

УДК 618.3-089.888.11+57.16:616.34-007.272-002.6

**В.Л. Дронова<sup>1</sup>, О.І. Дронов<sup>1,2,3</sup>, О.М. Мокрик<sup>1</sup>,  
П.П. Бакунець<sup>1,2,3</sup>, Ю.П. Бакунець<sup>1,2,3</sup>**

## **Клінічний випадок гострої кишкової непрохідності під час вагітності в пацієнтки з екстракорпоральним заплідненням та великим інтергенетичним інтервалом**

<sup>1</sup>ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені академіка О.М. Лук'янової НАМН України», м. Київ

<sup>2</sup>Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

<sup>3</sup>Київська міська клінічна лікарня № 10, Україна

Ukrainian Journal of Perinatology and Pediatrics. 2021.3(87): 77-82; doi 10.15574/PP.2021.87.77

**For citation:** Dronova VL, Dronov OI, Mokrik OM, Bakunets PP, Bakunets YuP. (2021). Clinical case of sharp bowel obstruction during pregnancy for a patient with an extracorporeal impregnation and large intergenetic interval. Ukrainian Journal of Perinatology and Pediatrics. 3(87): 77-82. doi 10.15574/PP.2021.87.77

Велике значення в розвитку гострої кишкової непрохідності (ГКН) має зміна кінетики кишечника в період вагітності. У вагітних сповільнюється ритмічна функція кишечника внаслідок підвищення порогу збудливості його рецепторів до біологічно активних речовин.

Наведено огляд сучасних літературних джерел з проблеми гострої кишкової непрохідності у вагітних.

За даними зарубіжних літературних джерел, частота кишкової непрохідності у вагітних становить 1:3600–1:66000, а ускладнення хвороб органів травлення посідають 4-те місце серед причин материнської смертності під час вагітності — 9%.

За даними вітчизняних наукових джерел, частота, з якою кишкова непрохідність зустрічається у вагітних, дорівнює 1:40000–1:50000 пологів, летальність досягає 35–50%, мертвороджуваність — 60–75%.

Розвиток захворювання спричиняють фізіологічні зміни в організмі вагітної жінки. Зі збільшенням терміну вагітності відбуваються зміни анатомічних взаєморозташувань органів черевної порожнини. Починаючи з II триместру вагітності, матка виходить за межі малого тазу та поступово займає всю черевну порожнину. Збільшення розміру матки, обумовлене гіпертрофією та гіперплазією м'язових волокон, навколоплодовими водами, ростом плода, призводить до підвищення внутрішньочеревного тиску, зміщення тонкого кишечника та попереково-ободової кишки доверху, тим самим створюючи умови для здавлювання петель кишечника, вузлуотворення, розвитку закріплів.

Представлено сучасну класифікацію, клініку, діагностику та методи лікування цієї хірургічної патології.

Описано **клінічний випадок** гострої кишкової непрохідності у 51-річної вагітної з шостою бажаною вагітністю, яка настала в результаті допоміжних репродуктивних технологій та великим інтергенетичним інтервалом.

Лікування кишкової непрохідності у вагітних здійснюють і хірург, і акушер-гінеколог. Консервативні лікувальні заходи проводяться одночасно з діагностичними процедурами. Відсутність ефекту від консервативної терапії протягом 2 год є показанням для оперативного втручання. Основна мета хірургічного втручання — усунути причини кишкової непрохідності та відновити функцію кишечника. Обсяг оперативного втручання визначається в кожному конкретному випадку індивідуально та залежить від виду ГКН і давності захворювання.

Обрана тактика ведення передопераційного періоду, обсяг виконаного оперативного втручання, анестезіологічне забезпечення та адекватне ведення післяопераційного періоду дають змогу вилікувати гостру хірургічну патологію, зберегти бажану вагітність, уникнути розвитку акушерських і хірургічних гнійно-септичних ускладнень.

Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. На проведення досліджень отримано інформовану згоду жінки.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

**Ключові слова:** гостра кишкова непрохідність, вагітність, екстракорпоральне запліднення, великий інтергенетичний інтервал.

### **Clinical case of sharp bowel obstruction during pregnancy for a patient with an extracorporeal impregnation and large intergenetic interval**

**V.L. Dronova<sup>1</sup>, O.I. Dronov<sup>1,2,3</sup>, O.M. Mokrik<sup>1</sup>, P.P. Bakunets<sup>1,2,3</sup>, Yu.P. Bakunets<sup>1,2,3</sup>**

<sup>1</sup>SI «Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology named after academician O.M. Lukyanova of the NAMS of Ukraine», Kyiv

<sup>2</sup>Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

<sup>3</sup>Kyiv regional clinical hospital No.10, Ukraine

The great importance in the development of acute intestinal obstruction (AIO) is the change in intestinal kinetics during pregnancy. In pregnant women, the rhythmic function of the intestine slows down due to an increase in the threshold of excitability of its receptors to biologically active substances.

The article provides an overview of modern literary sources on the problem of acute intestinal obstruction in pregnant women.

According to foreign literature sources, the incidence of intestinal obstruction in pregnant women is 1:3600–1:66000, and complications of diseases of the digestive system rank 4th among the causes of maternal mortality during pregnancy — 9%.

According to domestic scientific sources, the frequency with which intestinal obstruction occurs in pregnant women is 1:40000–1:50000 births, mortality reaches 35–50%, stillbirth — 60–75%.

The development of the disease is caused by physiological changes in the body of a pregnant woman. With increasing gestational age there are changes in the anatomical arrangement of the abdominal organs. From the second trimester of pregnancy, the uterus extends beyond the pelvis and gradually occupies the entire abdominal cavity. The increase in the size of the uterus due to hypertrophy and hyperplasia of muscle fibers, amniotic fluid, fetal growth, leads to increased intra-abdominal pressure, displacement of the small intestine and lumbar colon up, thereby creating conditions for compression of intestinal loops, nodules, development. The modern classification, clinic, diagnostics and methods of treatment of this surgical pathology are presented.

The author presents his own clinical case of acute intestinal obstruction in a 51-year-old pregnant woman with the sixth desired pregnancy, which occurred as a result of assisted reproductive technologies and a large intergenetic interval.

Both surgeon and obstetrician-gynecologist treat intestinal obstruction in pregnant women. Conservative treatment is carried out simultaneously with diagnostic procedures. No effect of conservative therapy for 2 hours is an indication for surgery. The main purpose of surgery is to eliminate the causes of intestinal obstruction and restore bowel function. The scope of surgery is determined in each case individually and depends on the type of AIO and the age of the disease.

The chosen tactics of the preoperative period, the volume of surgery, anesthesia and adequate management of the postoperative period can cure acute surgical pathology, maintain the desired pregnancy, avoid the development of obstetric and surgical purulent-septic complications.

The research was carried out in accordance with the principles of the Helsinki declaration. The informed consent of the patient was obtained for conducting the studies.

No conflict of interest was declared by the authors.

**Key words:** sharp bowel obstruction, pregnancy, extracorporeal impregnation, large intergenic interval.

## Клинический случай острой кишечной непроходимости во время беременности у пациентки с экстракорпоральным оплодотворением и большим интергенетическим интервалом

В.Л. Дронова<sup>1</sup>, О.И. Дронов<sup>1,2,3</sup>, А.М. Мокрик<sup>1</sup>, А.Н. Бакунец<sup>1,2,3</sup>, Ю.П. Бакунец<sup>1,2,3</sup>

<sup>1</sup>ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии имени академика Е.М. Лукьяновой НАМН Украины», г. Киев

<sup>2</sup>Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, г. Киев, Украина

<sup>3</sup>Киевская областная клиническая больница № 10, Украина

Большое значение в развитии острой кишечной непроходимости (ОКН) имеет изменение кинетики кишечника в период беременности. У беременных замедляется ритмическая функция кишечника вследствие повышения порога возбудимости его рецепторов к биологически активным веществам.

Приведен обзор современных литературных источников по проблеме острой кишечной непроходимости у беременных.

По данным зарубежных литературных источников, частота кишечной непроходимости у беременных составляет 1:3600–1:66000, а осложнения болезней органов пищеварения занимают 4-е место среди причин материнской смертности во время беременности — 9%.

По данным отечественных научных источников, частота, с которой кишечная непроходимость встречается у беременных, равно 1:40000–1:50000 родов, летальность достигает 35–50%, мертворождаемость — 60–75%.

Развитие заболевания вызывают физиологические изменения в организме беременной женщины. С увеличением срока беременности происходят изменения анатомического взаиморасположения органов брюшной полости. Начиная со II триместра беременности, матка выходит за пределы малого таза и постепенно занимает всю брюшную полость. Увеличение размера матки, обусловленное гипертрофией и гиперплазией мышечных волокон, околоплодными водами, ростом плода, приводит к повышению внутрибрюшного давления, смещению тонкого кишечника и пояснично-ободочной кишки вверх, тем самым создавая условия для сдавливания петель кишечника, узлообразования, развития запоров.

Представлена современная классификация, клиника, диагностика и методы лечения этой хирургической патологии.

Описан клинический случай острой кишечной непроходимости у 51-летней беременной с шестой желанной беременностью, наступившей в результате вспомогательных репродуктивных технологий и большим интергенетическим интервалом.

Лечение кишечной непроходимости у беременных осуществляют и хирург, и акушер-гинеколог. Консервативные лечебные мероприятия проводятся одновременно с диагностическими процедурами. Отсутствие эффекта от консервативной терапии в течение 2 ч является показанием для оперативного вмешательства. Основная цель хирургического вмешательства — устранить причины кишечной непроходимости и восстановить функцию кишечника. Объем оперативного вмешательства определяется в каждом конкретном случае индивидуально и зависит от вида ОКН и давности заболевания.

Выбранная тактика ведения предоперационного периода, объем выполненного оперативного вмешательства, анестезиологическое обеспечение и адекватное ведение послеоперационного периода позволяют вылечить острую хирургическую патологию, сохранить желаемую беременность, избежать развития акушерских и хирургических гнойно-септических осложнений.

Исследование выполнено в соответствии с принципами Хельсинкской декларации. На проведение исследований получено информированное согласие женщины.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

**Ключевые слова:** острая кишечная непроходимость, беременность, экстракорпоральное оплодотворение, большой интергенетический интервал.

Гостра кишкова непрохідність (ГКН) — це патологічний синдром, що об'єднує різні захворювання, які призводять до порушення пасажу по кишці внаслідок механічної перепони або недостатньої рухової функції кишки.

За даними зарубіжних літературних джерел, частота кишкової непрохідності у вагітних становить 1:3600–1:66000, а ускладнення хвороб органів травлення посідають 4-те місце серед причин материнської смертності під час вагітності — 9%.

За даними вітчизняних наукових джерел, частота, з якою кишкова непрохідність зустрічається у вагітних, дорівнює 1:40000–1:50000 пологів, летальність досягає 35–50%, мертворождаваність — 60–75% [1].

У 70% жінок ця патологія реєструється в II–III триместрі вагітності, рідше — у I три-

местрі (15,5%), значно рідше — у пологах і післяпологовому періоді.

Розвиток захворювання спричиняють фізіологічні зміни в організмі вагітної жінки. Зі збільшенням терміну вагітності відбуваються зміни анатомічних взаєморозташувань органів черевної порожнини. Починаючи з II триместру вагітності, матка виходить за межі малого таза та поступово займає всю черевну порожнину. Збільшення розміру матки, обумовлене гіпертрофією та гіперплазією м'язових волокон, навколоплодовими водами, ростом плода, призводить до підвищення внутрішньочеревного тиску, зміщення тонкого кишечника та попереково-ободової кишки доверху, тим самим створюючи умови для здавлювання петель кишечника, вузлоутворення, розвитку закрів.

З іншого боку, опускання голівки плода в малий таз наприкінці вагітності, вилив навко-

лоплодових вод обумовлюють зменшення об'єму матки та внутрішньочеревного тиску після пологів. Різде зниження внутрішньочеревного тиску призводить до раптового переміщення тонкого кишечника, підвищення рухомості петель кишечника, що також може спричинити вузлуотворення, заворот, тобто розвиток странгуляційної кишкової непрохідності.

Велике значення в розвитку ГКН має зміна кінетики кишечника в період вагітності. У вагітних сповільнюється ритмічна функція кишечника внаслідок підвищення порогу збудливості його рецепторів до біологічно активних речовин. Простагландини підвищують тонус гладкої мускулатури та здатні активізувати кишечник, але під час вагітності він стає несприйнятливим до фізіологічних подразників, тому що надмірне підвищення перистальтики кишечника внаслідок загальної з маткою іннервації може активізувати її скоротливу діяльність. Отже, зниження тонуусу кишечника під час вагітності є захисною реакцією. Підвищення концентрації прогестерону та його метаболітів за фізіологічного перебігу вагітності викликає активацію інгібуєчого гастроінтестинального гормону, який також викликає розслаблення гладких м'язів, у тому числі кишечника [3].

Здавлення кишечника маткою в другій половині вагітності призводить до венозного стазу, часткового порушення кровопостачання кишечника, а це відображається на його перистальтиці та евакуаторній функції. Під час вагітності характерним є гіпокінетичний тип моторики товстого кишечника зі зменшенням амплітуди перистальтичних і тонічних скорочень у разі нормальних показників частоти скорочень [3]. Гіпотонія кишечника призводить до розвитку дискінезії та закрепів, що можна віднести до факторів розвитку ГКН.

Порушення рухової активності кишечника значною мірою визначається психогенними факторами. За літературними даними, майже у всіх вагітних, які страждають на закрепи, спостерігаються явища неврозу: тривожність, емоційна лабільність, безпричинні страхи [3]. До інших факторів ризику виникнення ГКН належать хронічні запальні процеси, злуки, зрощення, ускладнений перебіг післяопераційного періоду в минулому.

**Класифікація** ГКН (за морфофункціональним принципом):

1. Динамічна (функціональна) непрохідність:

- спастична;
- паралітична;

2. Механічна непрохідність:

— странгуляційна:

а) защемлення в гризових воротах;

б) заворот;

в) вузлуотворення.

— обтураційна:

а) обтурація кишки ззовні (пухлиною, запальним інфільтратом);

б) обтурація просвіту стороннім тілом (каловим або жовчним конкрементом; безоаром);

в) обтурація внаслідок патологічних процесів у стінці кишки (пухлина, рубцева стриктура, запальні зміни стінки);

— змішана:

а) інвагінація;

б) спайкова.

За рівнем обструкції виділяють тонкокишкову (високу та низьку) і товстокишкову непрохідність. За розвитком патологічного процесу виділяють три стадії:

— гостре порушення кишкового пасажу;

— розлад внутрішньостінкової кишкової гемоциркуляції;

— перитоніт.

### **Клініка**

Клінічні прояви захворювання у вагітних залежать від варіанта та рівня кишкової непрохідності й терміну вагітності. Біль, як правило, є передвісником початку захворювання. Біль носить сильний характер. На початковому етапі розвитку ГКН має відмежований характер, потім стає розлитим, поширюється по всьому животу, а також може мати і нападоподібний характер. З часом напади болю (перистальтика кишечника) припиняються, що свідчить про розвиток паралічу кишечника та є несприятливою прогностичною ознакою.

Блювання виникає майже одночасно з больовим синдромом. На початку захворювання блювотні маси містять залишки їжі, у подальшому стають жовчаними, зеленуватими, потім приєднується «калове» блювання, що також є несприятливою прогностичною ознакою. Блювання може бути безперервним за високої кишкової непрохідності та носити одноразовий, рідкий характер за низької кишкової непрохідності. Досить часто блювання супроводжується гикавкою та відрижкою.

Патогномонічні симптоми, такі як припинення відходження газів та калових мас, розвиток метеоризму, на жаль, не є абсолютними за поєднання кишкової непрохідності та вагітності. У разі високої кишкової непрохідності у

## КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

вагітних можливе випорожнення з відходженням газів із нижніх відділів кишечника, однак воно не несе відчуття спорожнення кишечника та полегшення. Затримка газів супроводжується метеоризмом — здуттям кишечника та припиненням його перистальтики.

### Діагностика

Специфічні симптоми ГКН виявляються під час огляду живота, пальпації, перкусії та аускультатії кишечника [4]. Під час вагітності збільшений у розмірах за рахунок вагітної матки живіт приховує свою асиметрію та метеоризм.

При пальпації живіт м'який, болісний, може спостерігатися підвищення тонуусу матки. За перкусії характерною ознакою є тимпаніт з металічним відтінком (симптом Ківуля), ділянки здуття кишечника та інколи накопичення рідини в петлях кишечника та черевній порожнині. Під час аускультатії можна почути високотональні звуки внаслідок переміщення рідини і газів, «шум падаючої краплі» — переміщення рідини в сильно роздутих петлях кишечника (симптом Спасокукоцького—Вільмса). «Шум плеску» визначається при струсу черевної стінки (симптом Скларова). У разі розвитку паралічу кишечника «шуми» не виявляються.

Діагностика кишкової непрохідності під час вагітності, особливо в III триместрі, викликає значні труднощі, обумовлені великими розмірами вагітної матки, яка заповнює майже всю черевну порожнину, тому симптоми ГКН проявляються із запізненням [4]. Слід зазначити, що під час вагітності відмічається недостатня імунна відповідь, обумовлена фізіологічною імуносупресією та недостатньою поліморфною активністю мононуклеарно-фагоцитарної системи клітин [2]. Спеціальні додаткові методи дослідження у вагітних проводяться за показаннями, за умови відсутності ризику погіршення стану пацієнтки, негативного впливу на подальший перебіг вагітності та розвиток плода. На цей час розроблені та успішно використовуються ультразвукові критерії ГКН: наявність симптому внутрішньопросвітлого депонування рідини з анехогенними включеннями, збільшення діаметра кишки >2–3 см, візуалізація складок та грубий рельєф слизової, потовщення стінки тонкої кишки >4 мм, м'яконоподібний характер перистальтичних рухів або відсутність перистальтики кишки, наявність вільної рідини в черевній порожнині. Застосування рентгенологічних методів дослідження різко обмежене під час вагітності,

у зв'язку з їх негативним впливом на процес ембріогенезу і розвиток плода.

### Лікування

Лікування кишкової непрохідності у вагітних здійснюють і хірург, і акушер-гінеколог. Консервативні лікувальні заходи проводяться одночасно з діагностичними процедурами. Відсутність ефекту від консервативної терапії протягом 2 год є показанням для оперативного втручання. Основна мета хірургічного втручання — усунути причини кишкової непрохідності та відновити функцію кишечника. Обсяг оперативного втручання визначається в кожному конкретному випадку індивідуально та залежить від виду ГКН й давності захворювання.

### Клінічний випадок

*Пацієнтка М.*, віком 51 рік, звернулася зі скаргами на біль у верхній частині живота оперізуючого характеру, однократне блювання вранці жовцю жовто-зеленого кольору.

Пацієнтка захворіла раптово чотири доби тому ввечері, коли після вживання рідкого питного йогурту та свіжої малини (за 1 год після вживання йогурту) розпочалося багаторазове блювання, спочатку з'їденою їжею, потім жовцю і шлунковим соком. Газу не відходили. Випорожнення не було протягом 3 діб.

На ранок наступного дня пацієнтка звернулася по допомогу до однієї з приватних клінік м. Києва, в якій лікувалася до надходження до відділення оперативної гінекології ДУ «ІПАГ імені академіка О.М. Лук'янової НАМН України».

Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. На проведення досліджень отримано інформовану згоду жінки.

**Акушерсько-гінекологічний анамнез:** VI вагітність, настала завдяки допоміжним репродуктивним технологіям (I — 1985 р. — завмерла вагітність до 12 тиж; II — 1988 р. — передчасні пологи на 32-му тижні — хлопчик, живий, здоровий; III–V — 1992, 1999, 2003 рр. — медичні аборти в малому терміні у зв'язку з вираженим раннім гестозом), інтергенетичний інтервал становить 19 років, на цей момент зберігаючи терапію не отримує. Застосовує L-тироксин у дозі 50 мкг на добу.

Оперативне втручання в 1993 р. з приводу апоплексії лівого яєчника (лапаротомія).

Протягом 4 останніх років страждає на артеріальну гіпертензію II ст.

За даними анамнезу, у пацієнтки полівалентна алергія: на ін'єкційний розчин анальгіну; антибіотики групи цефалоспоринов II поко-



ління; нестероїдні протизапальні препарати (ібупрофен, аспірин); продукти харчування.

За результатами об'єктивного обстеження: язик вологий, нальотом не обкладений. Живіт рівномірно, помірно здутий, симетричний, збільшений у розмірах за рахунок вагітної матки (24–25 тиж). Аускультативно перистальтика млява, поодинокі хвилі без патологічних шумів. При пальпації: висота стояння дна матки на 2 п/п вище пупка, матка в нормотонусі, її межі чіткі, м'яка, безболісна. Визначається тимпаніт у мезо- та епігастрії, також по фланках без притуплення перкуторного звуку. Пальпаторно помірно болючий в епігастрії і по фланках з обох боків. Патологічні утворення не пальпуються. Визначається пульсація аорти. Перитонеальні симптоми відсутні.

За даними внутрішнього акушерського обстеження: шийка матки сформована, щільна, довжиною до 3,0 см. Зовнішнє вічко цервікального каналу закрите. Плідний міхур цілий.

За результатами ультразвукового дослідження (УЗД) плода: показники фетометрії відповідають та пропорційні 24–25-му тижням вагітності. Ознаки загрози переривання вагітності, дистресу плода відсутні.

За результатами УЗД органів черевної порожнини: збільшення розмірів голівки підшлункової залози до 32 мм та зменшення ехогенності паренхіми підшлункової залози, наявність вільної рідини в черевній порожнині. Пацієнтку оглянуто проф. Дроновим О.І. Враховуючи відсутність переймоподібного болю, рівень лейкоцитів  $5,3 \cdot 10^9/\text{л}$ , нормотермію ( $36,0^\circ\text{C}$ ), результати УЗД органів черевної порожнини, встановлено попередній діагноз «Гострий панкреатит середнього ступеня тяжкості, ускладнений палітичною кишковою непрохідністю». Зважаючи на наявність бажаної вагітності в терміні 24–25 тиж, дані акушерсько-гінекологічного анамнезу, пацієнтці відтерміновано оглядове Ре-дослідження органів черевної порожнини. Забезпечено центральний венозний доступ шляхом катетеризації лівої внутрішньої яремної вени; поставлено назогастральний зонд — отримано до 2000,0 мл застійного вмісту. У зв'язку з гіпокаліємією ( $2,86 \text{ ммоль/л}$ ) розпочато інфузію 300 мл 3% розчину калію хлориду.

Наступної доби виконано УЗД органів черевної порожнини фахівцем Київського міського центру хірургії печінки, жовчних шляхів та підшлункової залози імені В.С. Земскова. Печінка не збільшена, розмір правої долі —

131 мм, лівої — 62 мм, контури рівні, ехогенність підвищена, ворітна вена — 10 мм, печінкові вени не розширені. Структура паренхіми однорідна. Внутрішньопечінкові протоки не розширені. Холедох не розширений — 6 мм. Жовчний міхур овальної форми. Вміст гомогенний. Підшлункова залоза не збільшена, голівка — 21 мм, тіло — 17 мм, хвіст — 22 мм. Контури рівні, структура однорідна, ехогенність підвищена, протока не розширена. Нирки не збільшені, судинний малюнок не посилений, не розширений, лоханки не розширені. Селезінка не збільшена. Контури рівні, чіткі. У черевній порожнині — роздуті петлі кишечника, по правому фланку — незначні рідинні скупчення (порожнини — до 8–10 мм). У плевральній порожнині та заочеревинному просторі вільна рідина не візуалізується. Висновок «Метеоризм; роздуті петлі кишечника; вільна рідина в черевній порожнині». Виконано пункцію черевної порожнини по правому фланку в мезогастрії, отримано 20 мл світло-жовтуватої рідини. Пунктат досліджено на рівень діастази — 8 Од. Виконано цитологічне дослідження пунктату: у цитограмі центрифугованого клітинного осаду — велика кількість клітин мезотелію з деякими ознаками проліферації та помірна кількість лейкоцитів.

Пацієнтку повторно проконсультовано проф. Дроновим О.І. З урахуванням динаміки клінічної картини (зменшення інтенсивності больових відчуттів; 2-кратне блювання застійним вмістом; наростання явищ здуття при пальпації; відсутність випорожнення, незважаючи на стимуляцію), а також даних УЗД органів черевної порожнини і референтних показників діастази під час дослідження пунктату з черевної порожнини, у пацієнтки клініка ГКН, можливо, злукового генезу. Пацієнтці рекомендовано оперативне лікування за життєвими показаннями в невідкладному порядку після передопераційної підготовки. Для створення «прогестеронового блоку» застосовано натуральний мікронізований прогестерон у дозі 600 мг 2 рази на добу та вирішено відмовитися від ін'єкційного прогестерону у зв'язку з тим, що пацієнтка страждає на полівалентну алергію. Виконано оперативне втручання: діагностичну лапароскопію; середньо-нижньосерединну лапаротомію; вісцероліз; усунення гострої спайкової субкомпенсованої тонкокишкової непрохідності; ушивання десорозацій тонкої кишки [2]; санацію, дренажування черевної порожнини та малого

## КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

тазу; назоінтестинальну інтубацію тонкої кишки (хірург — проф. Дронов О.І.). Тривалість оперативного втручання — 4 год 20 хв. Вид анестезії — комбінована.

На 1, 3 та 20-ту добу післяопераційного періоду виконано ультразвуковий контроль внутрішньоутробного плода: стан плода задовільний. Ознаки загрози переривання вагітності, дистресу плода не виявлено.

У післяопераційний період антибактеріальне лікування проведено меронемом у дозі 3,0 г на добу, яке на 4-ту добу в зв'язку зі збереженням зсуву лейкоцитарної формули вліво доповнено лінезолідом у дозі 600 мг 2 рази на добу. Для корекції гіпопротеїнемії застосовано інфузії 20% альбунорму в дозі 200 мл на добу. Підтримку створеного «прогестеронового блоку» продовжено в післяопераційний період з поступовим зниженням дози натурального мікронізованого прогестерону. Профілактику тромбоемболічних ускладнень здійснено виключно еноксапарином (клексаном). Знеболювання забезпечено шляхом епідурального знеболювання протягом 14 діб післяопераційного періоду. Пацієнтку в задовільному стані виписано зі стаціонару на 21-шу добу післяопераційного періоду, з прогресуючою вагітністю

в терміні 27–28 тиж. Шви знято, загоєння первинним натягом.

Рекомендовано спостереження в жіночій консультації за місцем проживання; обмеження фізичного навантаження до пологів; дотримання дієти № 4; продовження застосування пангролу в дозі 160–200 тис. на добу; ентеросгелю по 1 ст. л. 3–4 рази на добу.

У подальшому вагітність перебігала без ускладнень. У терміні 38 тижнів у Сполучених Штатах Америки виконано оперативне полозорозрішення, без утруднень вилучено живу, доношену дівчинку, масою 3100 г, зростом 50 см. На сьогодні дитина росте та розвивається відповідно до віку.

## Висновки

Отже, обрана тактика ведення передопераційного періоду, обсяг виконаного оперативного втручання, анестезіологічне забезпечення та адекватне ведення післяопераційного періоду дали змогу вилікувати гостру хірургічну патологію, зберегти бажану вагітність, уникнути розвитку акушерських і хірургічних гнійно-септичних ускладнень.

*Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.*

## References/Література

1. Busch FW, Hamdorf JM, Carroll CS Sr et al. (2004). Acute colonic pseudo — obstruction following cesarean deliver. J Miss State Med Assoc. 45 (11): 323–326.
2. Fadiora SO, Olatoke SA, Bello TO et al. (2004). Intestinal obstruction from a forgotten aftery forceps: a case report. West Afr J Med. 23 (4): 330–331.
3. Hauspy J, Roofthoof N, Meulyzer P, Leyman P. (2004). Small bowel obstruction during pregnancy. Acta Chir Belg. 104 (5): 588–590.
4. Kalu E, Fakokunde A, Jesudason M, Whitlow B. (2005). Acute colonic pseudo — obstruction (Ogilvie's Syndrome) following cesarean section for triplets. J Obstet Gynaecol. 25 (3): 299–300.

## Відомості про авторів:

**Дронова Вікторія Леонідівна** — д.мед.н., проф., заст. директора ДУ «ІПАГ імені акад. О.М. Лук'янової НАМН України» з наукової роботи, керівник відділення оперативної гінекології ДУ «ІПАГ імені акад. О.М. Лук'янової НАМН України». Адреса: м. Київ, вул. П. Майбороди, 8; тел. (044) 489-53-63. <https://orcid.org/0000-0002-3863-8910>.

**Дронов Олексій Іванович** — д.мед.н., проф., зав. каф. загальної хірургії №1 НМУ імені О.О. Богомольця; науковий керівник Київського центру хірургії захворювань печінки, жовчних протоків і підшлункової залози, лікар-онкогінеколог відділення оперативної гінекології ДУ «ІПАГ імені акад. О.М. Лук'янової НАМН України». Адреса: м. Київ, вул. П. Майбороди, 8; тел. (044) 489-53-63. <https://orcid.org/0000-0003-4033-3195>.

**Мокрик Олександра Миколаївна** — к.мед.н., ст.н.с. відділення оперативної гінекології ДУ «ІПАГ імені акад. О.М. Лук'янової НАМН України». Адреса: м. Київ, вул. П. Майбороди, 8; тел. (044) 489-53-63. <https://orcid.org/0000-0002-9587-0740>.

**Бакунець Петро Петрович** — к.мед.н., н.с. відділення оперативної гінекології ДУ «ІПАГ імені акад. О.М. Лук'янової НАМН України». Адреса: м. Київ, вул. П. Майбороди, 8.

**Бакунець Юрій Петрович** — к.мед.н., н.с. відділення оперативної гінекології ДУ «ІПАГ імені акад. О.М. Лук'янової НАМН України». Адреса: м. Київ, вул. П. Майбороди, 8.

Стаття надійшла до редакції 06.06.2021 р.; прийнята до друку 15.09.2021 р.