



ХАРКІВСЬКА ХІРУРГІЧНА ШКОЛА

№ 3(72) 2015

Національна академія медичних наук України

ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії імені В. Т. Зайцева НАМН України»

Харківський національний медичний університет

«Харківська хірургічна школа» — медичний науково-практичний журнал

Заснований у листопаді 2000 р. Виходить 6 разів на рік

Засновник —

ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії імені В.Т. Зайцева НАМН України»

Свідоцтво про державну реєстрацію друкованого засобу масової інформації серія КВ № 20183-9983ПР від 20.08.2013 р.

Журнал внесено до переліку фахових видань у галузі медичних наук (Постанова президії ВАК України № 1-05/06 від 16.12.2009 р.)

Рекомендовано вченою радою ДУ «ІЗНХ імені В. Т. Зайцева НАМН України» (Протокол № 5 від 02.03.2015 р.)

Редактор
Н. В. Карпенко
Коректор
В. В. Теплинська
Адміністратор
К. В. Пономарьова
Перекладач
С. Ю. Басилайшвілі

Підписано до друку 05.03.2015 р.
Формат 60×84 1/8.

Папір офсетний. Друк офсетний.
Ум. друк. арк. 17,25.

Обл.-вид. арк. 15,15. Тираж 1000 пр.

Адреса редакції:

61018, м. Харків,
в'їзд Балакірева, 1.
Тел.: (057) 715-33-48
349-41-99
715-33-45

Видання віддруковане у ТОВ фірма «НТМТ» 61072, м. Харків, просп. Леніна, 58, к. 106 Тел. (057) 763-03-80

Розмножування в будь-який спосіб матеріалів, опублікованих у журналі, допускається лише з дозволу редакції

Відповідальність за зміст рекламних матеріалів несе рекламодавець

© «Харківська хірургічна школа», 2015

МЕДИЧНИЙ НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

Головний редактор В. В. Бойко

Заст. головного редактора
І. А. Криворучко

Заст. головного редактора
І. А. Тарабан

Відповідальний секретар
К. В. Мішеніна

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ:

П. А. Бездетко
М. М. Велігоцький
М. К. Голобородько
Т. Г. Григор'єва
В. Б. Давиденко
Б. М. Даценко
В. Г. Дуденко
О. О. Зайцев
Ю. І. Караченцев
В. В. Леонов
В. М. Лісовий
В. К. Логачов
В. І. Лупальцов
О. В. Малоштан
О. О. Павлов
М. В. Панченко
Б. І. Пеєв
В. І. Сипітий
В. О. Сипливий
В. І. Стариков
С. В. Сушков
А.К. Флоріян
О. М. Тищенко
Є. Д. Хворостов
С. І. Шевченко

РЕДАКЦІЙНА РАДА:

С. А. Андреєщев (Київ)
М. М. Бондаренко (Дніпропетровськ)
О. Ф. Возіанов (Київ)
В. К. Гринь (Донецьк)
М. Ф. Дрюк (Київ)
Ю. П. Зозуля (Київ)
І. В. Іоффе (Луганськ)
П. Г. Кондратенко (Донецьк)
М. Г. Кононенко (Суми)
Г. В. Книшов (Київ)
А. М. Лизіков (Гомель, Білорусь)
К. П. Павличенко (Донецьк)
Г. П. Ричагов (Мінськ, Білорусь)
Л. Г. Розенфельд (Київ)
В. Ф. Саєнко (Київ)
С. А. Сушков (Вітебськ, Білорусь)
М. І. Тутченко (Київ)
С. О. Шалімов (Київ)



Гастропластика илеоцекальным
 сегментом кишечника в эксперименте 113

В. А. Лазирский, В. Н. Лыхман

Морфологічне обґрунтування виникнення
 гострих венозних тромбозів 117

*К. В. Мішеніна, В. П. Невзоров,
 Д. В. Оклей*

Gastroplastyileocecal segment
 of intestine in the experiment. 113

V. A. Lazirsky, V. N. Lyhman

Morphological study of acute
 venous thrombosis. 117

*E. V. Mishenina, V. P. Nevzorov,
 D. V. Okley*

ЗАПИСКИ ПРАКТИЧНОГО ЛІКАРЯ

Осложнения лапароскопической
 пластики паховых грыж 123

*И. А. Криворучко, А. В. Сивожелезов,
 В. В. Чугай, О. Ю. Гербали*

Профілактика неспроможності
 товстокишкових анастомозів 126

*В. В. Леонов, А. В. Леонов, В. Я. Пак,
 Хамед Акіл Алі Ібрахім Аббас*

Complications of laparoscopic
 inguinal hernia plastics. 123

*I. A. Krivoruchko, A. V. Sivozhelezov,
 V. V. Chugai, O. Yu. Gerbali*

Prevention of colonic
 anastomosis failure 126

*V. V. Leonov, A. V. Leonov,
 V. Y. Pak, Hamed Abbas*

NOTES OF MEDICAL PRACTITIONER

ВИПАДОК З ПРАКТИКИ

Про ректоцеле 131

*М. Г. Кононенко, А. Г. Щербак,
 О. Г. Колеснікова, Б. О. Пазинюк, В. М. Дейнека*

Комплексне лікування важкої
 хірургічної інфекції на тлі зміненої
 реактивності організму. 133

*С. Є. Подпратов, І. О. Белоусов,
 В. П. Корчак, С. С. Подпратов, В. В. Іваха*

Кровоточащий дивертикул Меккеля 136

А. В. Капшитарь

Атипичний перебіг міхурового заносу 139

О. В. Салтовський

CASE FROM PRACTICE

About rectocele 131

*M. H. Kononenko, A. H. Shcherbak,
 O. H. Kolesnikova, B. O. Pazynyuk, V. M. Dejneka*

Complex treatment of severe
 surgical infections in abnormal
 organism reactivity 133

*S. E. Podpryatov, I. O. Belousov,
 V. P. Korchak, S. S. Podpriiatov, V. V. Ivaha*

Mekkel's bleeding diverticulum 136

A. V. Kapshitar

Atypical for horologe drift 139

O. V. Saltovskiy



О. В. Салтовський

АТИПОВИЙ ПЕРЕБІГ МІХУРОВОГО ЗАНОСУ*Харківський національний
медичний університет*

© О. В. Салтовський

Резюме. Проведено аналіз історії хвороби пацієнтки з атипичним перебігом міхурового заносу. Відмічено особливості проведення діагностики, диференційної діагностики та лікування даного захворювання. Представлений огляд літератури з приводу специфіки обстеження, складнощів діагностики, клінічного ведення випадків МЗ та шляхів профілактики ускладнень.

Ключові слова: міхуровий занос, аномалії трофобласту, трофобластична хвороба, трофобластична неоплазія, аномалії плодових оболонок, патологія вагітності, хоріонічний гонадотропін, ХГЧ.

Вступ

Трофобластична хвороба (ТХ) – це доброякісний або злоякісний пухлиноподібний ріст тканини трофобласта. Згідно Міжнародної класифікації хвороб (МКХ-10) до ТХ відносяться простий міхуровий занос (МЗ) (повний або частковий), інвазивний МЗ, хоріокарцинома або хоріоепітеліома, трофобластична пухлина плацентарного ложа, епітеліоклітинна трофобластична пухлина [1, 4].

Міхуровий занос (МЗ) є однією з найчастіших форм трофобластичної хвороби. Ще Гіппократ у IV віці до н.е. описував міхурову вагітність, давши їй назву водянки матки. Вперше термін «міхурів заносок» використав William Smellie в 1700 г. МЗ розділяють на повний або частковий простий – відносно доброякісна форма, коли пухлина обмежена трофобластом, та інвазивний – коли пухлина проростає в біометрії [5].

Існує декілька теорій виникнення МЗ: вірусна, імунологічна, ферментативну та ін. Останнім часом патогенетичні зміни під час даного захворювання вважаються результатом генетичного порушення вагітності, коли відсутнє або неактивне ядро яйцеклітини запліднюється двома сперматозоїдами або виникає дуплікація генетичного матеріалу сперматозоїда та, як наслідок з мезодермального зародкового листка формується МЗ [2].

Характерною особливістю МЗ є значна продукція хоріонічного гонадотропіну, та з'явлення характерних змін в організмі жінки, наявність яких є основним діагностичним критерієм [1, 4].

Матеріали та методи дослідження

До гінекологічного відділення надійшла хвора, 15 років, учениця загальноосвітньої школи з підозрою на міхуровий занос. З анамнезу з'ясовано, що остання менструація була 3 місяці (13 тижнів) тому, в очікуваний термін, пройшла без особливостей. На протязі останнього року хвора живе статевим життям,

використовує календарний метод контрацепції та метод перерваного статевого акту.

Основними скаргами при надходженні були аменорея та пальпація хворою пухлиноподібного утворення у нижніх відділах черевної порожнини, яке хвора виявила 2 дні тому.

Під час глибокої пальпації через передню черевну стінку виявлено, безболісне щільне пухлиноподібне утворення, верхня частина якого виходила за лобковий симфіз та знаходилася на середині відстані між симфізом та пупком.

Під час проведення гінекологічного дослідження виявлено: зовнішні статеві органи розвинуті звичайно; в дзеркалах: слизова піхви та шийки матки не ерозована, звичайного кольору, шийка матки циліндричної форми, має звичайні розміри; бімануально: піхва ємна, без патологічних змін, шийка матки циліндричної форми, звичайних розмірів, не деформована, безболісна під час руху, у ділянці матки визначається пухлино подібне утворення розмірами до 20 тижнів вагітності, туго еластичної консистенції, безболісне під час пальпації, матка та її додатки чітко не визначаються, параметрії вільні.

Під час ректального дослідження жодних патологічних змін прямої кишки не виявлено.

Жінці було проведено відповідне загальноклінічне обстеження та додаткові методи діагностики.

Під час ультразвукового дослідження визначалося пухлиноподібне утворення (імовірно матка), яке виходило з малого тазу, розмірами 20×18×18 см, з численими комірчастими структурами на тлі ділянок підвищеної інтенсивності, яєчник ліворуч розмірами 2×3 см нормальної ехоструктури, яєчник праворуч – 3×3 см з ехонегативним включенням до 2см в діаметрі (жовте тіло). Заключення: міхуровий занос?

Звертав на себе увагу слабопозитивний результат експрес-тесту на наявність хоріонічного гонадотропіну (ХГ) – бліда друга смужка



на тесті, яка не з'являлася після розведення сечі вдвоє.

Результати стандартних загально клінічних обстежень (визначення групи крові та резус-фактору, загальний аналіз крові та сечі, цукор кров, бактеріоскопічний аналіз виділень із 3-х точок, біохімічні показники крові) були у межах норми.

Враховуючи скарги пацієнтки, анамнез захворювання, отримані результати клініко-лабораторних досліджень при надходженні встановлено попередній діагноз: Міхуровий занос? Кистома яєчника? Лейоміома матки?

Вищевикладене вимагало для встановлення вірного діагнозу проведення ретельного диференціювання різних, у тому разі злоякісних, форм трофобластичної хвороби та можливих інших захворювань.

Гістологічна форма ТХ має важливе прогностичне значення, інвазивний МЗ, хоріокарцинома, трофобластична пухлина плацентарного ложа та епітеліоклітинна трофобластична пухлина розглядаються як злоякісні новоутворення та потребують більш радикального лікування [3].

Під час простого МЗ частіше та в більшій мірі, ніж під час вагітності, спостерігаються різні ознаки вагітності, такі як зміни в апетиті, нюхових відчуттях, нервовій системі (дратівливість, зміни настрою та ін.), спостерігається блювання різного ступеня тяжкості, поява молозива, ціаноз слизової піхви та шийки матки, гіперпигментація шкіри. Також для даного захворювання характерні симптоми, які обумовлені значним підвищенням рівня ХГ: наявність двобічних тека-лютеїнових кіст, визначається альбумінурія і набряки, артеріальна гіпертензія, іноді — різке схуднення, іноді в пацієнток з'являються симптоми гіпертиреозу, що зумовлено взаємодією ХГ з рецепторами тиреотропного гормону. В процесі розвитку МЗ майже завжди з'являються кров'яні виділення різного характеру, часто — біль унизу живота і в попереку. У разі повного МЗ злоякісна трансформація елементів трофобласту трапляється частіше, ніж при частковому МЗ.

Інвазивний МЗ може розвиватися одночасно з простим, але швидко та глибоко проникає у міометрій. Даний тип МЗ значно частіше трансформується у хоріокарциному. Морфологічно даний діагноз можливо підтвердити під час гістологічного дослідження видаленої матки або метастатичного вогнища.

Хоріокарцинома має змішану морфологічну структуру з епітелію трофобласту, яка характеризується центральним некрозом із збереженням життєздатних клітин на периферії. Ця пухлина має здатність до швидкої глибокої інвазії в оточуючі тканини та стінки судин, що

обумовлює раннє виражене метастазування до інших органів. Першими клінічними ознаками даної пухлини є кровотечі або симптоми росту віддалених метастазів.

Трофобластична пухлина плацентарного ложа виникає на плацентарній частині трофобласту. Пухлина здатна до інфільтраційного росту, проникнення до стінки судин та, як наслідок, характерними є кров'яні виділення різної інтенсивності. Також для даної форми ТХ характерним є незначне підвищення ХГ. Для діагностики використовується визначення плацентарного лактогену (ПЛ) у сироватці крові та імуногістохімічне дослідження видалених тканин з ПЛ. Слід відзначити, що у переважній більшості випадків даний тип ТХ розвивається після пологів, є солідною пухлиною, росте у бік порожнини матки та проростає периметрій та сусідні органи.

Епітеліоклітинна трофобластична пухлина розвивається з клітин проміжного слою трофобласту, ворсини відсутні, наявні скупчення атипичних моноклеарних трофобластичних клітин та елементів синцитіотрофобласта. При гістологічному дослідженні виявляються скупчення трофобластичних клітин з вираженими некрозами. Дана форма ТХ характеризується вузловою формою росту з інвазією в міометрій. При імуногістохімічному дослідженні дана пухлина позитивна по наявності а-інгібіну, цитокератину, епідермальному фактору росту, лише центральна частина пухлини позитивна до ПЛ та ХГ.

Часом, згідно наших спостережень та даних літератури, вузли лейоміоми матки, особливо великих розмірів, можуть мати ділянки гіалінової або слизової дегенерації та некрозу, що ехографічно може виглядати як «снігова буря» у разі МЗ.

У деяких частково солідних пухлин яєчників внутрішня структура може мати ехографічну картину схожу на МЗ.

Результати дослідження та їх обговорення

Враховуючи вищевикладене хворій для уточнення діагнозу проведено комп'ютерну томографію органів черевної порожнини за даними якої метастазів не виявлено, визначалося пухлино подібне утворення, але неможливо було чітко від диференціювати МЗ від кістоми яєчника; з метою виключення онкопатології яєчників проведено визначення онкомаркерів Ca-125 та HE4 — результат виявився негативним; з метою виключення імовірних пухлин товстого кишечника проведена ірігографія — органічної патології не виявлено; з метою виключення імовірних пухлин шлунку проведена фіброгастроскопія — патології не виявлено; для виключення інвазивної форми МЗ та



інших злоякісних форм ТХ було застосовано кольорову доплерографію – у товщі імовірного міометрію не виявлено збільшення судин, у разі злоякісного перебігу ТХ метастази можуть розповсюджуватися у будь-які органи гематогенним та лімфогенним шляхами, у зв'язку з чим проведена рентгенографія органів грудної клітини – пухлин не виявлено; під час визначення вмісту ХГ у крові отриман результат – 34 мМО/мл, який є сумнівним навіть для вагітності раннього терміну.

Таким чином з діагностичною метою було вирішено провести зондування матки. У разі нормальних її розмірів виключався діагноз ТХ на користь кістоми яєчників або лейоміоми з порушенням трофіки, що потребувало трансабдомінального доступу та видалення пухлини. У разі діагностування збільшення порожнини матки планувалося провести лікувально-діагностичне вишкрібання матки та, у разі крайньої необхідності, її видалення, матеріал зішкрібу обов'язково надсилався на інтраопераційну цитологічну експрес-діагностику.

Враховуючи, що інвазивні форми МЗ мають здатність до глибокого та швидкого проростання в міометрій, спроможність маткової стінки різко знижується, що в свою чергу може викликати важку інтраопераційну кровотечу. Це вимагає проведення будь-яких лікувально-діагностичних маніпуляцій в умовах розгорнутої операційної [2, 3].

Було проведено зондування матки, її порожнина збільшена до 20 см за зондом, проведено фракційне вишкрібання матки. Отриманий зіскріб макроскопічно нагадував тканину МЗ, проведена його евакуація. Для профілактики геморагічних ускладнень інтраопераційно застосовані утеротонічні засоби окситоцин 10 ОД з розчином NaCl 0,9% - 400мл в/в крапельно, метилергобrevин 1,0 в/в, також застосована антибіотико профілактика – цефтриаксон 2,0 з лідокаїна гідро хлоридом 2%-2,0 в/м одноразово.

В післяопераційному періоді проведена профілактика персистенції трофобласта шляхом застосування метотрексату у дозі 1 мг/кг внутрішньом'язово одноразово. На протязі 7 діб перебування в стаціонарі за даними бімануального дослідження та УЗД матка скоротилася до нормальних розмірів, виділення зі статевих шляхів стали слизовими, рівень ХГ як раніше був низьким.

Гістологічне дослідження матеріалу зішкрібу виявило наявність тканини, яка структурно відповідала простому МЗ.

Гістологічне дослідження є найнадійнішим методом, однак морфологічна діагностика надзвичайно складна, оскільки важко відрізнити хоріонкарциному від нормального трофобласту, особливо на ранніх стадіях його розвитку. Наступна малігнізація та розвиток злоякісної пухлини – хоріокарциноми, є небезпечним ускладненням, його імовірність за даними ряда авторів становить до 25% випадків МЗ. Це диктує необхідність подальшого спостереження за хворою в умовах онкоцентру на протязі від 6 місяців до 2 років.

Оскільки рівень ХГ у сироватці крові з початку захворювання був майже відсутнім, то класичне визначення ХГ в післяопераційному періоді в динаміці втрачало вирішальне значення. У даному випадку на перше місце виходили клінічні прояви можливого рецидиву та малігнізації у вигляді кров'янистих виділень зі статевих шляхів, збільшення розмірів матки та діагностика клінічної картини розвитку метастазів у лімфатичних вузлах, органах малого тазу та інших органів, в першу чергу легенів.

Для цього жінці окрім загального фізикального обстеження проводилося УЗД в динаміці кожні 2 тижні на протязі 3 місяців, та надалі 1 раз на 3 місяця на протязі 2 років.

З профілактичною метою біли призначені синтетичні прогестини, які знижують рівень ЛГ, рекомендовано утримуватися від вагітності протягом 2 років.

Висновки

В науковій літературі дуже рідко та взагалі описуються випадки низького рівня ХГ під час МЗ, тому вважаємо вищенаведений випадок цікавим та корисним лікарям практичної медицини. Частіше під час ТХ, та особливо у випадках МЗ, рівень ХГ у декілька разів перевищує нормальний, що є основною клініко-діагностичним критерієм встановлення даного діагнозу.

Але, враховуючи вищезазначене, не зважаючи на загальноприйняту думку, що до високого рівня ХГ у хворих на МЗ, даний випадок чітко демонструє можливість протилежного. Слід пам'ятати, що у кожному правилі є виключення, особливо це стосується медицини.



ЛІТЕРАТУРА

1. Спонтанный синдром гиперстимуляции яичников при одноплодной беременности (описание случая) / Назаренко Т.А., Корнеева И.Е., Сароян Т.Т., Веряева Н.А. // Проблемы репродукции. - № 1. - 2009. - С. 72-75.
2. Berkowitz R.S. Current management of gestational trophoblastic diseases/ Berkowitz R.S., Goldstein D.P. // Gynecol. Oncol. - №112. - 2009. - P.654-662.
3. Berkowitz R.S. Clinical practice. Molar pregnancy. / Berkowitz R.S., Goldstein D.P. // N. Engl. J. Med. - №360. - 2008. - P. 1639-1645.
4. Braga A. Is adolescence a risk factor for postmolar gestational trophoblastic neoplasia? / Braga A., Growdon W., Bernstein M. // CME J. Gynecol. Oncol. - №5. - 2009. - P. 94-98
5. Changes of clinical features in hydatidiform mole: analysis of 113 cases/ Hou J.L., Wan X.R., Xiang Y., Qi Q.W., and Yang X.Y.// Journal of Reproductive Medicine for the Obstetrician and Gynecologist. - Vol. 53(8). - 2008. - P. 629-633

АТИПИЧНОЕ ТЕЧЕНИЕ
ПУЗЫРНОГО ЗАНОСА*О. В. Салтовский*

Резюме. Проведен анализ истории болезни пациентки с атипичным течением пузырного заноса. Отмечены особенности проведения диагностики, дифференциальной диагностики и лечения данного заболевания. Представлен обзор литературы по поводу специфики обследования, сложностей диагностики, клинического ведения случаев пузырного заноса и профилактики осложнений.

Ключевые слова: пузырный занос, аномалии трофобласта, трофобластическая болезнь, трофобластическая неоплазия, аномалии плодных оболочек, патология беременности, хорионический гонадотропин, ХГЧ.

ATYPICAL FOR HOROLOGE
DRIFT*О. V. Saltovskiy*

Summary. The analysis of the medical history of the patient with atypical course molar pregnancy. The peculiarity of the diagnosis, differential diagnosis and treatment of this disease. The review of literature about specific survey difficulties of diagnosis, clinical management of cases of molar pregnancy and ways to prevent complications.

Key words: molar pregnancy, hydatidiform mole, abnormal trophoblast, trophoblastic disease, trophoblastic neoplasia, abnormalities of amniotic membranes, pregnancy pathology, human chorionic gonadotropin, hCG.