

УДК 616.346.2-002:618.2

© М. М. СТЕЦЬ, В. М. ЧЕРНЕНКО, Т. М. ШИНКАРИК

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, Київська міська клінічна лікарня № 3

**Рідкий випадок лікування вагітної з ектопією децидуальної тканини**

M. M. STETS, V. M. CHERNENKO, T. M. SHYNKARYK

National Medical University by O. O. Bohomolets, Kyiv City Clinical Hospital № 3

**RARE CASE OF TREATMENT OF A PREGNANT WOMAN WITH ECTOPY OF DECIDUAL TISSUE**

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

У період із січня 2004 року до грудня 2010 року в хірургічне відділення МКЛ № 3 м. Києва було госпіталізовано 869 вагітних жінок. Із них діагноз гострого апендициту встановлено у 660 вагітних (75,94 % від усіх госпіталізованих). У даній статті ми хочемо навести приклад рідкого клінічного випадку лікування вагітної з ектопією децидуальної тканини.

Хвора Н., 26.11.1986 р. н., 25.09.2010 р. звернулася у приймальне відділення Київської міської клінічної лікарні № 3 із скаргами на інтенсивний біль у правій здухвинній ділянці без чіткої іррадіації, спрагу, загальне нездужання. Слід відмітити, що у хворой була перша вагітність, 27–28 тижнів. Після огляду черговим хірургом та обстеження в умовах приймального відділення, який включав загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі, біохімічні показники, групу крові та резус-фактор, коагулограму, ЕКГ, огляд черговим акушером-гінекологом Київського міського пологового будинку № 6, що розташований на одній території з КМКЛ № 3, хвору було госпіталізовано в хірургічне відділення. Отримано такі результати обстежень: гемоглобін – 114 г/л, еритроцити –  $3,7 \cdot 10^{12}/л$ , лейкоцити –  $13,4 \cdot 10^9/л$  (з них паличкоядерні нейтрофіли – 6 %, сегментоядерні – 77 %). Глікемія – 6,2 ммоль/л. В загальному аналізі сечі білок не виявлено, лейкоцити – 8–10 в полі зору, плоский епітелій – значна кількість, ацетон – негативний, діастаза – 64 Од, жовчні пігменти – негативні. Гінеколог встановив такий діагноз: вагітність I, 27–28 тижнів, прогресуюча. При ультразвуковому дослідженні виявлено незначну

кількість вільної рідини в заматковому просторі. Обтяжений перебіг даної вагітності (анемія легкого ступеня). Гострий апендицит? Рекомендовано лікування в хірургічному стаціонарі. При цьому в локальному статусі живіт м'який в усіх відділах, помірно болючий у правій здухвинній ділянці при глибокій пальпації. Симптом Щоткіна–Блюмберга негативний в усіх відділах, симптоми Ровзінга, Раздольського, Брендо, Іванова – сумнівно позитивні, симптоми Сітковського, Бартом'є–Міхельсона – негативні. Матка легкозбудлива, неболюча, збільшена відповідно до строку вагітності. Після сумісного огляду із відповідальним хірургом вирішено провести короткотривалу консервативну терапію та спостереження за хворою в динаміці. При цьому проведено інфузію Sol. NaCl 0,9 % – 400,0 ml + Sol. MgSO<sub>4</sub> 25 % – 30,0 ml внутрішньовенно краплинно та Sol. Papaverini 2 % – 2,0 ml внутрішньом'язово. Загальний стан пацієнтки дещо погіршився: відмічала прогресуюче наростання загальної слабості та нездужання, посилення спраги та інтенсивності болю в правій здухвинній ділянці, підвищену активність плода. В локальному статусі також відбулися зміни: відзначали посилення болючості та напруження, появу позитивного симптому Щоткіна–Блюмберга при пальпації в правій здухвинній ділянці, наявність позитивних симптомів Ровзінга, Раздольського, Сітковського, Бартом'є–Міхельсона, Брендо, Іванова. Матка легкозбудлива, неболюча. У динаміці загального аналізу крові збільшилась кількість лейкоцитів до  $15,7 \cdot 10^9/л$  (з них паличкоядерні нейтрофіли – 8 %, сегментоядерні – 80 %). Встановлено діагноз гострого апендициту, виконано доступ за Волковичем–Дьяконовим у 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 парієтальну очеревину, великий сальник, доступні огляду відділи тонкої та товстої кишки, матку та її праві придатки, крім 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. У Національному інституті раку у дослідженні № 3835/2010 від 06.10.2010 вказано: результат відповідає епітеліоїдній ангіолейоміосаркомі.

У подальшому явища прогресуючого інтоксикаційного синдрому, наростання анемії, прогресивного погіршення загального самопочуття, поява ознак погіршення внутрішньоутробного стану плода, надання переваги результатам пато- та імуногістохімічного дослідження з точки зору високої онконастороженості змусили перевести хвору в акушерський стаціонар та в ургентному порядку 12.10.2010 р. провести операцію лапаротомії, кесаревого розтину, екстирпації матки з придатками та резекцією великого сальника, дренажу черевної порожнини. Тяжкий стан хворої не дозволяв розширити об'єм втручання хірургічною операцією. Післяопераційний перебіг характеризувався прогресуючим та швидким одужанням хворої. На 12-ту післяопераційну добу хвору виписано з пологового будинку в задовільному стані. Новонароджена дівчинка, 30–31 тиждень гестації, перебувала на лікуванні у профільному відділенні реанімації новонароджених НДСЛ ОХМАТДИТ. Виписана в задовільному стані без суттєвих фізичних вад розвитку (ДЦП легкого ступеня). На сьогодні за паці-

єнткою Н. продовжують спостерігати в КМПБ № 6 та Національному інституті раку.

Наведений вище випадок є прикладом такого рідкого захворювання, як ектопія децидуальної тканини. Редукція даної тканини під впливом прогресуючого зменшення рівня прогестерону в кінці II і особливо в III триместрах вагітності за своїми клінічними проявами симулює картину деструктивного запального процесу з боку органів черевної порожнини і не може бути виявлена неінвазивними методами обстеження 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 плода, об'єм хірургічного втручання повинен обмежитись міні-лапаротомією 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, пріоритетними все ж таки є результати таких досліджень, що вказують на злоякісне новоутворення.

4. Лікування вагітної з гострими хірургічними захворюваннями органів черевної порожнини повинен обов'язково проводити хірург сумісно з акушером-гінекологом на базі великого багатопрофільного стаціонару.

Отримано 25.03.13