

УДК 618.11–002.1–02

## Випадок 16-тижневої черевної вагітності

М. Г. Компанієць, Л. Д. Мороз, Ю. І. Белік, Л. О. Волкова

Відділкова лікарня на станції Нижньодніпровськ-Вузол Придніпровської залізниці

**Ключові слова:** ектопічна вагітність, 16-тижнева черевна вагітність, геморагічний шок.

**Е**ктопічна вагітність (ЕВ) є основною причиною внутрішньої кровотечі в жінок дітородного віку. Імплантація плідного яйця в разі ЕВ відбулася, найімовірніше, в одному з відділів маткової труби (ампулярному, істмічному чи інтерстиціальному). Зрідка ЕВ буває яєчниковою або черевною.

Черевна вагітність може бути первинною, коли плідне яйце від початку розвивається в черевній порожнині, імплантуючись на очеревині, кишечнику, широкій матковій зв'язці тощо. Однак частіше черевна вагітність є вторинною — плідне яйце, що не загнуло після трубного аборт, продовжує розвиватися в черевній порожнині [3].

Серед гінекологічних хворих, що перебувають у стаціонарах, ЕВ трапляється з частотою від одного до шести відсотків [2]. За даними світової статистики, наприкінці ХХ століття ЕВ становила 1 % усіх вагітностей [1]. Найпоширенішим видом ЕВ є трубна вагітність — 98,5 % (А. Д. Аловський). Черевна вагітність спостерігається дуже рідко — у 0,4 % випадків ЕВ [2, 4, 5, 7].

Наводимо наше спостереження — один із рідкісних випадків позаматкової вагітності: черевна вагітність у хворої віком 35 років.

**Анамнез.** Хвора В. звернулася до лікарні зі скаргами на затримку місячних, нудоту, періодичний ниючий біль в низу живота для проведення *abrasio cavi uteri* задля переривання вагітності. Менархе пацієнтки 13 років. Місячні — регулярні, помірні, безболісні. Статеве життя почала у віці 17 років. Двоє пологів. В анамнезі кіста правого яєчника, із приводу чого два роки тому проведено операцію з видалення правих придатків.

**Об'єктивне обстеження.** Загальний стан дуже тяжкий. Виразна блідість шкірного покриву та слизових оболонок. Язик — вологий, чистий. Лімфатичні вузли не промацуються. Щитоподібна залоза не збільшена. У легенях дихання везикулярне, хрипів немає. Тони серця — глухі, ритм рівномірний. Артеріальний тиск 40/0 мм рт. ст. Пульсації на периферійних артеріях немає, є тільки на *a. carotis communis*. На екрані кардіомонітора відзначена синусова тахікардія. Частота серцевих скоро-

чень 120 за 1 хв. Печінка та селезінка не збільшені. Живіт — напружений та болісний в нижніх відділах. Симптом Пастернацького — негативний з обох боків.

**Гінекологічний огляд.** Зовнішні статеві органи розвинуті за жіночим типом. Оволосіння також за жіночим типом. Клітор не збільшений.

Шийка матки — циліндрична, епітелій без вад. Тіло матки має неправильну форму, збільшене до 17,0 × 15,0 см, відхилене праворуч, рухомість обмежена, є великий вузол, що виходить із правого рога матки. Придатки ліворуч не виявляються, ділянка у спайках, болісна. Правих придатків немає. Склепіння піхви — пастозні, болючі. Рухання шийки матки спричиняє біль.

Під внутрішньовенним наркозом провели пункцію заднього склепіння піхви, отримали кров.

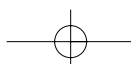
На підставі даних опитування, огляду, результатів пункції, дійшли висновку про позаматкову вагітність, ускладнену внутрішньочеревною кровотечею, що призвела до геморагічного шоку II–III ст.

Пацієнтці рекомендували оперативне втручання. Згоду на операцію пацієнтка дала.

**Передопераційна підготовка.** З огляду на потребу провести подовжену інфузійно-трансфузійну терапію й неможливість виконати пункцію периферійних вен, контролювати центральний венозний тиск в асептичних умовах, виконали пункцію та провели катетеризацію *vena subclavia dextra* за Сельдингером. Центральний венозний тиск — від'ємний. Розпочали інфузійно-трансфузійну, гемостатичну, гормональну терапію, інфузію пресорних амінів.

**Оперативне втручання.** Провели премедикацію атропіном та дексаметазоном у звичайних дозах. Оперативне втручання виконали під внутрішньовенним програмованим полінаркозом із міоплегією, штучною вентиляцією легень ендотрахеальним методом та ендотрахеальною подачею кисню.

Під час оперативного втручання здійснювали інфузійно-трансфузійну терапію: еритроцитарна



маса, свіжозаморожена плазма, криопреципітат плазми, «Перфторан», колоїди, кристалоїди, гормонотерапія, гемостатична терапія, інфузія дофаміну зі швидкістю 10 мкг на 1 кг маси тіла за 1 хв. Крововтрата характеризувалася як масивна — дефіцит об'єму циркулюючої крові (ОЦК) перевищував 2000,0 мл, тобто становив 43%. За ступенем гіповолемії та ймовірністю розвитку шоку крововтрата була дуже тяжкою (дефіцит ОЦК 43%, дефіцит глобулярного об'єму перевищував 60%). За такої крововтрати неминуче виникає шок, який без реанімаційних заходів переходить у термінальний стан.

Заміщення крововтрати здійснювали за П. Г. Брюсовим [6]. Застосовували трансфузійну схему IV рівня кровозаміщення. Загальний об'єм трансфузії — 170% обсягу крововтрати. Компоненти кровозаміщення та їхнє співвідношення: еритроцитарна маса — 0,40; плазма — 0,10; колоїди — 0,25; кристалоїди — 0,25.

Ситуація ускладнювалася тим, що хвора мала найрідкіснішу групу крові — IV (AB), резус-негативну.

Назва оперативного втручання: Лапаротомія. Роз'єднання спайок. Надпівхова ампутація тіла матки без придатків з приводу порушеної абдомінальної вагітності строком 16 тижнів, внутрішньочеревної кровотечі, гострої крововтрати.

*Перебіг операції.* Виконали лапаротомію. У черевній порожнині виявили понад 2,0 л рідкої крові зі згустками. Під час ревізії черевної порожнини між петлями кишечника виявили плід чоловічої статі, що відповідав 16 тижням вагітності. Придатків праворуч немає — їх видалили під час попередньої операції. Плацентарна площинка завбільшки 7,0×7,0 см розташована в ділянці правого рогу матки, що призвело до розплавлення тканин міометрія на значному протязі, подальшої масивної кровотечі. З огляду на це виконали надпівхову ампутацію тіла матки без придатків. Кровотеча припинилася. Провели санацію черевної порожнини та її дронування.

Після оперативного втручання на операційному столі катетером вивели 700,0 мл сечі. Потім хвору перевезли лікарняним візком до відділення анестезіології, реанімації та інтенсивної терапії у супроводі анестезіолога, забезпечивши допоміжне дихання мішком «Амбу» крізь інтубаційну трубку. Рівень свідомості — поверхневий медикаментозний сон. Зважаючи на неадекватність самостійного дихання у хворої, її перевели на штучну вентиляцію легень апаратом РО-6 у режимі нормовентиляції. Дихання прослуховувалося над усією поверхнею обох легень. Сатурація була в межах норми. Артеріальний тиск — у межах норми. Такікардія усунена. Центральний венозний тиск

+6 см (60 мм) вод. ст. Швидкість уведення дофаміну зменшили до 5 мкг на 1 кг маси тіла за 1 хв. По дренажу із черевної порожнини виходила сукровична рідина в помірній кількості. Діурез по постійному катетеру — достатній. Після відновлення у хворої самостійного адекватного дихання, свідомості та м'язового тонуусу її від'єднали від респіратору та екстубували. Дихання природним шляхом відповідало фізіологічним потребам організму. Сатурація була в межах норми. Після відновлення ОЦК хворій припинили інфузію дофаміну. Артеріальний тиск хвора утримувала самостійно, без уведення пресорних амінів.

Результати лабораторних досліджень до лікування

Клінічний аналіз крові: гемоглобін — 58 г/л, еритроцити — 1,75 Т/л, кольоровий показник — 0,9, ШОЕ 15 мм/год, лейкоцити — 25,3 Г/л, нейтрофіли: паличкоядерні — 16%, сегментоядерні — 76%, еозинофіли — 1%, лімфоцити — 6%, моноцити — 1%, гематокрит 20%, тромбоцити — 136 Г/л.

Коагулограма: протромбіновий індекс 66%, фібрин — 8 мг, фібриноген — 1,7 г/л.

Печінковий комплекс: загальний білок — 36 г/л, білірубін: загальний — 13,2 мкмоль/л, прямий — 1,7 мкмоль/л, непрямий — 11,5 мкмоль/л, АЛТ — 0,19 ммоль/л, АСТ — 0,33 ммоль/л, тимолова проба — 0,5 од., β-ліпопротеїди — 16 ум. од.

Цукор крові — 5,5 ммоль/л.

Нирковий комплекс: сечовина — 4,1 ммоль/л, азот сечовини — 1,9 ммоль/л.

Загальний аналіз сечі: відносна густина 1065, білок — 0,033%, лейкоцити — 0—1 у полі зору, епітеліальні клітини — одиничні у полі зору.

*Після проведеного лікування*

Клінічний аналіз крові: гемоглобін — 110 г/л, еритроцити — 4,0 Т/л, кольоровий показник — 0,9, ШОЕ 8 мм/год, лейкоцити — 8,0 Г/л, нейтрофіли: паличкоядерні — 6%, сегментоядерні — 72%, еозинофіли — 2%, лімфоцити — 19%, моноцити — 1%, гематокрит 39%, тромбоцити — 230 Г/л.

Печінковий комплекс: загальний білок — 65 г/л, білірубін: загальний — 10,8 мкмоль/л, прямий — 2,7 мкмоль/л, непрямий — 8,1 мкмоль/л, АЛТ — 0,36 ммоль/л, тимолова проба — 0,8 од., β-ліпопротеїди — 40 ум. од.

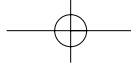
Коагулограма: протромбіновий індекс 73%, фібрин — 18 мг, фібриноген — 3,9 г/л.

Цукор крові — 4,5 ммоль/л.

Нирковий комплекс: сечовина — 2,1 ммоль/л, азот сечовини — 0,98 ммоль/л.

## Висновки

Кожну вагітну жінку має оглянути гінеколог, щоб виявити вади розвитку вагітності та ознаки



захворювання. Вчасно виявити патологію вагітності — це запобігти неочікуваним ускладненням у майбутньому. Черевна ектопічна вагітність є так само небезпечною, як істмічна та інтерстиціальна, і вимагає своєчасного оперативного втручання. Лікувальна установа повинна на випадок виявлення ектопічної вагітності мати засоби для вжиття протишокових заходів, загального знеболювання та швидкого розгортання операційної.

### Цитована література

1. Волкова Е. В. Консервативное лечение трубной беременности / Е. В. Волкова, Л. Ф. Гайдамакина // Здоровье женщины.— 2005.— № 2 (22).— С. 64–65.
2. Грязнова И. М. Внематочная беременность.— М.: Медицина, 2001.— 144 с.
3. Кулаков В. И. Оперативная гинекология / В. И. Кулаков, Н. Д. Селезнева, В. И. Краснопольский.— М.: Медицина, 2002.— 464 с.
4. Малевич К. И. Лечение и реабилитация при гинекологических заболеваниях / К. И. Малевич, П. С. Русакевич.— Минск: Вышейш. школа, 2004.— 368 с.
5. Скрипниченко Д. Ф. Неотложная хирургия брюшной полости.— К.: Здоров'я, 2000.— 350 с.
6. Усенко Л. В. Клиническая хирургия.— К.: Здоров'я, 2001.— 493 с.
7. Чайка В. Г. Випадок небажаної 16-тижневої вагітності в нетиповому додатковому рудиментарному розі матки 17-річної пацієнтки / В. Г. Чайка, Л. О. Матиціна, О. І. Соловійов // Здоровье женщины.— 2005.— № 1 (21).— С. 26–29.

### Случай 16-недельной внутрибрюшной беременности

*Н. Г. Компаниец, Л. Д. Мороз, Ю. И. Белик, Л. А. Волкова*

В статье рассмотрен редчайший случай внематочной беременности — внутрибрюшная беременность в сроке 16 недель. Самопроизвольное прерывание беременности сопровождалось массивным кровотечением и геморрагическим шоком. Оперативное вмешательство — надвлагалищная ампутация тела матки без придатков — выполнено под эндотрахеальным наркозом. Параллельно проводились противошоковые мероприятия. Течение послеоперационного периода без особенностей. Больная в удовлетворительном состоянии выписана домой.

### A case of 16-week intra-abdominal pregnancy

*M. H. Kompaniets', L. D. Moroz, Yu. I. Bielik, L. O. Volkova*

The article presents the rarest case of extrauterine pregnancy — the 16-week intra-abdominal pregnancy. The spontaneous pregnancy interruption was accompanied by a massive bleeding and hemorrhagic shock. The surgical intervention — supravaginal hysterectomy without appendages was executed under endotracheal narcosis. Antishock actions were fulfilled along with the surgery. The post-operative period coursed without any peculiarities. The patient was discharged from the hospital in satisfactory.

