіологічним станом при вагітності. Таке збільшення обсягу плазми дозволяє переносити велику втрату еритроцитів без звичайних ознак гіповолемії. Наприклад, в пізні терміни вагітності втрата 35% крові (III ступінь крововтрати) може не супроводжуватися гіпотензією і тахікардією. При нормальній вагітності спостерігається помірний лейкоцитоз. Кількість лейкоцитів в II і III триместрах сягає 18 000, а під час пологів - 25 000.

Вагітність впливає і на фактори згортання: збільшується вміст фібриногену і факторів VII - X. Однак час кровотечі і згортання крові, протромбіновий час і частково тромбoplastиновий час залишаються без змін. Ці зміни системи гемостазу (частково за рахунок підвищення рівня естрогену) збільшують ризик утворення венозного тромбозу. Крім того, вивільнення тромбoplastину внаслідок хвороби або травми (наприклад, при передчасному відшаруванні плаценти) може ініціювати швидкоплинну коагулопатію.

Швидкість осідання еритроцитів при нормальній вагітності збільшується до 60-80 мм на годину.

Зміни в легенях:

Дихальний об'єм в пізні терміни вагітності збільшується приблизно на 40%. Залишковий об'єм при вагітності зменшується приблизно на 25%, а частота дихання змінюється незначно.

На гази артеріальної крові впливають збільшення дихального об'єму і зниження залишкового об'єму, що призводить до зменшення альвеолярного і артеріального тиску CO₂. В середньому P CO₂ становить 30 мм рт.ст. (проти 40 мм рт.ст. у невагітних). Нормальний рН підтримується завдяки збільшенню екскреції бікарбонату нирками.

Зміни у шлунково-кишковому тракті:

Зниження моторики шлунка і зменшення часу його спорожнення сприяють підвищенню ризику аспірації, особливо у пацієток, що вимагають застосування загальної анестезії. Ознаки подразнення очеревини у вагітних менш надійні в цьому відношенні, ніж невагітних з травмою. Болючість та ригідність м'язів черевної стінки у вагітних часто знижені, з'являються пізніше або зовсім відсутні. Завдяки плацентарного компоненту лужної фосфатази рівень останньої до кінця терміну вагітності зростає в 2 - 3 рази в порівнянні з її рівнем у невагітних.

Зміни сечовивідної системи:

Розширення ниркових мисок і сечоводів (праворуч більше, ніж ліворуч) починається з 10-го тижня вагітності і зберігається аж до 6 тижнів після пологів.

Січковий міхур зміщується догори і наперед, стаючи приблизно з 12-го тижня вагітності органом черевної порожнини; що робить його більш вразливим (у разі пошкодження).

Зменшення сироваткового креатиніну та азоту сечовини в крові (0,5 і менш 10 мг / дл відповідно - в пізні терміни вагітності) відбувається в результаті посилення ниркового кровотоку і збільшення швидкості клубочкової фільтрації.

Зміни репродуктивних органів:

Під час вагітності довжина і вага матки збільшуються з 7 см і 70 грам до 36 см і 1000 грам наприкінці терміну вагітності. Великі розміри матки потенційно підвищують ризик ушкодження, як самого органу, так і його вмісту (наприклад, розрив матки, відшарування плаценти, розрив плодових оболонок, пошкодження плоду). Кровообіг в матці зростає протягом вагітності з 60 до 600 мл/хв, що призводить до масивної крововтрати при порушенні цілісності маткових судин під час хірургічного втручання.

2. ВАГІТНІСТЬ І ГОСТРИЙ ЖИВІТ

Термін "гострий живіт" об'єднує велику групу захворювань органів черевної порожнини, які гостро виникають та загрожують життю та від яких більшість хворих можуть бути виліковані тільки за допомогою екстреного хірургічного втручання. Частота окремих захворювань цієї групи у вагітних подібна або декілька перевищує таку поза вагітністю. Найчастіше зустрічаються ураження органів шлунково-кишкового тракту (апендицит - до 90% випадків). Є деякі особливості перебігу цих захворювань у вагітних. Крім підвищеної небезпеки для матері, гострі захворювання органів черевної порожнини несприятливо впливають на перебіг вагітності, викликаючи передчасне її переривання, викидні і передчасні пологи, можлива перинатальна смертність. Подібні ускладнення відзначаються у 5-7% жінок з гострим апендицитом, у 50-70% - при кишковій непрохідності, при перитоніті загибель дітей досягає 90%.

Прогноз для матері і плоду при будь-яких гострих захворюваннях органів черевної порожнини суттєво погіршується зі збільшенням терміну вагітності та в пологах, що пов'язано із зростанням діагностичних труднощів і, отже, з затримкою операції.

Вагітність і гострий апендицит

Перебіг захворювання. Під час вагітності створюються умови, що сприяють розвитку гострого апендициту. Під впливом прогестерону настає зниження тонуусу і моторної функції шлунково-кишкового тракту, розвиваються закрепи. У зв'язку з атонією кишечника відбувається затримка його вмісту. Одночасно змінюється секреторна функція шлунково-кишкового тракту, що призводить до посилення вірулентності кишкової флори. Водночас з прогресуванням вагітності і збільшенням обсягу матки, змінюється розташування товстої кишки. Під час вагітності значно посилюється регіональний кровообіг у матці. Гіперемія тазових органів може бути причиною виникнення та розвитку гострого апендициту.

Діагностика гострого апендициту при вагітності базується на тих же симптомах, що і поза вагітністю: раптовість захворювання, болі в епігастрії і зміщення їх у праву здухвинну ділянку, блювота, тахікардія, підвищення температури тіла. Найбільш типова клінічна картина в I триместрі вагітності. Діагностика захворювання утруднена при

великих строках вагітності внаслідок зміни локалізації апендікса і перерозтяження черевної стінки, картина захворювання стає менш чіткою. Накладає відбиток на клінічні прояви гострого апендициту і форма захворювання (проста або деструктивна). Висока ступінь інтоксикації, високий лейкоцитоз при зсуві лейкоцитарної формули вліво можуть свідчити про деструктивну форму (флегмонозного, гангренозного і перфоративного). У сумнівних випадках для підтвердження діагнозу хвору спостерігають у динаміці 1,5-2 год, повторюють лейкограми, біохімічні дослідження крові, аналізи сечі. Лабораторні дані зіставляють з результатами клінічного спостереження, температурою тіла, частотою пульсу, оглядом і пальпацією живота. Спостереження здійснюють спільно хірург і акушер-гінеколог.

Перебіг вагітності ускладнюється загрозою викидня, передчасних пологів.

При підтвердженні діагнозу гострого апендициту хворому показано оперативне втручання. Апендектомія має проводитися під ендотрахеальним наркозом, в умовах підвищеної оксигенації.

Ніяка форма апендициту не є підставою для переривання вагітності будь-якого терміну. До кесаревого розтину вдаються в рідких випадках при поєднанні гострого апендициту з акушерською патологією, що вимагає оперативного розродження, або коли великий розмір матки перешкоджає виконанню основної операції. Оперованим вагітним призначається терапія, спрямована на збереження вагітності (спазмолітики, токолітики) та профілактику гіпоксії плоду. У випадках виникнення пологів у післяопераційному періоді показано, з метою виключення фізичного навантаження, накладення акушерських щипців.

Вагітність і гострий холецистит

Серед неакушерських показань до хірургічного втручання під час вагітності гострий холецистит стоїть на другому місці (після гострого апендициту). Захворювання найчастіше розвивається на тлі жовчнокам'яної хвороби, внаслідок закупорки протоки міхура камінням. У 3,5-11% вагітних жовчнокам'яна хвороба перебігає асимптомно, а камені випадково виявляють при УЗД. Виникненню цього захворювання сприяє гіперхолестеринемія, яка виникає під час вагітності. Суттєву роль грає інфекція, негативно позначаються порушення діяльності шлунково-кишкового тракту. Утворення каменів у жовчному міхурі та розвиток у подальшому жовчнокам'яної хвороби патогенетично пов'язані з холециститом. Відома сімейна схильність до холециститу.

Діагностика гострого холециститу, як і інших гострих захворювань органів черевної порожнини при вагітності, пов'язана з відомими труднощами, які зумовлені зміною топографо-анатомічних співвідношень. Допомогає діагностиці гострого холециститу лабораторні дослідження: загальні та біохімічні показники крові та сечі, УЗД печінки і позапечінкових проток.

Диференціальну діагностику холециститу при вагітності проводять перш за все з пієлонефритом, сечокам'яної хвороби, при наявності жовтяниці - з вірусним гепатитом, гестозами.

Захворювання проявляється болем в правому підребер'ї, з іррадіацією під праву лопатку, в плече, іноді болі мають тупий характер. Приєднуються нудота, блювота, печія. Загальний стан хворої спочатку залишається задовільним. При пальпації виявляється болючість в області жовчного міхура. З'являється біль при легкому ударі по правій реберній дузі (симптом Ортнера); біль на вдиху при пальпації правого підребер'я (симптом Кера); болючість між ніжками правою грудинно-ключично-соскоподібного м'яза (симптом Мюссе).

Хворі госпіталізуються у відділення патології вагітних, лікування хворих проводять спільно з терапевтами, хірургами. Призначається постільний режим, голод на 24-48 год, спазмолітики (но-шпа, баралгін, папаверин), внутрішньовенне введення ізотонічного розчину натрію хлориду і глюкози, комплекс вітамінів. При відсутності

ефекту від консервативного лікування необхідно вирішити питання про операцію. Показанням для негайного переходу до оперативного лікування є ускладнення холециститу перитонітом, холангітом, механічною жовтяницею. Операція на жовчному міхурі та протоках проводиться за тими ж правилами, як і поза вагітністю. У післяопераційному періоді призначається лікування, спрямоване на збереження вагітності. Якщо захворювання розвивається до кінця вагітності, то водночас з консервативним лікуванням холециститу проводиться підготовка родових шляхів до подальшої родостимуляції. При неускладненому холециститі прогноз для матері і плоду в цілому задовільний.

Вагітність і захворювання підшлункової залози

Вплив вагітності на функцію підшлункової залози до кінця не встановлено. Відомо, що при вагітності збільшується секреція глюкагону. Секреція інсуліну також підвищується, особливо наприкінці вагітності. Активність амілази сироватки, згідно з одними положеннями, не змінюється, згідно з іншими - збільшується, досягаючи максимуму до кінця II триместру вагітності. За допомогою електрофорезу білків сироватки виділено два ізоферменти амілази: P і S. Амілаза P утворюється в підшлунковій залозі, а амілаза S - в інших органах і тканинах. У зв'язку з цим при підвищенні активності амілази проводять електрофорез білків сироватки для визначення джерела ферменту.

Поширеність гострого панкреатиту серед вагітних становить 1 на 3000 - 10000. Гострий панкреатит, як правило, пов'язаний з жовчнокам'яною хворобою і частіше розвивається в III триместрі вагітності.

Причини гострого панкреатиту при вагітності:

1. Лікарські засоби: Азатіоприн, тіазидні діуретики, фуросемід, вальпроєва кислота.
2. Порушення відтоку: Жовчнокам'яна хвороба, Стеноз після хірургічного втручання, Запалення та набряк фатерова соска, Дивертикул дванадцятипалої кишки.
3. Метаболічні порушення: гіпертригліцеридемія, Гіперкальціємія, ХНН.
4. Інфекції: Аскарідоз, Епідемічний паротит та інші вірусні інфекції, мікоплазмова інфекція.
5. Інші захворювання: Гостра жирова дистрофія печінки, ВКВ, пенетруюча виразка шлунка або дванадцятипалої кишки, тромбоцитопенічна пурпура.

Вагітність не впливає на клінічну картину гострого панкреатиту. У 70-90% випадків спостерігаються нудота і блювота. Часто спостерігається гострий, інтенсивний і тривалий біль у шлунку, який віддає в спину. Панкреонекроз може ускладнитися крововиливом в заочеревинну клітковину. Це супроводжується ціанозом бічних поверхонь живота (симптом Грея-Турнера) і ціанозом в параумбілікальній ділянці (симптом Куллена). Диференціальну діагностику проводять із гострим апендицитом, з розшаруванням аневризми черевної аорти, кишковою непрохідністю, гострим холециститом, діабетичним кетоацидозом, виразковою хворобою, пієлонефритом, паранефритом, перфорацією порожнього органа і ниркової колькою. При лабораторних дослідженнях можуть відзначатися наступні зміни.

1. Легка гіпербілірубінемія (у 15% випадків, рівень білірубіну близько 4 мг%).
2. Лейкоцитоз вище 15 000 - 30 000 в мкл
3. Рівень амілази сироватки вище 2000 од / л.

Підвищення активності амілази сироватки може свідчити про гострий панкреатит. Паралельно підвищується активність ліпази сироватки, однак норма цього показника для вагітних поки точно не встановлена. Оглядову рентгенографію черевної порожнини виконують тільки при великій необхідності (виключають скупчення вільного газу). Для виявлення звапніння, набряку та несправжніх кіст підшлункової залози проводять УЗД. Якщо діагноз підтверджений, проводять лікування гострого панкреатиту та профілактику його частих ускладнень: гіпокальціємії, гіповолемії, гіпомagneмії і гіперглікемії. Крім того, при гострому панкреатиті високий ризик гострої ниркової недостатності, ДВС- синдрому, РДСВ, кровотеч у просвіті несправжніх кіст підшлункової залози.

Лікування гострого панкреатиту при вагітності таке ж, як у невагітних. При консервативному лікуванні панкреатит зазвичай розрешується протягом 3 - 7 діб. Виконують знеболення, проводять інфузійну терапію та ретельний контроль вмісту кальцію, магнію та глюкози в сироватці. Відмінюють прийом їжі, рідини і лікарських засобів. Ентеральне харчування відновлюють після зниження активності амілази і ліпази в сироватці, а також відновлення функції кишечника (відходження газів, появи перистальтики і оформленого стільця). Рекомендується регулярна аспірація вмісту шлунка через назогастральний зонд. При тяжкому перебігу панкреатиту показано парентеральне харчування. При гострому панкреатиті можлива лихоманка, але якщо вона зберігається тривалий час, необхідно виключити інфекційні ускладнення. Ефективність профілактичної антимікробної терапії не доведена. При формуванні псевдокісти або абсцесу підшлункової залози показані невідкладні заходи, що включають черезшкірне або відкрите дренирування.

Якщо набрякла форма гострого панкреатиту розвивається до 12 тижнів вагітності, то після стихання захворювання бажано перервати вагітність. У разі розвитку гострого панкреатиту в пізні терміни вагітності, паралельно з консервативним лікуванням призначають підготовку пологових шляхів до дострокової родостимуляції. Якщо захворювання виникає в будь-які терміни вагітності і супроводжується загрозою переривання вагітності, то призначення лікування, спрямованого на її збереження, недоцільно. Пологи проводять через природні родові шляхи з ретельним знеболенням, одночасно продовжують інфузійну інтенсивну терапію, вводять достатню кількість спазмолітиків. Другий період пологів закінчують накладанням акушерських щипців.

Одне з грізних ускладнень пологів - кровотечі, пов'язані з порушенням коагуляційних властивостей крові, тому обов'язково необхідно проводити профілактику кровотечі. У зв'язку з важкою інтоксикацією породіль збільшується інтра- та постнатальна смертність дітей. Після пологів стан хворих поліпшується мало, але з'являються умови для проведення масивної терапії, розширення спектру антибіотиків, спрямованих на лікування перитоніту або сепсису.

Показаннями до оперативного лікування є перехід набряклою форми в деструктивну, гнійний панкреатит, перитоніт. Мета оперативного втручання - створити відтік активних ферментів з проток підшлункової залози, накласти розвантажувальну холецистостому і дрениувати малий чепець, створити канал (тампони, дренажі) для відходження секвестрів підшлункової залози. Для виконання такого обсягу операції потрібно спорожнити матку. З іншого боку, на тлі важкого стану хворих виконання двох операцій ще більше погіршує стан жінки. Післяопераційний період протікає важко, притаманний високий відсоток ускладнень і летальних випадків.

Вагітність і виразкова хвороба

Виразкова хвороба зустрічається в 1 з 4000 вагітних. Ці дані можуть бути занижені, оскільки діагностика виразкової хвороби під час вагітності утруднена. Вважають, що ризик виразкової хвороби під час вагітності знижується.

Клінічні прояви виразкової хвороби включають тупий, ниючий біль у шлунку, іноді з іррадіацією в спину. Біль зазвичай проходить після прийому їжі або антацидів. Іноді буває блювота з домішкою незміненої або зміненої крові (остання схожа на кавову гущу). Призначають гастроскопію. Це дослідження допомагає підтвердити діагноз, а також провести диференціальну діагностику між виразковою хворобою та іншими станами, що потребують лікування.

Лікування виразкової хвороби під час вагітності: Виключають куріння та алкоголь. Призначають антациди, сукральфат, блокатори протонної помпи, H₂-блокатори. Рідкі антациди застосовують у дозі 30 мл всередину кожні 2-3 ч. Перед призначенням сукральфату або H₂-блокаторів обов'язково проводять гастроскопію.

1. Сукральфат являє собою основну алюмінієву сіль октасульфата сахарози. При потрапленні в шлунок препарат утворює на ділянці дефекту слизової захисну

плівку. Він перешкоджає дії пепсину і стимулює утворення бікарбонату. Сукральфат застосовують у випадку, якщо лікування антацидами неефективно. Препарат призначають внутрішньо по 1 г за 1 год до прийому їжі і перед сном. Антациди можна приймати не раніше ніж через 1 год після прийому сукральфату. Побічна дія препарату - закрепи.

2. H₂-блокатори - циметидин, ранітидин і фамотидин - зворотно зв'язуються з H₂-рецепторами клітин слизової шлунка і блокують шлункову секрецію, а також блокатори протонної помпи (омепразол, ланзапразол, пантопразол, езомепразол) - блокують «протонний насос» через що знижують до мінімуму секрецію соляної кислоти. Ці препарати не рекомендується широко використовувати під час вагітності.
3. Вагітним не рекомендується проводити ерадикацію *Helicobacter pylori*, так як можливі побічні ефекти антибіотикотерапії на плід.

При шлунково-кишковій кровотечі різко підвищується ризик загибелі плода та розвитку ускладнень з боку матері. Масивна кровотеча під час вагітності є показанням до екстреного оперативного втручання.

Вагітність і гостра непрохідність кишечника

Гостра непрохідність кишечника (ГНК) може зустрічатися у вагітних та породіль. Сприяючими факторами є наявність зрощень, спайок, хронічних запальних процесів, ускладнення протягом післяопераційного періоду у минулому, зміна моторної функції шлунково-кишкового тракту, пов'язане з вагітністю. У вагітних зустрічається як механічна, так і динамічна непрохідність кишечника. Частота їх при вагітності і поза нею приблизно однакова (відповідно 88% і 12%). Клінічні прояви динамічної непрохідності розвиваються поступово, починаючись із затримки калу та газів, розтягнення товстої кишки, яке згодом поширюється на тонку. Потім приєднується "калова" блювота, наростають явища перитоніту.

Механічну непрохідність поділяють на обтураційну, странгуляційну, змішану та судинну (інфаркт кишечника).

Клінічна картина гострої кишкової непрохідності (ГКН) у вагітних відрізняється великою різноманітністю, що пов'язано із залежністю її проявів від рівня непрохідності, відсутності або наявності компресії судин і нервів брижі, їх ступеня та різновиди, від часу, що пройшов з початку захворювання, а також від терміну вагітності та обсягу плодового яйця. Чим вище рівень непрохідності, тим більше виражені загальні прояви хвороби, блювота і важке зневоднення, зате менш виражене здуття живота, відсутня затримка калу, метеоризм.

Компресія судин брижі, що призводить до гострого порушення трофіки кишки (при завороті, вузлутворенні, при інвагінації і спайкової непрохідності), викликає в короткі терміни її некроз з наступним проривом. При домінуванні компресії вен некроз кишки розвивається за 1-2 годин від початку захворювання, відзначаються найгостріші болі через наростаючий набряк і імбібіцію кишки кров'ю, можливі клінічні прояви шоку. При порушенні притоку і відтоку крові в брижі симптоми ГНК різко виражені, але частіше переважають явища швидко прогресуючого перитоніту, викликаного легкою проникністю кишкової стінки, іноді і її перфорацією.

У початковому періоді розвитку ГНК (2-12 ч) хворі скаржаться на болі в животі, які раптово з'явилися, здуття, пов'язане з затримкою газів і калу, блювоту. Біль має переймоподібний характер (її поява збігається з посиленням кишкових шумів), але може бути й постійною, що приступоподібно підсилюється (при странгуляції). У другій фазі захворювання (12-36 год) переважають гемодинамічні розлади. Через послаблення скорочень кишечника болі зменшуються і змінюється їх характер: вони стають постійними, збільшується метеоризм, наростає блювота. З'являються ознаки порушення діяльності паренхіматозних органів (печінки, нирок), наростають порушення водно- сольового обміну (дегідратація, гіпохлоремія, гіпонатріємія, гіпокаліємія, зрушення КОС).

У пізньому періоді хвороби ("періоді результату") стан хворих вкрай важкий, висока летальність як матері, так і плоду, як результат інтоксикації материнського організму.

У вагітних, та породіль важко діагностувати захворювання, особливо в II і III триместрах вагітності, оскільки відсутні типові симптоми ГНК (гострої непрохідності кишечника) при пальпації і перкусії живота при доношеній вагітності, неможливо рентгенологічно досліджувати шлунково-кишковий тракт і визначити горизонтальні рівні. Болі при ГНК можуть бути помилково прийняті за початок родової діяльності і хворих доставляють у акушерські стаціонари, в результаті втрачається час для хірургічного лікування, майже у половини вагітних операції проводять пізніше 36 год від появи початкових симптомів гострої кишкової непрохідності. ГНК може бути причиною передчасного відшарування нормально розташованої плаценти, може бути прийнята за іншу патологію гострого живота, розрив матки. У результаті всіх ускладнень прогноз вагітності при ГНК несприятливий.

При гострій непрохідності кишечника тактика ведення вагітності залежить від виду кишкової непрохідності. Консервативні методи лікування мають не лише лікувальне, але й діагностичне значення. Консервативне лікування можна розпочати з введення атропіну сульфату, призначення сифонної клізми. Застосування засобів, що підсилюють перистальтику, до з'ясування характеру непрохідності вважається непоказаним. Одночасно проводиться евакуація шлункового вмісту (через ніс, тонким зондом).

Інфузійна терапія повинна проводитися в повному обсязі. Безуспішність консервативних заходів протягом 1,5-2 год служить підставою для операції. Оперувати хворих можна в умовах акушерського стаціонару, починаючи з 28 тижнів вагітності (на ранніх термінах хворі можуть перебувати у хірургічних відділеннях). Якщо під час вступу в стаціонар діагноз гострої механічної непрохідності ясний, то вагітну відразу починають готувати до операції. Обов'язкова профілактика гіпоксії внутрішньоутробного плоду. Обсяг оперативного втручання, пов'язаний з непрохідністю, визначає і виконує хірург. Переривання вагітності показано у випадках динамічної кишкової непрохідності, обумовленої самої вагітністю, якщо хірургічне лікування виявляється неефективним. У решти хворих слід уникати операцій на матці, якщо тільки не виникає нагальної потреби в її спорожнюванні з технічних причин або з найсуворіших акушерських показань. При вимушеному в умовах перитоніту кесаревому розтину слідом за спорожнюванням матки має слідувати її видалення. Інтереси врятування життя хворої при важкому захворюванні повинні переважати над усіма іншими міркуваннями.

Гострий біль у животі при вагітності

Больовий синдром при вагітності пізніх строків найбільш часто обумовлений загрозливою розриву матки або передчасного відшарування нормально розташованої плаценти. При загрозі розриву матки під час пологів сильний біль у животі найчастіше виникає при клінічно вузькому тазі (невідповідність між розмірами голівки плоду і тазом матері), пологи при поперечному положенні плоду. Менш виражений больовий синдром спостерігається при загрозливому розриві матки по рубцю після операції кесаревого розтину або в результаті дистрофічних процесів в міометрії, обумовлених запальними захворюваннями. Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти супроводжується важкими формами пізнього токсикозу (нефропатія, преєклампсія, еклампсія), гіпертонічної хвороби, гломерулонефриту. При загрозі розриву матки під час пологів породілля скаржиться на сильні спазмовані болі в животі, які не зникають у паузах. Матка напружена і болюча при пальпації. Відзначаються ознаки перерозтяження нижнього маткового сегмента і високе стояння контракційного кільця (кордон між нижнім сегментом матки і її тілом). Круглі маткові зв'язки напружені, болючі і виразно пальпуються через передню черевну стінку. Сечовипускання затримано. При піхвовому дослідженні визначається притиснення і набряк шийки матки (при головному передлежанні плоду). З статевих шляхів з'являються кров'яністі виділення (якщо почався розрив матки). При розриві матки що відбувся бурхлива родова діяльність припиняється,

при цьому жінка відчуває сильний біль в животі. Швидко наростають явища внутрішньої кровотечі та шоку. Плід знаходиться в стані важкої гіпоксії і швидко гине. При загрозовому розриві матки по рубцю після колишньої операції кесаревого розтину вагітна чи породилля скаржитися на біль у ділянці рубця. Пальпація рубця на матці викликає біль.

Для передчасного відшарування нормально розташованої плаценти, якщо вона сталася на значному протязі (до 1 / 3 плаценти і більше), характерний гострий біль у животі розпираючого характеру. Матка щільна, напружена, не розслабляється. З боку утворення ретроплацентарної гематоми - асиметрія матки і виражена локальна болючість. Відзначаються ознаки внутрішньої і (або) зовнішньої кровотечі (почастішання пульсу, зниження артеріального тиску, поява кров'яних виділень з піхви). Серцеві тони плода швидко перестають вислуховуватися. При підозрі на загрозовий розрив матки або передчасне відшарування нормально розташованої плаценти необхідно розслабити матку. Це досягається ефірно-кисневим наркозом, після чого жінку транспортують в найближчий пологовий будинок для термінового розродження (кесарів розтин).

3. Варикозне розширення вен (ВРВ) нижніх кінцівок під час вагітності

Вважається, що поширеність ВРВ під час вагітності коливається в межах від 20 до 50%. Підвищення концентрації прогестерону під час вагітності призводить до зниження тону м'язової мускулатури, зниження її збудливості і сприяє розтягуванню венозної стінки, яка зростає до 150% від норми і повертається до неї через 8-12 місяців після пологів. Через підвищення венозного відтоку по внутрішнім клубовим венам створюється функціональна перешкода відтоку венозної крові з зовнішніх вен. Підвищення концентрації прогестерону і гіпофізарних гормонів під час вагітності сприяє відкриттю артеріовенозних шунтів та розвитку венозної гіпертензії в нижніх кінцівках. Компресія клубових вен вагітною маткою натепер не знайшла переконливого підтвердження і самостійно не розглядається як причина варикозного розширення, оскільки розширення вен відбувається вже на перших тижнях вагітності.

Основними симптомами ВРВ є: наявність варикозно розширених вен (їх косметична дисконфігурація), відчуття важкості (синдром «важких» ніг), судоми, біль, набряк, шкірні гіперпігментація, ліподерматосклероз, екзема, виразка.

На початку захворювання нерідко першими симптомами є телеангіектазії або ретикулярні вени, що виникають внаслідок внутрішньошкірного і підшкірного варикозу переважно в області внутрішньої поверхні дистальної частини гомілки, потім може спостерігатися розширення приток великої і малої підшкірних вен. З наростанням хронічної венозної недостатності вени стають все більш звитими і розширеними, що виявляється вже і в проксимальних відділах нижніх кінцівок. Надалі розвивається поширений варикоз, переважно, у басейні великої підшкірної вени та її приток. Деякі хворі мають вкрай виражені, великі і множинні варикозні вени і жодних інших симптомів у зв'язку з компенсованим венозним відтоком крові по глибоких і комунікантних венах. У той же час інші хворі при незначних одиничних розширених поверхневих венах страждають від важкого болю в ногах унаслідок вираженої венозної гіпертензії.

У жінок молодого віку може спостерігатися помірне розширення поверхневих вен, яке нерідко проявляється неприємними відчуттями під час менструації. Зазвичай ці вени стають більш розширеними і множинними під час вагітності.

У зв'язку з хронічною венозною недостатністю багатьох хворих турбує тупий біль у ділянці гомілки, що виникає зазвичай після тривалого стояння і зникає при піднятті ноги або при використанні еластичного бинтування. Поряд з болями можуть спостерігатися судоми в області м'язів гомілки в нічний час. Біль може збільшуватися в теплу вологу погоду внаслідок сольової та водної затримки, які посилюють набряк. Хворі можуть відчувати також біль вздовж розширених вен після тривалого стояння, що є результатом венозного стазу і розтягування венозної стінки. У разі неспроможності клапанів глибоких

вен і важкої венозної гіпертензії при стоянні з'являється сильна пекучий біль у гомілці, який може позбавити хворого працездатності.

Набряк є раннім симптомом ВРВ нижніх кінцівок. Він помірно виражений і обмежується областю стопи і кісточок і повністю зникає після нічного сну. При більш поширеному ВРВ з важким ступенем хронічної венозної недостатності набряк поширюється до середньої частини гомілки. У результаті розвивається лімфовенозна недостатність і формується хронічний набряк з розвитком підшкірного фіброзу.

При тривалій хронічній венозній недостатності може виникати пігментація шкіри, вторинний екзематозний дерматит і трофічні виразки. Ці зміни локалізуються в області внутрішньої щиколотки, де найбільше виражена венозна гіпертензія через неспроможність прямих перфорантних вен та дисфункції м'язово-венозної помпи.

ВРВ нижніх кінцівок може бути:

1. без виразки або запалення;
2. із запаленням (застійний дерматит і целюліт);
3. з виразкою;
4. з виразкою та запаленням;

Кінцівки хворого слід оглядати в положенні стоячи спереду, збоку і ззаду, від стопи до рівня грудей. Дані обстеження заносяться в анатомічну діаграму нижніх кінцівок. Такий огляд дозволяє легко виявити напружені, особливо в області внутрішньої щиколотки, ділатовані, видовжені і покручені підшкірні вени на рівні гомілки і стегна. Якщо вени погано видно з-за набряку або ожиріння, вони можуть бути виявлені за допомогою пальпації. Ступінь набряку і його поширення в області стопи, гомілковостопного суглоба та гомілки документується за допомогою вимірювальної стрічки в певних точках. Розташування венозної виразки, її розміри, глибина відзначаються на діаграмі, а також описується наявність грануляцій. З виразки повинен бути взятий матеріал для бактеріологічного, а в разі потреби і для цитологічного і гістологічного досліджень.

Потім кінцівка пальпується. Визначається ступінь напруженості підшкірних тканин - набряк їх може бути незначним, легко продавлюється пальцем («шаховий» набряк), а може бути дерев'янистої щільності, резистентним до пальпації. Можливо також підвищення температури шкіри, яке вказує на приєднання целюліту.

Діагностика ВРВ нижніх кінцівок

З метою виявлення рефлюксу по поверхневим і перфорантним венам виконуються проби Броди-Троянова-Тренделенбурга і Гаккенбурха.

Інструментальна діагностика:

1. Ультразвукова доплерографія
2. Дуплексне сканування з кольоровим доплерівським картуванням по енергії, що виконується у фізіологічних умовах і дозволяє оцінити прохідність і стан клапанного апарату поверхневих, глибоких і перфорантних вен, визначити протяжність підшкірних вен, контролювати результати лікування. У нормі змикання стулок клапанів вен в результаті функціональних проб затримується майже на 2 с, у результаті чого спостерігається ретроградний рух крові.
3. Флебодіагностика проводиться лише в тих випадках, коли необхідно точно встановити наявність або відсутність тромбів глибоких вен.
4. Ендоскопічне дослідження вен є багатообіцяючим методом, який поки що не ввійшов в клінічну практику і знаходиться на стадії розробки. Він дозволяє точно визначити будову великої і малої підшкірних вен, локалізацію і функцію їх клапанів і місця впадання приток.

Ускладнення

1. Пігментація і екзематозний дерматит, фіброз підшкірної клітковини, звапніння або осифікація підшкірно-жирової тканини.
2. Трофічна виразка (відкрита або що зажила).

3. Тромбофлебіт поверхневих вен (на обмеженій ділянці або значному протязі, з поширенням на глибокі вени).
4. Кровотеча з тонкостінного варикозного вузла.
5. Тромбоемболія легеневої артерії (рідко, при поширенні тромбофлебіту на глибокі вени).

Тромбоз глибоких вен нижніх кінцівок у вагітних

Класичними симптомами тромбозу глибоких вен нижніх кінцівок є: набряк, біль, болючість при пальпації, ціаноз і підвищення температури шкіри кінцівки, розширення поверхневих вен. Клінічні ознаки тромбозу глибоких вен нижніх кінцівок залежать від локалізації та поширеності тромбозу, ступеня порушення прохідності вен (стеноз або обтурація просвіту), розвитку венозних колатералей. Клініка широко варіює - від відсутності симптомів до тяжких болів, масивного набряку і навіть гангрені кінцівки.

Тромбоз глибоких вен нижніх кінцівок нерідко протікає асимптомно, коли немає перешкоди венозному відтоку. Часто ця ситуація залишається нерозпізнаною і спостерігається при тромбозі тільки однієї з вен гомілки або за наявності флотуючого тромбу в клубовій і нижній порожнистій венах. В таких випадках тромбоемболія легеневих артерій може бути першим проявом асимптомного тромбозу глибоких вен нижніх кінцівок.

Симптоми тромбозу глибоких вен нижніх кінцівок розвиваються, як правило, протягом періоду від кількох годин до одного - двох днів з початку тромбоутворення. Іноді клінічні прояви запізнюються майже на 2-5 діб по відношенню до фактичного часу формування тромбу.

Симптоми тромбозу глибоких вен гомілки включають:

1. набряк в області стопи, кісточок і дистальної частини гомілки;
2. болючість при пальпації м'язів гомілки;
3. поява болю в литковому м'язі при рухах стопи в тильному напрямку;
4. підвищення температури шкіри ураженої гомілки за рахунок збільшення кровотоку по поверхневим венах і запалення;
5. поява болю, дискомфорту та напруги в ікрі, особливо, коли хвора сидить, стоїть чи ходить, а також здійснює активні рухи стопи в тильних напрямках. Болі зазвичай зменшуються у спокої, перш за все, якщо нижня кінцівка піднята;
6. розширені поверхневі вени. Різниця в об'ємі (кола) ураженої кінцівки, встановлене за допомогою виміральної стрічки, у порівнянні з неуразеною є одним з найбільш достовірних ознак набряку.

Масивний тромбоз вен гомілки в окремих випадках поєднується зі зникненням пульсації на периферичних артеріях, обумовлених їх спазмом. При цьому треба мати на увазі, що тромбоз вен гомілки може бути вторинним по відношенню до закупорки артерій цієї кінцівки.

При висхідному процесі тромбоз поширюється на підколінну і поверхневу вени до гирла глибокої вени стегна (з'являються біль і болючість в дистальній частині стегна і в підколінній області). Набряк більше виражений, ніж при тромбозі гомілкових вен і поширюється на ділянку колінного суглоба, що супроводжується обмеженням в ньому руху.

При клубово-стегновому (ілеофemorальному) тромбозі з повною обтурацією загальної стегнової вени, глибокої вени стегна і/або зовнішньої клубової вени настає гостре порушення венозного відтоку із зростанням венозного тиску в області стопи більш ніж в 10 разів.

Клінічна картина характеризується підвищенням температури тіла, появою болю у попереково-крижовій області, внизу живота, в клубовій і паховій областях. Уся нижня кінцівка аж до пахової складки стає набряклою. У деяких хворих набряк може

поширюватися на мошонку, сідницю і передню черевну стінку на стороні ураження. При пальпації визначається як набряк підшкірної клітковини, так і м'язів. Відзначається виражена болючість в проекції стегнової вени, в паху. Підшкірні вени на стегні, особливо в паховій ділянці, на передній черевній стінці, з боку ураження, можуть бути розширені.

При ілеофemorальному тромбозі за ступенем вираженості розладів гемодинаміки в ураженій кінцівці можуть спостерігатися три форми розвитку: 1) Phlegmasia alba dolens (білий болючий набряк) характеризується артеріальним спазмом, зниженням або зникненням периферичного пульсу; нижня кінцівка бліда і холодна на дотик; 2) Phlegmasia coerulea dolens (синій болючий набряк) є більш важкою формою іліофemorального тромбозу і супроводжується розвитком ціанозу; 3) венозна гангрена, яка виникає при порушенні прохідності (спазмі) артеріального русла нижньої кінцівки. З залученням клубової вени з'являється характерна симптоматика: набряки нижніх кінцівок, статевих органів, нижньої половини тулуба, відзначається різке розширення вен передньої черевної стінки.

Інші форми венозного тромбозу: тромбоз нижньої порожнистої вени (НПВ) рідко настає як неонатальний феномен з набряком (іноді з венозною гангrenoю) в обох нижніх кінцівках. У дорослих стан може виникнути спонтанно, частіше за все, як продовження білатерального ілеофemorального тромбозу.

Зазвичай виділяють тромбози інфраренального, ренального і печінкового сегментів НПВ. Виразність клінічних симптомів залежить від рівня тромбозу та ступеня порушення прохідності НПВ. За наявності пристінкового тромбу інфраренального сегменту НПВ хвороба може протікати асимптомно. При збереженому кровообігу існує реальна небезпека виникнення ТЕЛА.

При тромбозі нижньої порожнистої вени на рівні ниркових вен з'являється біль в проекції нирок. Потім настає гостра ниркова недостатність (олігурія, анурія, уремія), що нерідко призводить до смерті хворих.

При тромбозі печінкового сегмента нижньої порожнистої вени приєднується порушення відтоку крові по печінковим венам, що проявляється збільшенням печінки, асцитом, вираженим розширенням вен передньої черевної стінки і нижньої половини грудної клітини, проявляється набряками нижніх кінцівок, жовтяницею.

Метою лікування є попередження розповсюдження первинного тромбозу і тромбоемболії легеневої артерії, а також утворення нових тромбів і післятромбофлебітичного синдрому (ПТФС). У переважній більшості хворих на тромбоз глибоких вен проводиться консервативне лікування.

В умовах стаціонару хворому призначають постільний режим, з піднятою ураженою кінцівкою, приблизно на 15-20 градусів вище рівня серця, що збільшує венозне повернення, інгібує утворення нових тромбів, зменшує набряк і біль. Постільного режиму необхідно дотримуватися, принаймні, протягом 7-8 діб, тому що до цього часу тромби стають фіксованими до венозної стінки. Постільний режим повинен бути продовжений поки є біль, набряк болючість ураженої кінцівки.

Поступове розширення режиму дозволяється з компресійною еластичною підтримкою, стояння та сидіння з опущеними ногами повинні бути виключені, тому що викликають підвищення венозного тиску, посилюють набряк і дискомфорт. Використання еластичної підтримки та обмеження в стоянні і сидінні потрібні протягом 3-6 місяців, поки не наступить реканалізація тромбованих вен і не утворюються колатералі.

Лікування включає застосування антикоагулянтів, якщо немає специфічних протипоказань. Антитромботичну терапію гепарином слід починати негайно. Початкова доза розраховується з розрахунку ваги хворого (це дозволяє уникнути передозування препарату) і становить 500 ОД / кг на добу (30 000 ОД / добу). Гепарин вводять внутрішньовенно через кожні 4-6 годин або безперервно крапельно щодоби під контролем активованого часткового протромбірованого часу (АЧТЧ). Тривалість курсу лікування

гепарином – в межах 7-10 діб (до 2-3 тижнів). Цей час потрібний для міцної фіксації тромбу до венозної стінки. Останнім часом вважається оптимальним використання низькомолекулярного гепарину (НМГ) у підбраній за масою тіла дозі. Якщо до кінця цього часу болі і болючість нижньої кінцівки зберігаються, гепаринотерапія повинна бути продовжена до їхнього зникнення. Застосування непрямих антикоагулянтів (Варварину та ін.) протипоказане у зв'язку з можливою загибеллю плоду.

Хірургічне лікування включає: 1) тромбектомію з глибоких вен нижніх кінцівок

2) часткову або повну, рідше оклюзію нижньої порожнистої вени.

Показаннями для тромбектомії з глибоких вен нижніх кінцівок є:

1. синя флегмазія, особливо якщо консервативне лікування неефективне протягом 24-72 год;
2. рецидивуюча ТЕЛА;
3. тромби що флотують, в ілеокавальном або ілеофemorальном сегментах, які виявляються при дуплексном скануванні і при флебографії;
4. швидко наростаючий тромбоз при будь-якому типі гострого ілеофеморокавального тромбозу.

Суть операції тромбектомії є в наступному:

1. попередження подальшого поширення тромбозу, що може викликати венозну гангрену кінцівки;
2. усунення джерела ТЕЛА;
3. попередження розвитку ПТФС.

Кращі результати приносить видалення свіжих тромбів (24-48 годин від початку захворювання), оскільки більш «старі» тромби не можуть бути вилучені балонним катетером через їх адгезії до венозної стінки.

З метою попередження ТЕЛА застосовують паліативні методи хірургічного лікування шляхом створення перешкоди чи перепони просуванню емболів в нижню порожню вену без істотного порушення венозного відтоку. До них відносяться: 1) парціальна оклюзія нижньої порожнистої вени за допомогою накладення лігатури і 2) плікація нижньої порожнистої вени 3) імплантація кавафільтрів.

Показаннями до такого механічного захисту є:

1. протипоказання до антикоагулянтної терапії;
2. рецидив ТЕЛА, незважаючи на адекватну антикоагулянтну терапію;
3. неможливість виконати тромбектомію з ілеокавального та/або ілеофemorального сегментів у зв'язку з пізнім зверненням за медичною допомогою або запізнілою діагностикою;
4. наявність інших протипоказань до операції;
5. ускладнення антикоагулянтної терапії;
6. неповна тромбектомія;
7. тромби глибоких вен з респіраторними порушеннями;
8. вільно флотуючий тромб в ілеокавальном або ілеофemorальном сегментах;
9. тромбоз глибоких вен в анамнезі у хворих, що перенесли хірургічну операцію з високим ризиком розвитку ТЕЛА;
10. септичний тромбофлебіт при неефективності консервативної терапії.

Перерва нижньої порожнистої вени може сама по собі індукувати ішемічний синдром. Метод стенозування нижньої порожнистої вени лігатурою легше, безпечніше і більш швидкий. Використання кава-фільтр, який забезпечує прохідність НПВ в 95% і не веде до збільшення частоти ПТФС є методом вибору. Розрізняють кава-фільтри тимчасові та постійні. Зараз для встановлення кава-фільтру використовують малоінвазивні технології рентгенхірургії, замість складних та тяжких відкритих операцій, які використовувалися раніше.

Геморой при вагітності

Крім ембріональних факторів ризику, у вагітних виникають і інші патологічні фактори: часті запори, стиснення тазових органів вагітною маткою, а у пологах - голівкою плоду, сильні потуги і пр. Тому геморої дуже часто виникає до пологів і ще частіше - після них. Внаслідок цього вважають геморої у вагітних не патологією, а варіантом норми.

Ще одна особливість - геморої у вагітних часто поєднуються з варикозним розширенням вен нижніх кінцівок.

Лікування геморою при вагітності повинно бути консервативним. Воно поєднує: дієту, легкі фізичні вправи, обережний водний туалет після дефекації, проносні. При появі свербіння, болів, кровотеч, призначають свічки, мазі, сидячі ванни, бутадіон.

При профузній кровотечі можна виконати склерозуючі ін'єкції, при випаданні великих вузлів в даному випадку можна спробувати їх обережно вправити в теплій сидячій ванні, але краще цих ситуацій запобігти і інтенсивно лікувати геморої при вагітності консервативно. При гострому геморої показані примочки з фурациліном, ріванолом, новокаїном, теплі сидячі ванни з перманганатом калію, компреси з маззю Вишневського, а при тромбофлебіті або флеботромбозі - свічки та мазі з гепарином і ферментами (хімотрипсин). У тяжких випадках показане виконання параректальної новокаїнової блокади з додаванням канаміцину. Сприятливо діє місцево УВЧ-терапія. При випаданні вузлів відразу після відділення посліду (звичайно через 15-30 хв.) слід обережно спробувати їх вправити після теплої сидячій ванни. Слід звернути увагу, що вправлення вузлів дозволяється тільки у вагітних та породіль як тимчасовий захід, що полегшує стан

5. План та організаційна структура заняття

№ п/п	Основні етапи заняття, їхня функція і зміст	Навчальні цілі в рівнях засвоєння	Методи контролю і навчання	Матеріали методичного забезпечення	Час хв
1	2	3	4	5	6
Підготовчий етап					
1.	Організація заняття				5 хв
2.	Постановка навчальних цілей і мотивація теми				10 хв
3.	Контроль вихідного рівня знань, навичок, умінь.				
	1.Анатомо-фізіологічні особливості організму вагітної жінки, що сприяють виникненню деяких хірургічних захворювань	II	Тести	Таблиці, слайди	
	2.Особливості перебігу хірургічних захворювань в організмі вагітної жінки.	II	1.Індивідуальне усне опитування. 2.Письмове теоретичне опитування.	Таблиці, слайди.	
	3.Клінічна картина хірургічних захворювань органів	II	3.Рішення типових задач.	Таблиці, слайди.	

черевної порожнини та судин у вагітної жінки.					
4.Алгоритм обстеження вагітної, яка є хворою на хірургічну патологію.	II		Співбеседа	Таблиця	60
5.Диференційна діагностика хірургічної патології у вагітної жінки.	II		Співбеседа	Історія хвороби, данні УЗД, дуплекса, флебограми	
6.Інтерпретація даних обстеження, оцінка акушерського стану.	III		1.Рішення нетипових ситуаційних задач		
7.Принципи консервативної терапії у вагітних жінок, запобігання передчасним пологам.	III		2.Призначення лікування хворого		
8.Хірургічне лікування вагітних жінок з хірургічною патологією	II		Тести	Схеми	
Основний етап					
4.	Формування фахових умінь і навичок				
	1.Оволодіти методами об'єктивного обстеження вагітної жінки з підозрою на хірургічну патологію, проведення зовнішнього акушерського огляду.	III	Метод формування навичок практичного тренінгу	Учбове обладнання – орієнтовні карти	130 хв.
1	2	3	4	5	6
	2.Провести курацію вагітної жінки хвору на гостру хірургічну патологію	III	Метод формування умінь:	Нетипові задачі у формі: хворий, історії хвороби, тестові ситуаційні завдання, ділові ігри, перекладач	
	3.Прийняти участь у УЗД (в т.ч. дуплекск) дослідженні вагітної жінки, в якій є підозра на хірургічну патологію	III	а)Фаховий тренінг у рішенні нетипових задач		
	4.Провести зовнішнє акушерське дослідження вагітної жінки з підозрою на хірургічне захворювання.	III	б) рішення лабораторно-дослідних задач	Ситуаційні завдання	
	5.Виконати еластичне бинтування нижньої кінцівки при варикозному розширенні	III	Контроль практичних навичок	Кабінет практичних навичок	

вен у вагітної жінки					
Заключний етап					
5.	Контроль і корекція рівня фахових умінь і навичок	III	Метод контролю: Індивідуальний контроль практичних навичок	Тестові завдання	60
6.	Підведення результатів заняття				3 хв.
7.	Домашнє завдання, навчальна література по темі			Орієнтована карта самостійної роботи з літературою	2 хв.

6. Матеріали щодо методичного забезпечення заняття.

6.1. Матеріали контролю для підготовчого етапу заняття.

Питання

1. Анатомо-фізіологічні особливості травного каналу вагітної жінки, що призводять до нетипового перебігу хірургічних захворювань травного каналу.
2. Анатомо-фізіологічні особливості печінки, підшлункової залози вагітної жінки, що призводять до особливого перебігу захворювань підшлункової залози, печінки, жовчного міхура та жовчних проток.
3. Анатомо-фізіологічні особливості венозних судин вагітної жінки, що призводять до розвитку варикозного розширення вен нижніх кінцівок.
4. Особливості перебігу гострого апендициту у вагітної жінки.
5. Причини загострення жовчнокам'яної хвороби у вагітної жінки, симптоми, діагностика, лікування, покази до оперативного втручання.
6. Основні симптоми гострого панкреатиту у вагітної жінки, особливості лікування.
7. Особливості перебігу гострої кишкової непрохідності у вагітної жінки.
8. Виразкова хвороба у вагітної жінки, особливості перебігу, діагностики, лікування.
9. Причини виникнення гострої кишкової непрохідності у вагітної жінки, клініка, особливості діагностики, покази до оперативного втручання.
10. Варикозне розширення вен нижніх кінцівок у вагітних жінок, причини, лікування, профілактика тромбофлебіту глибоких вен.
11. Лікування тромбофлебіту глибоких вен нижніх кінцівок у вагітних, профілактика ТЕЛА, покази до оперативного втручання, постановка қава-фільтру.

Ситуаційні задачі

1 Хвора С., 32 років, госпіталізована до акушерського стаціонару із загрозою аборту, строк вагітності – 18 тижнів. Під час огляду виявлений геморой. Яка тактика лікування необхідна даній пацієнтці?

Еталон відповіді: Пацієнтці показане консервативне лікування.

2 Хвора Н., 44 років, вагітна 28 тижнів, звернулася до гінеколога жіночої консультації зі скаргами на біль у правій клубовій ділянці, нудоту, блювоту, підвищену температуру тіла. Який попередній діагноз? Яка подальша тактика обстеження, де проводити обстеження?

Еталон відповіді: Гострий апендицит. Для подальшого обстеження необхідно направити хвору в хірургічний стаціонар.

3 Хвора М., 30 років, вагітність 32 тижня, звернулася зі скаргами на набряк лівої нижньої кінцівки, біль у ній. Після госпіталізації в стаціонар виконано дуплексне сканування вен нижніх кінцівок, при якому було виявлено флотуючий тромб глибокої стегнової вени. Яке ускладнення може загрожувати життю пацієнтки?

Еталон відповіді: ТЕЛА.

4. Мати двох дітей скаржиться на наявність м'якоеластичних вузлів по латеральній поверхні лівої гомілки та лівого стегна, набряк наприкінці дня. Після відпочинку вночі набряк

зникає. Початок хвороби пов'язує з вагітністю та пологами. Застосовує еластичні панчохи. Який буде попередній діагноз? З чим необхідно провести диференційну діагностику?

Еталон відповіді: Варикозне розширення вен ніжних кінцівок, необхідно провести диференційну діагностику з ПТФС.

5. Вагітна жінка (35 тижнів) надійшла в хірургічний стаціонар з діагнозом: гострий калькульозний холецистит. При обстеженні у пацієнтки виявлена механічна жовтяниця, яка зумовлена холедохолітіазом. Консервативна терапія без ефекту. Яка подальша тактика необхідна пацієнтці.

Еталон відповіді: показане оперативне втручання з приводу холедохолітіазу. Однак необхідно оперативну тактику узгодити з акушером-гінекологом, для вирішення питання одночасного вирішення вагітності пацієнтки шляхом кесарева розтину під час оперативного втручання.

6. Вагітна жінка (28 тижнів) була доставлена в стаціонар в тяжкому стані з діагнозом: тромбофлебіт глибокої стегнової вени, який ускладнився тромбоемболією мілких гілок легеневої артерії. Під час дуплексного дослідження було знайдено тромбоз глибокої стегнової вени. Яка подальша тактика необхідна по відношенню до даної пацієнтки?

Еталон відповіді: Показано призначення лежачого режиму, препаратів низькомолекулярного гепарину, вирішення питання щодо встановлення тимчасового каві-фільтру з метою профілактиці повторної ТЕЛА.

6.2. Матеріали методичного забезпечення основного етапу заняття

- Які існують протипоказання до екстреної апендектомії при гострому апендициті?

А. Апендикулярний інфільтрат.

- Б. Інфаркт міокарду.
- В. Друга половина вагітності.
- Г. Геморагічний діатез.
- Д. Розповсюджений перитоніт.

- Екстрена апендектомія не показана при:

А. При невстановленому чиннику болю в правій клубовій ділянці.

- Б. Гострому апендициті в другій половині вагітності.
- В. При першому приступі гострого апендициту.
- Г. Гострому простому апендициті.

- До факторів, які впливають на варикозне розширення вен ніжних кінцівок, відносять:

А. Вагітність.

- Б. Тугу пов'язку в ділянці верхньої третини стегна.
- В. Збільшення пахвинних лімфатичних вузлів.
- Г. Все перелічене.
- Д. Нічого з переліченого.

- Протипоказом до оперативного лікування при защемленій вентральній грижі є:

А. Гігантський розмір грижі.

- Б. Вагітність в другій половині.
- В. Флегмона грижового мішка.
- Г. Свіжий інфаркт міокарду.
- Д. Жодний з перелічених.

- Яка хірургічна операція є найчастішою у випадках термінового втручання у вагітних?

А. Апендектомія.

- Б. Холецистектомія.
- В. Кесарів розтин.
- Г. Лапароскопія.

- При якій хірургічній патології вагітні жінки піддаються найбільшому ризику внаслідок зростаючого маткового тиску?

А. Операції на кишечнику.

- Б. Операції на шлунку.
- В. Операції на селезінці.
- Г. Операції на печінці.

- Яке з наступних захворювань є найбільш поширеним у вагітних?

А. Апендицит.

- Б. Холецистит.
- В. Овуляторний синдром.
- Г. Перитоніт.

- Який метод дослідження є найбільш інформативним для діагностики хірургічних патологій у вагітних?

А. УЗД.

- Б. КТ.

- В. Рентген.
- Г. МРТ.

• **Який з наступних симптомів може свідчити про гострий холецистит у вагітної жінки?**

- А. Біль у правому підребер'ї.
- Б. Біль у спині.
- В. Жовтяниця.
- Г. Нудота без блювання.

• **Які зміни у вагітних можуть ускладнити хірургічне лікування?**

- А. Зміна гормонального фону.
- Б. Підвищення імунітету.
- В. Зниження ваги.
- Г. Поліпшення загального стану.

6.3. Матеріали методичного забезпечення самопідготовки здобувача вищої освіти

№ п/п	Основні завдання (вивчити)	Вказівки (назвати)
1.	Анатомо-фізіологічні зміни в організмі вагітної жінки, що сприяють патоморфозу хірургічних захворювань	- Зміна в органах, в яких є гладком'язові структури - зміни в топографії органів черевної порожнини. - зміни змісту жовчі
2.	Особливості клінічних ознак гострих захворювань черевної порожнини у вагітних жінок	- клінічну картину: а) гострого апендициту; б) гострого холециститу; в) тромбофлебіту глибоких вен нижніх кінцівок.
3.	Методика обстеження вагітних жінок з підозрою на хірургічні захворювання.	- Фіброгастроскопія; - зовнішнє акушерське дослідження; - УЗД, дуплексне; - лабораторні дослідження. - покази та проти покази до рентгенологічного дослідження у вагітних
4.	Консервативна терапія у вагітних жінок, хворих на хірургічну патологію.	- Абсолютні та відносні протипокази до застосування препаратів різних груп (антибіотики, H ₂ -блокатори, інгібітори секреції, гепарин та ін.) - медикаментозна профілактика передчасних пологів;
5.	Покази до оперативного втручання	- визначення стану, що загрожує життю. - пріоритет здоров'я матері. - при пізньому строку вагітності вирішення питання про одночасне виконання кесарева розтину.
6.	Оперативні методи лікування	- особливості доступу у вагітних при патології органів черевної порожнини, застосування лапароскопії.

7. Література для викладача

1. Ендоскопічна хірургія: навч. посіб./В. М. Запорожан, В. В. Грубнік та ін.; за ред. В. М. Запорожана, В. В. Грубніка. – К.: ВСВ «Медицина», 2019. – 592с.
2. Загальна хірургія: підручник / С. Д. Хіміч, М. Д. Желіба, , І. Г. Герич та ін.: за

- ред. професорів С. Д. Хіміча, М.Д. Желіби,. – К.: ВСВ «Медицина», 2018. – 608 с.
3. 3. Загальна хірургія: підручник / М. Д. Желіба, С. Д. Хіміч, І. Г. Герич та ін.: за ред. професорів М.Д. Желіби, С. Д. Хіміча. – К.: ВСВ «Медицина», 2016. – 448 с.
 4. Хірургія. Підручник. за ред. М.П.Захараша, О.І.Пойди, М.Д.Кучера. Київ, Медицина 2006.
 5. Laparoscopy for blunt abdominal trauma: a challenging endeavor / M. Z. Koto, O.Y. Matsevych, F. Mosai [et al.] // Scandinavian Journal of Surgery. – 2019. – Vol. 108 (4). – P. 273–279.
 6. Vanitha T. Prospective study comparing the clinical abdominal scoring system (Cass) with blunt abdominal trauma severity scoring (Bats) in predicting the necessity of laparotomy // Journal of Dental and Medical Sciences. – 2018. – Vol. 17 (3). – P. 25–33.

8. Література для здобувача вищої освіти

I. Навчальна основна:

1. Актуальні питання абдомінальної хірургії (курс лекцій) В.М. Денисенко, Е.В.Світличний. К.2005,242с.
2. Ковальчук Л.Я., Дзюбановский І.Я. Атлас оперативних втручань на органах шлунково-кишкового тракту і передній черевній стінці. Тернопіль, Укрмедкнига, 2004,286с.
3. Хірургічні хвороби. Підручник за ред. проф.В.В.Грубніка. Одеса, Одеський медуніверситет, 2003.

II. Додаткова (наукова, методична):

1. Актуальні питання абдомінальної хірургії (курс лекцій) В.М. Денисенко, Е.В.Світличний. К.2005,242с.
2. Ковальчук Л.Я., Дзюбановский І.Я. Атлас оперативних втручань на органах шлунково-кишкового тракту і передній черевній стінці. Тернопіль, Укрмедкнига, 2004,286с.