УДК 616.346.2-002:618.2

Стець М.М.,
Черненко В.М.

ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ВАГІТНОЇ З ЕКТОПІЄЮ ДЕЦИДУАЛЬНОЇ ТКАНИНИ

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Актуальність: Питання своєчасної та вірної діагностики та лікування гострих хірургічних захворювань органів черевної порожнини у вагітних є актуальними та невирішеними проблемами сучасної медицини і набуває особливого значення в сьогоденні (Цивьян Б.Л. та співавт., 2006). Частота її виникнення становить 2:1000 (Маркін Л.Б., 2004). Невчасне або невірне встановлення діагнозу, затримка або невірна тактика лікування призводять до несприятливого прогнозу як здоров'ю та життю матері, так і прогнозу для плоду. А саме, інфікування плоду, розвиток фетоплацентарної недостатності та формуванням синдрому затримки росту плоду, передчасного переривання вагітності та передчасних пологів (Fallon, 1995; Kort, 1993).

Стертість клінічної картини гострого апендициту, обумовлена фізіологічними і анатомічними змінами під час вагітності, недооцінкою хірургами впливу вагітності на клінічний перебіг гострих хірургічних захворювань органів черевної порожнини, збіг симптомів гострих хірургічних захворювань органів черевної порожнини і акушерської патології, неправильна і запізніла діагностика, нераціональний вибір методу та об'єму хірургічного втручання призводять до значного відсотку хірургічних ускладнень. Після хірургічного лікування у вагітних акушерські та хірургічні ускладнення зустрічаються в 17% спостережень (Коркан І.П. та співавт., 1991). Розвиток гострих хірургічних захворювань органів черевної порожнини у вагітних значно погіршує прогноз для плоду. Так перинатальні втрати складають близько 2-17% і зростають до 19-50% при деструктивних запальних захворюваннях органів черевної порожнини (AyubJ., 1992; Halvorsen A.C. і співавт., 1992). Найбільш несприятливі перинатальні наслідки відзначаються при розвитку таких захворювань в II-III триместрах вагітності. На другому місці по частоті серед акушерських ускладнень знаходяться інфікування плоду, розвиток фетоплацентарної недостатності з подальшим формуванням синдрому затримки росту плода.

Ектопія децидуальної тканини є рідким захворюванням, котре може симулювати картину гострого апендициту в період редукції децидуальної тканини під впливом зменшення рівня прогестерону, тобто вкінці II-го і в III-му триместрах вагітності. Правильна діагностика та вибір вірної хірургічної та акушерської лікувальної тактики при даній патології є запорукою збереження життя матері та плоду.

Мета: Покращити результати лікування гострої хірургічної патології у вагітних, включаючи рідкі форми захворювань, шляхом удосконалення діагностики та вибору вірної хірургічної та акушерської тактики лікування.

Матеріали та методи: З січня 2004 року по грудень 2010 року в хірургічне відділення МКЛ №3 м. Києва було госпіталізовано 869 вагітних жінок. З них діагноз гострого апендициту встановлено у 660 вагітних (у 75,94% госпіталізованих). В даній статті наведено приклад рідкого клінічного випадку лікування вагітної з ектопією децидуальної тканини.

Хвора N, 26.11.1986 року народження, 25.09.2010 року звернулась в приймальне відділення Київської міської клінічної лікарні №3 із скаргами на інтенсивні болі в правій здухвинній ділянці без чіткої іррадіації, спрагу, загальне знедужання. При цьому слід відмітити, що у хворої була перша вагітність, 27-28 тижнів. Після огляду черговим хірургом та обстеження в умовах приймального відділення в об'ємі загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі, біохімічні показники, група крові та резус фактор, коагулограма, ЕКГ, огляд черговим акушер-гінекологом Київського міського пологового будинку №6, котрий територіально знаходиться на одній території з КМКЛ №3, хвора була госпіталізована в хірургічне відділення. Отримані наступні результати обстежень гемоглобін – 114 г/л, еритроцити – $3,7*10^{12}$/л, лейкоцити – $13,4*10^{9}$/л (з них паличко-ядерні нейтрофіли – 6%, сегменто-ядерні – 77%). Глікемія – 6,2 ммоль/л. В загальному аналізі сечі білок – не виявлено, лейкоцити – 8-10 в п/зору, плоский епітелій – значна кількість, ацетон – негативний, діастаза – 64 Од, жовчні пігменти – негативні. Гінеколог встановили наступний діагноз: Вагітність I, 27-28 тижнів, прогресуюча. При ультразвуковому дослідженні виявлено незначну кількість вільної рідини в позаду матковому просторі. Обтяжений перебіг даної вагітності (анемія легкого ступеню). Гострий апендицит? Рекомендовано лікування в хірургічному стаціо-

нарі. При цьому в локальному статусі живіт м'який в усіх відділах, помірно болісний в правій здухвинній ділянці при глибокій пальпації. Симптом Щьоткіна-Блюмберга негативний в усіх відділах, симптоми Ровзінга, Раздольського, Брендо, Іванова – сумнівно позитивні, симптоми Сітковського, Бартом'є-Міхельсона – негативні. Матка легко збудлива, безболісна, збільшена згідно строку вагітності. Після сумісного огляду із відповідальним хірургом вирішено провести короткотривалу консервативну терапію та нагляд за хворою в динаміці. При цьому проведено інфузію Sol. NaCl 0,9% - 400,0 ml + Sol. MgSO4 25% - 30,0 ml в/венно крапельно та Sol. Papaverini 2% - 2,0 ml в/м'язово. Загальний стан хворої дещо погіршився: хвора відмічала прогресуюче наростання загальної слабкості та знедужання, посилення спраги та інтенсивності болю в правій здухвинній ділянці, підвищену активність плоду. В локальному статусі також відбулися зміни: відзначалось посилення болісності та напруження, поява позитивного симптому Щьоткіна-Блюмберга при пальпації в правій здухвинній ділянці, наявність позитивних симтомів Ровзінга, Раздольського, Сітковського, Бартом'є-Міхельсона, Брендо, Іванова. Матка легко збудлива, безболісна. В динаміці загального аналізу крові збільшилась кількість лейкоцитів до 15,7*10^9/л (з них паличкоядерні нейтрофіли – 8%, сегменто-ядерні – 80%). Встановлено діагноз гострого апендициту, виконано доступ за Волковичем-Дияконовим в правій здухвинній ділянці з урахуванням строку вагітності. Отримано субопераційний діагноз Рак яєчника? Ектопія децидуальної тканини? Вагітність I, 27-28 тижнів, прогресуюча. Проведено дренування черевної порожнини. Пато- та імуногістохімічне дослідження взятої на біопсію тканини, що вкривала парієнтальну очеревину, великий сальник, доступні огляду відділи тонкої та товстої кишки, матку та її праві придатки, окрім клінічної лікарні, проведено в двох провідних онкологічних закладах – Київській міській онкологічній лікарні та Національному інституті раку. В першому випадку дослідження №3777/10 від 05.10.2010 надало результат ектопії децидуальної тканини. В Національному інституту раку дослідження № 3835/2010 від 06.10.2010: результат відповідає епітеліоїдній ангіолейоміосаркомі.

В подальшому явища прогресуючого інтоксикаційного синдрому, наростання анемії, прогресивного погіршення загального самопочуття, поява ознак погіршення внутрішньоутробного стану плоду, надання переваги результатам пато- та імуногістохімічного дослідження з точки зору високої онконастороженості змусили первести хвору в акушерський стаціонар та в ургентному порядку 12.10.2010 р. провести операцію лапаротомії, кесарського розтину, екстирпації матки з додатками та резекції великого сальника, дренування черевної порожнини. Важкий стан хворої не дозволяв розширити об'єм втручання хірургічною операцією. Післяопераційний перебіг характеризувався прогресуючим та швидким одужанням хворої. На 12-у післяопераційну добу хвора виписана з пологового будинку в задовільному стані. Новонароджена дівчинка, 30-31 тиждень гестації, знаходилась на лікуванні у профільному відділенні реанімації новонароджених НДСЛ Охматдит. Виписана в задовільному стані без суттєвих фізичних вад розвитку (ДЦП легкого ступеню). На сьогоднішній час пацієнтка продовжує спостереження в КМПБ №6 та Національному інституті раку.

Результати та їх обговорення. Наведений вище випадок є прикладом такого рідкого захворювання як ектопія децидуальної тканини. Редукція даної тканини під впливом прогресуючого зменшення рівня прогестерону в кінці II-го і особливо в III-му триместрах вагітності за своїми клінічними проявами симулює картину деструктивного запального процесу з боку органів черевної порожнини і не може бути виявлене неінвазивними методами обстеженнями в умовах багатопрофільного хірургічного та акушерського стаціонару.

Висновки.

1. У випадку підозри на ектопію децидуальної тканини або будь-якого іншого захворювання, що не несе прямої загрози життю матері та плоду об'єм хірургічного втручання повинен обмежитись мінілапаротомією або лапароскопією з обов'язковою біопсією та імуногістохімією атипової тканини.
2. Подальше максимальне збереження та пролонгування вагітності в умовах акушерського стаціонару дозволяють отримати плід старшого гестаційного віку, а отже більш життєздатного та зрілого.
3. Об'єм подальшого акушерського та хірургічного (за потреби) втручання залежить від результатів пато- та імуногістохімічного дослідження. Однак з точки зору високої онкологічної настороженості приорітетними все ж таки є результати таких досліджень, котрі вказують на злоякісне новоутворення.
4. Лікування вагітної з гострими хірургічними захворюваннями органів черевної порожнини повинно обов'язково проводитись хірургом сумісно з акушер-гінекологом на базі великого багатопрофільного стаціонару.