

Ж.Н. КЫЖЫРОВ, Б.М. БЕКИШЕВ, М.М. САХИПОВ
Г.Т. БЕРИСТЕЛОВ, А.П. БАЙЗАКОВА
К.Ж. БАЙЖИГИТОВ, Т.А. ИСКАКОВА
Ж.Е. БЕЙСЕЕВА, А.Б. ЕРСЕЙТ

Кафедра интернатуры и резидентуры по хирургии КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова;
Отделение экстренной хирургии, Городская клиническая больница №7

БЕРЕМЕННОСТЬ И ОСТРАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ, ОСЛОЖНЕННАЯ ПЕРИТОНИТОМ (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)

УДК [618.21.3+616.34-007.272-036.11]-06: 616.381-002

Случай посвящен проблеме диагностики и лечения острой кишечной непроходимости в сочетании с беременностью. Частота кишечной непроходимости при беременности составляет один случай на 40000-50000 родов, при этом материнская смертность достигает 35-50 %, а мертворождаемость – 60-75 %. Трудности диагностики и лечения острой кишечной непроходимости при беременности, высокий процент послеоперационных осложнений и летальных исходов, диктуют необходимость дальнейшего изучения проблемы с целью повышения качества оказания помощи для снижения репродуктивных потерь при беременности,

Ключевые слова: беременность, острая кишечная непроходимость, осложнение, перитонит, релапаротомия

Введение.

Острая кишечная непроходимость (ОКН) относится к самым грозным хирургическим заболеваниям органов брюшной полости, составляя 9-20 % от всех больших с острой абдоминальной патологией [1, 2, 6, 8, 14].

Увеличение заболеваемости ОКН в последние годы многие авторы связывают с возрастающей оперативной активностью при диагностике и лечении заболеваний хирургического профиля, а также развитием спаечной болезни [3, 4, 16, 17]. Спаечная непроходимость - наиболее распространенная форма острой кишечной непроходимости. Возникновение адгезивного процесса в брюшной полости после лапаротомий отмечено в 64-93% наблюдений [9, 11]. ОКН у беременных характеризуется неблагоприятным прогнозом для матери и плода. Частота кишечной непроходимости при беременности составляет один случай на 40000-50000 родов, при этом материнская смертность достигает 35-50 %, а мертворождаемость – 60-75 % [1, 15, 16].

Несмотря на существующие методы исследования, проблема ранней диагностики кишечной непроходимости при беременности остается актуальной. Фактор времени зачастую играет решающую роль в развитии ОКН и влияет на прогноз [6].

Необходимо отметить, что результаты лечения ОКН во многом зависят от сроков постановки диагноза и объема оказания неотложной помощи. Послеоперационная летальность колеблется от 4,6% до 40 % в зависимости от длительности заболевания [10, 11, 12, 13]. В условиях перитонита и абдоминального сепсиса летальность увеличивается до 41,6% - 43 %, а при инфекционно-токсическом шоке и полиорганной недостаточности до 70% - 100% [8, 13]. Основными причинами высокой летальности являются сложность ранней диагностики, поздняя обращаемость больных, несвоевременное оказание лечебной помощи, а также стертость и атипичность клинической картины заболевания при беременности [3, 4, 5, 6, 17]. При хирургическом лечении, проведенном в течение первых 3 часов после начала заболевания, летальность не превышает 5%, тогда как при запоздалой операции погибает каждая четвертая беременная.

Приводим наблюдение. Больная А., 1985 г.р., (ИБ №1208). Поступила экстренно в приемный покой хирургии ГКБ №7 23.01.16 года в 02 часов 40 мин с диагнозом: острая спаечная тонкокишечная непроходимость. Беременность 24-25 недель.

Жалобы при поступлении: на выраженные спастические боли по всему животу, чувство тяжести в эпигастрии, тошноту, рвота с желчью, не приносящее облегчение, задержку стула и газов в течение 4 суток, слабость, недомогание, снижение аппетита.

Anamnesis morbi: считает себя заболевшей в течение 6 часов, когда впервые появились вышеуказанные жалобы. Начало заболевания ни с чем не связывает. Не лечилась, за медицинской помощью не обращалась. В динамике состояние больной ухудшилось, присоединилась тошнота, рвота, не приносящее облегчение, общая слабость. Доставлено бригадой СМП в ГКБ №1, осмотрено гинекологом, терапевтом выставлен диагноз: острый фарингит под вопросом. Рекомендовано консультация ЛОР врача, инфекциониста. Повторно осмотрено гинекологом и хирургом, проведено обследование. Далее с подозрением на спаечную болезнь, почечную колику больная направлена на консультацию в ГКБ №7.

Anamnesis vitae: вирусный гепатит, туберкулез, кожно-венерические заболевания отрицает. Гемотранфузионный анамнез не отягощен. Лекарственную аллергическую реакцию не отмечает. Эпидемиологическое окружение - отрицает. Операции в 1999 году - по поводу острого аппендицита, перитонита, в 2001 году - разрыв кисти правого яичника.

Гинекологический анамнез: менструальный цикл с 13 лет, по 3-4 дня, через 28-30 дней. Половая жизнь с 25 лет. Брак - 1, зарегистрированный. Гинекологические заболевания - отрицает. Беременность - 2 (вторая данная), роды - 1.

Status praesens: Общее состояние больного средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые бледноватой окраски, чистые. Периферические лимфоузлы не увеличены. Отеков нет. В легких дыхание везикулярное хрипов нет. ЧДД - 18 в 1 мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 100\70 мм. рт. ст. Пульс 88-90 уд в мин. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочиспускание свободное, безболезненное. Стул не нарушен. Язык влажный, чистый. Живот увеличен за счет

беременности сроком 23-24 недели. Симметричный, участвует в акте дыхания. Печень у края реберной дуги, желчный пузырь, селезенка не пальпируются. При пальпации живот мягкий, болезненный в эпигастрии, вокруг пупка, в левом мезогастрii. Перитонеальных симптомов нет. Перкуторно тимпанит над вздутыми петлями кишечника. Стула не было, газы не отходят.

Status genitalis: наружные половые органы развиты правильно. Оволосение по женскому типу. Уретра, парауретральные ходы, бартолиновые железы – без особенностей.

В зеркалах: слизистая влагалища, шейка матки чистая. Выделений из половых путей нет.

Per vaginum: шейка матки цилиндрической формы. Цервикальный канал закрыт. Матка увеличена до 23-24 недель беременности, не возбудима, локальной болезненности нет. Справа и слева придатки не определяются. Задний свод умеренно болезненный при пальпации, свободный.

Лабораторно-диагностические исследования: ОАК; (23.01.16 02:50): лейкоц- $10,1 \times 10^9/\text{л}$, эритроц- $3,9 \times 10^{12}/\text{л}$, Нв-97,0 г/л, HCT-29,4 %, тромбоц- $381,0 \times 10^9/\text{л}$. ОАМ (23.01.16 02:50); BLD- neg, BIL- neg, URO- neg, KET-50++, PRO- 30+, NIT- neg, GLU-neg, pH-5,5, SG-1020, LEU- neg, VTC-neg, COL-neg, CLA-neg. БАК (23.01.16 02:50); мочевина-2,0 ммоль/л, креатинин-43,5 мкмоль/л, глюкоза-5,3 ммоль/л, общий билирубин-5,8 мкмоль/л, АСТ-16,6 У/л, АЛТ-12 У/л, амилаза-73 У/л. Коагулограмма (23.01.16 02:50); АЧТВ-30,60с, МНО-1,36 с, ПТИ-89,2 %, ПВ-16,1 с, Фибриноген А- 3,8 г/л.

УЗИ органов брюшной полости (23.01.16): хронический холецистопанкреатит. УЗИ плода (23.01.16): Беременность 23-24 недели. Гипертонус миометрия. Рентген органов грудной клетки (23.01.16): легкие расправлены, синусы свободные. Обзорный рентген брюшной полости (23.01.16): Определяются арки и чаши Клойбера в центральной части брюшной полости. Картина тонкокишечной непроходимости.

С диагнозом острая кишечная непроходимость. Беременность 23-24 недель назначена операция.

Операция: 23.01.2016г. - Лапаротомия. Рассечение спаек. Резекция участка тонкого кишечника с наложением анастомоза «бок в бок». Дренажирование брюшной полости.

Послеоперационный диагноз: Острая спаечная тонкокишечная непроходимость. Диффузный серозный перитонит. Беременность 24-25 недель. На 6 - е сутки осложнилась несостоятельностью швов анастомоза, перитонитом.

Повторная операция: 29.01.2016г. - Релапаротомия. При ревизии органов брюшной полости было установлено несостоятельность швов межкишечного анастомоза размерами до 0,8 – 1,0 см. Учитывая общее тяжелое состояние, железодефицитную анемию, наличие беременности (24-25 недель), повторную операцию, функциональную непригодность подвздошной кишки в конгломерате, и дефектом межкишечного анастомоза, диаметром до 1 см, стенки кишки рыхлые, инфильтрированные с множественными перегибами и неудовлетворительной проходимостью, несостоятельность первичного энтероэнтероанастомоза, наличие очень короткого оставшегося участка подвздошной кишки от илеоцекального угла (7-10 см), решено произвести резекцию терминального отдела подвздошной кишки в объеме 50-60 см с формированием

одноствольной илеостомы.

Послеоперационный диагноз: Состояние после лапаротомии, устранение ОКН, резекции участка тонкого кишечника с анастомозом «бок в бок» (23.01.16г). Несостоятельность первичного энтероэнтероанастомоза. Диффузный серозный перитонит. Нефиксированная эвентрация 2-ой степени. Беременность 23-24 недели. Абдоминальный сепсис. Септический шок. Септическая двухсторонняя нижнедолевая пневмония. ДВС – синдром, 2 стадия, субкомпенсация. Тромбоцитопения смешанного генеза. Илеостома.

На 2 сутки по поводу «Аntenатального гибели плода. Вторичного панметрита», была 3-я операция 31.01.2016г. - Ререлапаротомия. Ревизия, санация и дренирование брюшной полости. Экстирпация матки с маточными трубами и плодом. Перевязка внутренних подвздошных артерий.

Послеоперационный диагноз: Острая спаечная тонкокишечная непроходимость. Диффузный серозный перитонит. Беременность 24-25 недель. Состояние после лапаротомии, устранение ОКН, резекции участка тонкого кишечника с анастомозом «бок в бок» (23.01.16г). Несостоятельность анастомоза, частичная эвентрация. Состояние после реоперации- резекция участка с анастомозом подвздошной кишки, санация брюшной полости, устранение эвентрации (29.01.16г). прогрессирующий гнойный перитонит. Абдоминальный сепсис. Септический шок. Септическая двухсторонняя нижнедолевая пневмония. ДВС – синдром, 2 стадия, субкомпенсация. Тромбоцитопения смешанного генеза. Антенатальная гибель плода. Вторичный фибринозно-гнойный периметрит, панметрит. Перисальпингит. Хориоамнионит.

В динамике общее состояние больной остается тяжелым, за счет перенесенных повторных операции и симптомов интоксикации, сепсиса. В динамике состояние с ухудшением за счет клиники вялотекущего перитонита. На фоне этого наступила частичная несостоятельность илеостомы. В связи с чем, 03.02.2016г. была 3-я релапаротомия, ревизия органов брюшной полости, санация брюшной полости, ререзекция участка тонкого кишечника с илеостомой. Дренажирование брюшной полости. Программированная лапаростомия.

Послеоперационный диагноз: Острая спаечная тонкокишечная непроходимость. Диффузный серозный перитонит. Беременность 24-25 недель. Состояние после лапаротомии, устранение ОКН, резекции участка тонкого кишечника с анастомозом «бок в бок» (23.01.16г). Несостоятельность анастомоза, частичная эвентрация. Состояние после реоперации- резекция участка с анастомозом подвздошной кишки, санация брюшной полости, устранение эвентрации (29.01.16г). прогрессирующий гнойный перитонит. Абдоминальный сепсис. Септический шок. Септическая двухсторонняя нижнедолевая пневмония. ДВС – синдром, 2 стадия, субкомпенсация. Тромбоцитопения смешанного генеза (потребления, токсического). Антенатальная гибель плода. Вторичный фибринозно-гнойный периметрит, панметрит. Перисальпингит. Хориоамнионит. Реоперация 31.01.16г: релапаротомия, экстирпация матки с маточными трубами и плодом. Ревизия, санация и дренирование

брюшной полости, перевязка внутренней подвздошной артерии. Ранний послеродовой период 3 сутки. Токсический лекарственный гепатит, холестатический вариант, умеренной степени активности. Несостоятельность илеостомы. Распространенный серозно-фибринозный перитонит.

Проведено лечение в ОРИТ: Цефотоксим 1г х 4р в/в №6; Цефотоксим 1г х 1р в/в №1; Цефотоксим 1г х 3р в/в №1; Фраксипарин 0,3 х 1р п/к №8; Фраксипарин 0,3 х 2р п/к №13; Омег 40мг х 1р в/в №14; Квамател 20мл х 1р в/в №8; Квамател 20мл х 2р в/в №26; Аналгин 4,0 х 4р в/в №7; Аналгин 4,0 х 1р в/в №1; Аналгин 4,0 х 3р в/в №1; Ксефокам 8мг х 2р в/в №2; 8мг х 1р в/в №2; Промедол 2%-40мг х 1р в/м №11; Промедол 2%-40мг х 2р в/м №3; Липофундин 500,0 х 2р в/в №3; Липофундин 500,0 х 1р в/в №1; Но-шпа 2,0 х 2р в/м №2; Но-шпа 2,0 х 1р в/м №1; Церуллин 2,0 х 3р в/в №2; Церуллин 2,0 х 1р в/в №1; Глюкоза 5%-100,0+KCl 7,4%-30,0+MgSO4 25%-5,0+инсулин 6 ед. х 4р в/в №4; Глюкоза 20%-350,0+KCl 7,4%-20,0+инсулин 12 ед. х 2р в/в №2; Глюкоза 5%-400,0+KCl 7,4%-20,0+MgSO4 25%-5,0+инсулин 6 ед. х 1р в/в №1; Пирацетам 5,0 х 2р в/в №4; Бромкриптин 1,25мг х 2р №7; Гепатуфин 500,0 х 2р в/в №1; Авелокс 400мг х 1р в/в №2; Са-глюконат 10% 10,0 х 1р №1; Ретаболил 1,0 х 1р в/м №3; Октрид 0,1 х 3р п/к №6, Ревотаз 4,5г+глюкоза 5%-50,0 х 3р №10; Омега 40мг х 1р №24; Оликлономель 1500,0 в/в №6; Клексан 0,4 х 2р п/к №13; Оксеп 50,0 х 4р per os №1; Амтриптиллин 1т х 1р №6; Космофер 2,0 х 1р в/м №2; Альфа-лизин 500,0+NaCl 0,9%-5,0 х 1р медленно №1; L-лизинэнцетат 5,0 + глюкоза 5%-5,0 х 1р в/в медленно №2; L-лизинэнцетат 5,0 в/в х 1р №7; Дифосфацин 500 мг х 1р №7; Гепадиф – 1ф + глюкоза 5% - 200,0 х 1р в/в №17; Рекормон 2000 Ед х 1р п/к №4; Космофер 2,0 + NaCl 0,9%-200,0 х 1р в/в медленно №2; Нутрифлекс 800,0 х 1р в/в №1; Нутрифлекс 500,0 х 1 раз в/в №3; Амоксиклав 1500 мг х 3р №1; Амоксиклав 600 мг х 3 раза №9; Космофер 2,0 х 1 раз в/в №3; Амбро 2,0 х 2 р в/в №5; Амбро 2,0 х 1 р в/в №1; Эзом 40 мг х 1 р в/в №1. Произведена гемотрансфузия в связи с анемией тяжелой степени. Данный клинический случай демонстрирует необходимость лечения кишечной непроходимости у беременных совместно с акушерами-гинекологами. Консервативные лечебные мероприятия должны начинаться параллельно с выполнением диагностических процедур. Проводят назогастральную интубацию, борьбу с парезом

кишечника (паранефральная блокада, эпидуральная анестезия) на фоне дезинтоксикационной терапии в объеме до 3–4 л/сутки. Отсутствие эффекта консервативной терапии в течение 2-х часов служит показанием к операции. Основная цель хирургического вмешательства – устранение препятствия и восстановление функции кишечника. Объем операции при ОКН определяет и выполняет хирург. Однако при больших размерах беременной матки осуществить полноценную визуализацию и ревизию органов брюшной полости бывает крайне затруднительно. Кроме того, в условиях нарастающей интоксикации при ОКН состояние плода будет неуклонно ухудшаться. В связи с этим важно своевременно решить вопрос акушерской тактики. Согласно существующим руководствам, прерывание беременности показано лишь при динамической непроходимости, обусловленной самой беременностью [1, 6, 7]. В остальных случаях рекомендуется избегать операций на матке в связи с высоким риском инфицирования [1, 4, 16]. При возникновении настоятельной необходимости опорожнения матки или акушерских показаниях для экстренного родоразрешения операцию кесарева сечения выполняют в первую очередь. В условиях перитонита объем операции расширяется до ампутации матки [1, 13, 14].

На момент выписки на 25.03.2016 г. общее состояние больной удовлетворительное. За период лечения в отделении состояние с улучшением. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 17 в минуту. Пульс 78 уд. в мин. АД 110/70 мм. рт. ст. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень у края реберной дуги, желчный пузырь не пальпируется. Перитонеальных симптомов нет. Симптом «поколачивания» поясничной области отрицателен с обеих сторон. Илеостома функционирует. Диурез в норме. Послеоперационная рана заживает вторичным натяжением.

Данный случай демонстрирует, что трудности диагностики и лечения острой кишечной непроходимости при беременности, высокий процент послеоперационных осложнений и летальных исходов диктуют необходимость дальнейшего изучения проблемы с целью повышения качества оказания помощи и снижения репродуктивных потерь при беременности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Айламазян Э.К., Кулаков В.И., Радзинский В.Е., Сидельникова Г.М. Акушерство: национальное руководство. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 961 с.
- 2 Измайлов С.Г., Лукьянычев Е.Е., Рябков М.Г., Гараев В.Н. Алгоритм и инструментально-технический комплекс для профилактики инфекционных осложнений при острой кишечной непроходимости // Современные технологии в медицине. – 2011. – № 2. – С. 52–56.
- 3 Аресян С.В. под ред. В.Е. Радзинского. Беременность и роды при экстрагенитальных заболеваниях. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 345 с.
- 4 Богданович А.В., Шиленок В.Н., Кирпиченко Л.Н. Энтеральная дезинтоксикация в раннем послеоперационном периоде у больных острой спаечной кишечной непроходимостью // Вестник Витебского государственного медицинского университета. – 2011. – Т. 10. – № 2. – С. 83-88.
- 5 Шапкин Ю.Г., Ливадный Г.В., Маршалов Д.В. и др. Современные технологии в диагностике острого аппендицита при беременности // Бюллетень медицинских интернет-конференций. – 2011. – Т. 1. – № 2. – С. 29–37.
- 6 Шехтман М.М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных. – М.: Триада-Х, 1999. – С. 356–364.

- 7 Серов В.Н., Сухих Е.Г., Баранов И.И., и др. Неотложные состояния в акушерстве: руководство для врачей. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 302 с.
- 8 Салов И.А., Рогожина И.Е., Балабанов Н.Г., Хворостухина Н.Ф. Особенности диагностики и акушерской тактики при острой кишечной непроходимости // Журнал Российского общества акушеров-гинекологов. - 2006. - № 3. - С. 7-10.
- 9 Сычинский Ю.О. Пути улучшения хирургического лечения спаечной кишечной непроходимости: Автореф. дис. ... канд. мед. Наук - М., 2009. - 59 с.
- 10 Харитоновна Е.А. Внутривнутрибрюшное давление и острая спаечная кишечная непроходимость // Казанская наука. - 2010. - № 1. - С. 336-341.
- 11 Pearl J., Price R., Richardson W., Fanelli R. Guidelines for diagnosis, treatment, and use of laparoscopy for surgical problems during pregnancy // Society of American Gastrointestinal Endoscopic Surgeons. Surg Endosc. - 2011. - Vol. 25(11). - P. 3479-3492.
- 12 Chang Y.T., Huang Y.S., Chan H.M., et al. Intestinal obstruction during pregnancy // Kaohsiung J Med Sci. - 2006. - Vol. 22(1). - P. 20-23.
- 13 Azuar A.S., Bouillet-Dejou L., Jardon K., et al. Laparoscopy during pregnancy: experience of the French university hospital of Clermont-Ferrand // Gynecologie Obstetrique Fertilité. - 2009. - Vol. 37(7-8). - P. 598-603.
- 14 Machado N.O., Machado L. Sigmoid volvulus complicating pregnancy managed by resection and primary anastomosis: case report with literature review // Sultan Qaboos University Medical Sciences Journal. - 2009. - Vol. 9. - P. 84-88.
- 15 Malangoni M.A. Gastrointestinal surgery and pregnancy // Gastroenterol. Clin. N. Am. - 2003. - Vol. 32. - P. 181-200.
- 16 Mirza M.S., Mulla M., Hall R.I. Large bowel obstruction in pregnancy: a rare entity, an unusual cause // Archives of Gynecology and Obstetrics. - 2009. - Vol. 279(2). - P. 177-178.
- 17 Redlich A., Rickes S., Costa S.D., Wolff S. Small bowel obstruction in pregnancy // Archives of Gynecology and Obstetrics. - 2007. - Vol. 275(5). - P. 381-383.

**Ж.Н. КЫЖЫРОВ, Б.М. БЕКИШЕВ, М.М. САХИПОВ, Г.Т. БЕРИСТЕМОВ, А.П. БАЙЗАКОВА,
К.Ж. БАЙЖИГИТОВ, Т.А. ИСКАКОВА, Ж.Е. БЕЙСЕЕВА, А.Б. ЕРСЕЙТ**

С.Ж. Асфендияров атындағы ҚазҰМУ

Хирургиялық интернатура және резидентура кафедрасы,

№7 қалалық клиникалық ауруханасының шұғыл хирургия бөлімшесі

ІІІ ПЕРДЕСІНІҢ ҚАБЫНУЫМЕН АСҚЫНҒАН ЖҮКТІЛІК ПЕН ЖІТІ ІШЕК ӨТІМСІЗДІГІ

Түйін: Бұл жағдай жүктілік кезіндегі жіті ішек өтімсіздігінің анықтауы мен емдеу мәселесіне арналған. Жүктілік кезінде ішек өтімсіздік жиілігі тууға шаққанда 40000-50000 болады, соның ішінде ана өлімі 35-50 пайыз, ал өлі туылу 60-75 пайызды құрайды. Жүктілік пен жіті ішек өтімсіздігін анықтау мен емдеудің қиындықтары, операциядан кейінгі асқынулардың және өлім нәтижелері пайызының жоғары болуы медициналық көмек сапасын жақсарту мен жүктілік кезіндегі ұрпақ жаңғырту шығындарын азайту мақсатында осы мәселені одан әрі зерттеудің қажет екенін нұсқайды.

Түйінді сөздер: жүктілік, жіті ішек өтімсіздігі, асқыну, перитонит, реллапаротомия

**J.N. KYZHYROV, B.M. BEKISHEV, M.M. SAHIPOV, G.T. BERISTEMOV, A.P. BAIZAKOVA, K.J. BAYZHIGITOV,
T.A. ISKAKOV, ZH.E. BEISEYEVA, A.B. ERSEYT**

S.D. Asfendiyarov Kazakh National medical university

Department of internship and residency in surgery

Department of Emergency Surgery, Clinical Hospital №7

PREGNANCY AND ACUTE INTESTINAL OBSTRUCTION COMPLICATED BY PERITONITIS (CASE STUDY)

Resume: The event is dedicated to the problem of diagnostics and treatment of acute intestinal obstruction in conjunction with pregnancy. The frequency of intestinal obstruction during pregnancy is one case per 40000-50000 births, while maternal mortality reaches 35-50%, and stillbirth - 60-75%. The difficulties of diagnosis and treatment of acute intestinal obstruction in pregnancy, a high percentage of postoperative complications and deaths dictate the need for further study of the problem in order to improve quality of care and reduce reproductive losses during pregnancy.

Keywords: pregnancy, acute intestinal obstruction, complication, peritonitis, relaparotomy