

БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

**АНАТОМО-ХІРУРГІЧНІ АСПЕКТИ
ДИТЯЧОЇ ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЇ**

МАТЕРІАЛИ

3-го НАУКОВОГО СИМПОЗИУМУ

За редакцією професора Ю.Т.Ахтемійчука

Чернівці, 2012

Решетілова Н.Б., Гузік Н.М., Куліш Н.М. Вікові зміни пропорцій голови людини.....	45
Ринжук Л.В., Нікіфор Л.В., Макаренко Г.М., Рак Л.М., Гресько М.Д. Позаматкова вагітність: клінічний випадок родорозрішення 34-тижневої черевної вагітності.....	46
Рябий С.І., Гайдич Л.І. Структурна організація м'язових замикачів спільної жовчної протоки в перинатальному періоді онтогенезу.....	48
Слободян О.М. Спосіб визначення критеріїв оцінки перинатального розвитку дванадцятипалої кишки.....	49
Слободян О.М., Калинин А.І. Анатомічне дослідження привушно-жувальної ділянки у плодів.....	50
Смірнова Т.В. Розвиток сльозового апарату людини на 7-9 тижнях гестації.....	50
Хмара Т.В., Стрижаковська Л.О. Мікроскопічна анатомія губчастої частини сечівника і залоз Літтре у плодів людини.....	51
Цигикало О.В. Метод контрастного епіскопічного тривимірного реконструювання мікроскопічних анатомічних структур.....	52
Шумко Б.І., Луканьова С.М., Козак М.М. Топографія селезінкової вени у другому триместрі внутрішньоутробного розвитку.....	53
Ясніковська С.М. Природжені вади шлунково-кишкового тракту в структурі множинних вад.....	53

АНАТОМО-КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ У ДІТЕЙ

Ахтемійчук Ю.Т., Ольховський В.О. Анатомо-топографічні та органометричні показники шлунка.....	55
Бабій Л.М., Вітріченко О.С., Сазонова О.М., Савицька Є.В. Аномалії розвитку товстої кишки у дітей.....	57
Боднар О.Б. Анатомічні особливості клубово-сліпокишкового сегмента при хірургічному лікуванні недостатності ілеоцекального замикального апарату у дітей.....	58
Боднар Я.Я., Бутницький Ю.І., Миколенко А.З., Трач Росоловська С.В., Фурдела М.Я., Орел О.С. Морфометричні параметри слизової оболонки дванадцятипалої кишки при НР-асоційованому гастродуоденіті у дітей.....	59
Габор Г.Г., Боднар Я.Я., Орел Ю.М., Орел М.М. Гістоморфометрична характеристика печінки новонародженого при респіраторному дистрес-синдромі.....	60
Захарчук О.І., Кадельник Л.О. Ураження печінки у дітей при токсикарозі.....	61
Ковальський М.П., Єршов В.Ю. Орієнтовний алгоритм хірургічної тактики при кишкових атрезіях у новонароджених.....	65
Кузняк Н.Б., Годованець О.І. Особливості клінічного перебігу	

ПОЗАМАТКОВА ВАГІТНІСТЬ: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК РОДOROЗРІШЕННЯ 34-ТИЖНЕВОЇ ЧЕРЕВНОЇ ВАГІТНОСТІ

Л.В.Ринжук, Л.В.Нікіфор, Г.М.Макаренко, Л.М.Рак, М.Д.Гресько

*Буковинський державний медичний університет (м. Чернівці), Кельменецька
центральна районна лікарня Чернівецької області*

Позаматкова вагітність – це патологічний процес розвитку плода поза порожниною матки, який супроводжується ризиком розриву тканин, кровотечею і становить загрозу для життя жінки та плода [1, 2]. При позаматковій (ектопічній) вагітності плодове яйце розвивається поза порожниною матки: в черевній порожнині, на яєчнику, в матковій трубці, в шийці матки. У зв'язку з аномальним розміщенням вагітності кровопостачання плодового яйця формується від місця імплантації. В міру розвитку плода створюється ризик розриву органа, в якому розвивається ектопічна вагітність, бо тільки порожнина матки пристосована до розміщення і розвитку плода [3]. Серед всіх локалізацій позаматкової вагітності частіше трапляється трубна вагітність. Яєчникову, шийкову, черевну, інтралігаментарну і таку, що розвивається в рудиментарному розі матки, відносять до рідкісних форм позаматкової вагітності [4]. Черевна вагітність становить 0,003–1,4% від всіх випадків позаматкової вагітності [5]. Розрізняють первинну та вторинну черевну вагітність. Під первинною розуміють імплантацію заплідненої яйцеклітини в черевній порожнині. Даний варіант трапляється у виключних випадках. Основна частка випадків черевної вагітності припадає на вторинний її варіант – коли плодове яйце потрапляє в черевну порожнину після трубного абортів і там імплантується. Місцями найтиповішої локалізації (точніше – ураження) є очеревина, сальник, кишечник [6]. У виключних випадках черевна вагітність розвивається до великих термінів. При цьому можливі тяжкі ускладнення – масивні кровотечі через відшарування плаценти або пошкодження внутрішніх органів. У зв'язку з високим ризиком серйозних ускладнень, в першу чергу для організму матері, акушери-гінекологи світу вважають, що черевну вагітність слід терміново перервати з моменту діагностування [7, 8]. Труднощі діагностики і тяжкі наслідки цієї патології спонукали авторів цієї статті до ознайомлення медичної громади з позитивним розрешенням позаматкової (черевної) вагітності, зареєстрованої в акушерському відділенні Кельменецької ЦРЛ Чернівецької області.

Вагітна А., 1979 року народження, внесена в диспансерний облік у терміні 15 тижнів вагітності у Кельменецькій ЦРЛ. Дана вагітність п'ята, раніше були двоє нормальних пологів і два штучних переривання вагітності у малому терміні. Вагітна нормостенічної статури, масою 61 кг, зростом 167 см. Соматично здорова. За час спостереження на допологовому етапі регулярно відвідувала лікаря-перинатолога, чітко виконувала всі рекомендації, пройшла повне клініко-лабораторне обстеження згідно з вимогами наказу МОЗ України № 417. З огляду на результат завершення вагітності, на перший погляд – ситуація дуже сумнівного натягнутого благополуччя. Але детальний аналіз первинної документації це підтвердив. В антенатальному нагляді за вагітною було лише дві проблеми: по-перше, вона категорично відмовлялася від проведення УЗД, мотивуючи своє рішення негативним впливом

«опромінення» на плід, та відсутністю будь-яких скарг. Саме цей момент і був доленосним у завуальовуванні цієї надзвичайно серйозної небезпеки, створенні абсолютно тривіальної ситуації – виношування середньостатистичної загальнопопуляційної вагітності. По-друге, у щоденниках огляду перинатолога неодноразово, особливо в пізніші терміни вагітності вказувалося на нестійке положення плода, однак оцінити істинну інформативність данного симптому, який не є абсолютно специфічним або чітко прив'язаним до якогось конкретного патологічного стану, стало можливим лише *post factum*, після родорозрішення пацієнтки. В ургентному порядку вагітна вночі звернулася у стаціонар акушерського відділення Кельменецької ЦРЛ зі скаргами на сильний біль внизу живота, активні рухи плода та посилення больового відчуття саме під час цих рухів. Навколоплодові води не виливалися. При зовнішньому акушерському обстеженні констатовано підвищений тонус матки, косе положення плода. З діагнозом – загроза передчасних пологів у терміні вагітності 34 тижні, її було госпіталізовано та розпочато токолітичну терапію, профілактику респіраторного дистрес-синдрому, моніторингу життєвих функцій. Терапія, яка була розпочата одразу з моменту поступлення і тривала практично до початку операції, не давала ніякого ефекту, біль не зменшувався, а навіть посилювався при рухах плода, які стали особливо активними, а тонус матки зберігався підвищеним. У зв'язку з погіршенням стану пацієнтки та неефективністю медикаментозної терапії був скликаний консилиум. Окрім зазначеного вище, ще констатована асиметрична матка, виразна пальпація частин плода через передню черевну стінку, наявність щільно-еластичного утворення вздовж правого ребра матки розміром на 14 тижнів вагітності, а також наявність різко болючої «тістуватості» в ділянці від лобка до рівня пупка. Рішенням консилиуму вагітній проведено УЗД, результат якого можливо і не так чітко, але вказав на наявність катастрофи – передчасного відшарування плаценти. Зі згоди пацієнтки розпочате оперативне родорозрішення. Після розрізу передньої черевної стінки виявлено плід, який розміщувався на рудиментарному розі матки зліва. Матка, збільшена до 12 тижнів вагітності, розміщена справа від утворення, поряд з незміненими правими придатками. Ліві придатки не визначалися. Плід містився у черевній порожнині. Діагноз остаточний – черевна вагітність! Бригада хірургів виконала технічно надзвичайно складну операцію, адже вдалося виконати повне видалення плацентарного вмістилища – рудиментарного рогу матки з лівими придатками, причому, без надмірної крововтрати, зі збереженням репродуктивного органа, та ще й подарувати мамі живу дитину: дівчинку вагою 2350 г, довжиною 46 см, з оцінкою за шкалою Апгар на 1 хв – 6 балів, на 5 хв – 7 балів.

Отже, черевна вагітність являє собою серйозну загрозу для здоров'я і життя жінки, тому вчасно виявити таку патологію вагітності – значить запобігти неочікуваним ускладненням у майбутньому. На завершення не хотілося б обмежуватися якими-небудь конкретними висновками з даного клінічного випадку, адже, незважаючи на всю позитивність родорозрішення, він не показовий. А найбільшим каменем спотикання в цій ситуації було все таки не проведене УЗД, яке, особливо в I триместрі вагітності, дало б можливість лікарям чітко визначитися з ситуацією, що розгорталася. Тактика ж хірургічного втручання при черевній вагітності залежить від розміщення і ступеня

проростання плодового вмістилища в органи черевної порожнини. Спектр хірургічного втручання надзвичайно широкий і непередбачуваний, тому встановлення діагнозу «черевна вагітність» вимагає: 1) негайного розродження кваліфікованою бригадою за участю суміжних спеціалістів (хірурга, судинного хірурга, уролога при необхідності); 2) достатнього запасу крові і кровозамінників; 3) адекватного інфузійно-трансфузійного забезпечення; 4) обрання правильної тактики щодо плаценти – попереднє лігування великих судин, що її кровопостачають, з подальшим відділенням плаценти.

Література. 1. Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии / А.И.Ищенко, А.Д.Липман, А.А.Бахвалова, А.А.Ищенко. – 2004. – Т. 3, № 3. – С. 16-20. 2. Кулаков В.И. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии / Кулаков В.И., Прилепская В.Н., Радзинский В.Е. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – С. 187-194. 3. Айламазян Э.К Неотложная помощь при экстремальных состояниях в гинекологии / Э.К.Айламазян, И.Т.Рябцева. – [2-е изд., доп.]. – М.: Мед. книга; Н. Новгород: НГМА, 2003. – 265 с. 4. Макаров И.О. Внематочная беременность / Макаров И.О. – М.: Мед. центр «Арт-Мед», 2005. – С. 1-5. 5. Стрижаков А.Н. Принципы и этапы восстановительной терапии после трубной беременности / А.Н.Стрижаков // Акуш. и гинекол. – 2006. – № 3. – С. 9-12. 6. Лубяная С.С. Брюшная беременность / С.С.Лубяная // 3 турботою про жінку. – 2009. – № 4. – С. 20. 7. Компанієць М.Г. Випадок 16-тижневої черевної вагітності / М.Г.Компанієць // Медицина транспорту України. – 2007. – № 4. – С. 85-87. 8. Стрижаков А.Н. Клинические лекции по акушерству и гинекологии / Стрижаков А.Н., Давыдов А.И., Белоцерковцева Л.Д. – М.: Медицина, 2000. – С. 28-37.