

NONINVASIVE METHOD IN THE TREATMENT OF LOWER URINARY TRACT SYMPTOMS IN PATIENTS WITH BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA

© **A.I. Mysak, V.V. Tverdohlib, V.Ya. Khorosh¹, T.B. Korylchuk¹, I.Ya. Mykitin¹, S.O. Nesteruk**

Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky

¹*Ternopil University Hospital*

SUMMARY. Long-term results were studied and analyzed in 172 patients with benign prostate hyperplasia with high operational risk, which transurethral microwave hyperthermia was conducted. The positive impact of transurethral microwave hyperthermia for lower urinary tract symptoms was found out in more than 70% of patients with benign prostate hyperplasia.

KEY WORDS: benign prostatic hyperplasia, transurethral microwave thermotherapy, lower urinary tract symptoms.

×

УДК: 618.3 Ф 83

ЧЕРЕВНА ВАГІТНІСТЬ: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

© **А.Ю. Франчук, А.В. Бойчук, О.О. Берегуляк, О.М. Сидорчук, О.І. Данилюк**

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

Тернопільська комунальна міська лікарня № 2

РЕЗЮМЕ. Наведений у даній статті цікавий клінічний випадок черевної вагітності звертає увагу на труднощі в діагностиці даної патології. Своєчасна діагностика та оперативне лікування ектопічної вагітності запобігають порушенню репродуктивного здоров'я жінки.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: черевна вагітність, клінічний випадок.

Вступ. Враховуючи тенденцію до погіршення демографічної ситуації у світі [1], питання репродуктивного здоров'я населення є надзвичайно актуальним.

Ектопічна вагітність займає одне з важливих місць серед причин, що призводять до порушення репродуктивного здоров'я, а її несвоєчасна діагностика та лікування можуть призвести до материнської смертності [2]. Так, при черевній вагітності материнська смертність у 7,7 раза вища, ніж при інших видах позаматкової вагітності [3].

Черевна вагітність, особливо у ранні терміни, часто може прогресувати безсимптомно і внаслідок цього несвоєчасно діагностуватись. Діагностика черевної вагітності можлива при проведенні акушерського та УЗД-обстеження. Однак інколи діагноз встановлюється або підтверджується при проведенні лапаротомії.

Труднощі при проведенні оперативного втручання пов'язані з видаленням плаценти, залежать від місця її локалізації та глибини інвазії часточок у відповідні органи. Саме видалення

плаценти в органи не дає можливості її відділити. В такому випадку плаценту залишають прикріпленою на тих органах, де вона розміщена, проводять марсупалізацію з очікувальною тактикою. Такі жінки підлягають проведенню інтенсивної терапії, динамічному спостереженню за резорбцією плаценти з допомогою УЗД та серологічних реакцій на наявність хоріонічного гонадотропіну в сироватці крові. Резорбцію плаценти можна прискорити застосуванням метотрексату, селективною артеріальною емболізацією та повторною лапаротомією [4]. Черевна вагітність небезпечна тим, що в післяопераційному періоді може викликати утворення нориць, септицемію і призводити до смертельних наслідків.

Основна частина. В нашій клініці мав місце такий випадок черевної вагітності.

Вагітна О.В., 23 роки, госпіталізована в гінекологічне відділення з скаргами на незначні кров'янисті виділення з статевих шляхів протягом доби та ниючі болі внизу живота. Останню менструацію не пам'ятає.

В анамнезі дві вагітності: перша – самовільний викидень в 16-17 тижнів (2007 р.), друга – кесарський розтин при доношеній вагітності (2008 р.).

Вважає себе вагітною приблизно 20 тижнів. На “Д”- обліку з приводу даної вагітності не стояла. Рухи плода не відчуває. Соматичний анамнез обтяжений перенесеним вогнищевим туберкульозом легень у 2009 році.

Загальний стан вагітної не порушений. Гемодинамічні показники стабільні. Живіт не болючий. Симптоми подразнення очеревини негативні.

При вагінальному дослідженні шийка матки довжиною до 3 см, рухома, не болюча. Тіло матки збільшене до 19-20 тижнів вагітності, не болюче при пальпації. Склепіння вільні, глибокі. У вагіні приблизно 10 мл темної рідкої крові.

При госпіталізації встановлено діагноз: Третя вагітність 19-20 тижнів. Викидень, що почався. Обтяжений акушерський анамнез (кесарський розтин 2008 році). Обтяжений соматичний анамнез (перенесений вогнищевий туберкульоз легень).

При проведенні УЗД-обстеження: матка в **антефлексію**, розміром 102×80×100 мм, міометрій однорідний, ендометрій гіперплазований, товщиною до 18 мм. Петлі кишечника розширені до 30 мм, з маятникоподібним рухом вмісту. За маткою близько 20 мл рідини. Над маткою в черевній порожнині більше зліва плід з ознаками лізису. Серцебиття і рухи плода відсутні. БПР 48 мм (голівка зліва в підреберній ділянці), стегно 32 мм. Інші розміри плода не визначаються. Плацента по правій стінці плодовмістилища, 0 ст. зрілості, товщиною 24 мм з розширеними міжворсинчастими просторами. Навколоплідні води відсутні. Висновок: завмерла черевна вагітність в терміні 20-21 тиждень.

Діагноз перед операцією: завмерла черевна вагітність в терміні 20-21 тиждень. Обтяжений акушерський анамнез (кесарський розтин у 2008 році). Обтяжений соматичний анамнез (перенесений вогнищевий туберкульоз легень).

При лапаротомії виявлено: матка розмірами до 10-11 тижнів вагітності, відхилена вправо. Зліва по ребру матки розміщена плацента, між петлями кишечника плодовмістилище з плодом. Проведено розріз плодових оболонок, відійшло близько 200 мл зелених вод. За голівку вилучено мертвий недоношений плід чоловічої статі масою 400 г, ростом 20 сантиметрів, з ознаками мацерації. При огляді кишечника виявлено роздуту сигмоподібну кишку, на петлях кишечника місцями фіброзні нашарування. Інтраопераційний консиліум з залученням абдомінальних хірургів професора І.Я. Дзюбановського та доцента В.В. Бенедикта вирішив провести над-

півову ампутацію матки без додатків та інтубацію тонкого кишечника. Після проведення даного об'єму оперативного втручання черевну порожнину промито 2 л фурацилінового розчину та здійснено дренажування через контрапертури в здухвинних ділянках. Загальна крововтрата під час операції 400 мл.

Гемодинамічні показники за час операції стабільні. Проводилась інфузія кристалоїдами в кількості 2,5 літра, одноступінною свіжозамороженою плазмою в кількості 900 мл, еритромасою в кількості 440 мл в праву підключичну та кубітальну вени.

Післяопераційний діагноз: черевна вагітність, завмерла в 20-21 тиждень. Обтяжений акушерський анамнез (кесарський розтин у 2008 році). Обтяжений соматичний анамнез (перенесений вогнищевий туберкульоз легень). Динамічна кишкова непрохідність. Анемія легкого ступеня. Лапаротомія. Надпівова ампутація матки без додатків. Інтубація кишечника.

Післяопераційний аналіз крові: Hb 97 г/л, Er 3,25*10¹²/л, Ht 0,34, КПО,9, згортання 4'10"-5'15".

По закінченні операції хвора переведена для подальшого лікування у відділення анестезіології з палатами інтенсивної терапії, де проводилась антибактеріальна, інфузійна, антикоагулянтна терапія, лікування динамічної кишкової непрохідності. На 8 та 9 добу забрано дренажі.

На 12 добу після операції в загальному аналізі крові: Hb 101 г/л, Er 3,26*10¹²/л, Le 10,8*10¹²/л, ШОЕ 42 мм/годину, згортання 3'40"-4'35"; коагулограма: протромбіновий час 25", індекс 68 %, фібриноген загальний 6, 88 г/л, тромботест V ст.; загальний аналіз сечі: питома вага 1018, Le 3-4 в полі зору, Er 1-3 в полі зору, кристали солів кальцію.

На 18 добу після операції пацієнтка в задовільному стані виписана додому.

Висновки. 1. Причиною запізнілої діагностики черевної вагітності в даному випадку було те, що жінка не стояла на обліку в жіночій консультації і їй не проводилось УЗД-дослідження, яке об'єктивно діагностує місцезнаходження плодовмістилища при ектопічній вагітності.

2. Надвагінальна ампутація матки без додатків зумовлена місцем прикріплення плаценти. В зв'язку з динамічною кишковою непрохідністю проведена інтубація кишечника.

3. Проведення інтенсивної терапії з використанням антибіотиків, внутрішньовенного введення крові та свіжозамороженої плазми, кристалоїдів та прямих антикоагулянтів посприяло одужанню жінки з такою важкою акушерською та екстрагенітальною патологією.

ЛІТЕРАТУРА

1. Жук С.І., Яцина О.І. Патогенетичні підходи до реабілітації жінок із позаматковою вагітністю, пролікованих за альтернативними методами // Жіночий лікар. – 2009. – № 1. – С. 19-21.

2. Випадок доношеної черевної вагітності / М.М. Токарчук, О.С. Карголь, М.Г. Герук та ін. // З турботою про жінку. – 2009. – № 10-11. – С. 30-31.

3. Черевна вагітність / С.С. Лубяна, Л.І. Школа, В.В. Чуб, Г.І. Скоріков // З турботою про жінку. – 2009. – № 7-8. – С. 20-21.

ABDOMINAL PREGNANCY: CLINICAL CASES

©**A.J. Franchuk, A.V. Boychuk, O.M. Sydorчук, O.I. Danilyk, O.O. Berehulyak**

Ternopil State Medical University by I.Ya. Horbachevsky

Ternopil cities communal hospital № 2

SUMMARY. This article is about interesting clinical cases of abdominal pregnancy and difficulty in established of diagnosis. Opportune diagnostic and surgical treatment of ectopic pregnancy can preventive discord of woman's reproductive health.

KEY WORDS: abdominal pregnancy, clinical cases.