

УДК 616.411-001.5:612.63

© С. М. ГЕРЯК

ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського"

Особливості діагностики та лікування розриву селезінки при вагітності

S. M. HERYAK

SHEI "Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky"

PECULIARITIES OF DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF THE SPLEENS' RUPTURE IN PREGNANCY

У статті представлено клінічний випадок розриву селезінки у вагітної. Наведено дані літератури щодо пошкодження селезінки при вагітності.

A case of rupture of the spleen in pregnancy is described. A review of the literature about spleen injury in pregnancy is summarized in the article.

Будь-яке хірургічне захворювання у вагітної, що проявляється клінікою гострого живота, слід розглядати як пряму загрозу для життя матері та плода. Тому гострий живіт при вагітності – одна з найскладніших патологій як в акушерстві, так і в хірургії. Під час вагітності у жінок збільшена в розмірах матка зміщує інші органи черевної порожнини, змінюється больовий поріг та реакція організму на запалення. Наслідком цього є атипичний клінічний перебіг багатьох гострих хірургічних захворювань із притаманними їм високою частотою діагностичних помилок та небезпечним зволіканням з активним хірургічним лікуванням. Одним із рідкісних, проте вкрай небезпечних патологій у вагітних є розрив селезінки. За даними літератури, протягом двох останніх сторіч було описано лише близько 100 випадків [1–9].

Клінічний випадок. У 2012 р. в Тернопільський обласний клінічний перинатальний центр "Мати і дитина" бригадою швидкої медичної допомоги була доставлена 26-річна вагітна П. із скаргами на загальну слабкість, незначне запаморочення, ниючий біль у животі, переважно в лівих відділах, що виник на тлі повного благополуччя 2 год тому.

З анамнезу було відомо, що дана вагітність п'ята (були 1 термінові пологи, 1 пізній самовільний викидень у 18 тижнів вагітності та 2 артифіційних аборти). Жінка хворіла на первинний латентний сифіліс, у зв'язку з чим отримувала профілактичний курс протисифілітичної терапії в 24–27 тижнів вагітності. Можливість травми живота вагітна категорично заперечувала.

При обстеженні звертала на себе увагу стривоженість жінки, страх смерті, запаморочення, різка

блідість шкірних покривів, пульс – 120 уд./хв, артеріальний тиск – 80/40 мм рт. ст., частота дихання – 24 /хв. Об'єктивно живіт був незначно здутий, помірно болючий у всіх відділах при поверхневій пальпації, різко болючий у ділянці лівого фланка – при глибокій. Матка збільшена до 30 тижнів вагітності, в нормотонусі. Серцебиття плода вислуховували приглушене, аритмічне, частотою 90–180 уд./хв. Ознак зовнішньої кровотечі не спостерігали. Враховуючи прояви геморагічного шоку III ступеня, спричиненого ймовірно внутрішньочеревною кровотечею, дистрес плода, було розпочато інфузійну терапію та в ургентному порядку проведено нижньосерединну лапаротомію, кесарів розтин у нижньому сегменті матки.

Новонароджену живу недоношену дівчинку масою 1200 г, зростом 38 см оцінено за шкалою Апгар на першій хвилині в 1 бал, на п'ятій – 3 бали. При ревізії черевної порожнини було виявлено близько 2500 мл рідкої крові зі згортками у лівому фланку та ділянці лівого підребер'я. У проекції ніжки селезінки виявлено гематому розміром 6x8 см, з воріт селезінки продовжувалась кровотеча. Встановлено частковий відрив селезінки від воріт, поширення гематоми на хвіст і тіло підшлункової залози та сальникову сумку. У зв'язку з виявленими пошкодженнями спільно із хірургом було виконано спленектомію. Загальний об'єм крововтрати за час операції склав 3000 мл. При огляді макропрепарату виявлено лінійний розрив капсули селезінки в ділянці верхнього полюса.

Післяпологовий/післяопераційний період у жінки перебігав на тлі перенесеного геморагічного шоку

III ступеня, поліорганної недостатності (респіраторний дистрес-синдром, дихальна недостатність III ступеня; гостра ниркова недостатність; дисметаболична кардіопатія) та постгеморагічної анемії III ступеня. Породілля отримала патогенетичну та симптоматичну терапію відповідно до чинних клінічних протоколів та стандартів надання стаціонарної медичної допомоги. На сімнадцяту добу після операції в задовільному стані жінку було виписано додому. Дитина, народжена від передчасних пологів у 30 тижнів вагітності в стані тяжкої асфіксії, померла на третю добу.

Обговорення. Майже в половині випадків причина розриву селезінки залишається невідомою (так званий спонтанний розрив селезінки). Провокуючими факторами при цьому є блювання, закрепи, кашель, статевий акт, другий період пологів та ін. [1–4, 6, 8]. Ймовірною причиною спонтанного розриву селезінкових судин може бути їх аневризма. Однак усі сліди аневризми, як правило, руйнуються крововиливом. Тому цей діагноз вкрай рідко вдається підтвердити патологоанатомам. Решту випадків пошкодження селезінки пов'язують із травмою органів черевної порожнини (у т. ч. екзостозами ребер), тромбозом селезінкової вени, ураженням органа при малярії, тифі, сифілісі, грипі, туберкульозі, сепсисі тощо, а також із тривалим прийманням низькомолекулярного гепарину [1–10]. Поширювані раніше дані про можливе збільшення об'єму селезінки та перерозтягнення її капсули у вагітних підтвердження не знайшли [2, 9].

За характером пошкодження розрізняють розриви паренхіми та капсули, розчавлення селезінки та її повний або частковий відрив. Пошкодження селезінки буває одномоментним (одразу розриваються судини селезінкової ніжки або її капсула та з'являються ознаки внутрішньочеревної кровотечі) та двомоментним або відтермінованим (спершу формується субкапсулярна гематома, а потім через кілька годин чи днів виникає дефект капсули над нею). Також його класифікують за локалізацією (в ділянці воріт, полюсів, поверхонь, країв) та характером кровотечі (повільна, швидка, блискавична) [10]. Пошкодження селезінки може відбутися в будь-якому терміні вагітності, під час пологів чи кесаревого розтину, а також у післяпологовому/післяопераційному періоді [1–9].

Клінічна картина пошкодження селезінки залежить від його механізму, характеру, давності, масивності кровотечі тощо. Абсолютно достовірних, чітких симптомів, пов'язаних саме з пошкодженням селезінки, не існує [10, 11]. Серед різноманітних клінічних проявів переважають синдром гострої кровотрати та синдром місцевих абдомінальних ознак.

Алгоритм клінічної діагностики базується на першочерговій оцінці загальних ознак гострої кровотрати (втрата свідомості, блідість шкірних покривів, тахікардія, гіпотонія тощо) з переходом до виявлення локальних симптомів (якщо хвора в свідомості) [11]. Синдром місцевих абдомінальних ознак може включати такі прояви: інтенсивний біль у животі з іррадіацією в ліву ключицю та ліву лопатку; відчуття розпирання та важкості в лівому підребер'ї; вимушене положення хворої на лівому боці з підігнутими до живота ногами; ригідність м'язів передньої черевної стінки в лівому підребер'ї; симптом Куленкампа (невідповідність між відсутністю напруження м'язів передньої черевної стінки та різким болем при пальпації); притуплення перкуторного звуку над відлогими місцями черевної порожнини; симптом Пітса–Беленса (наявне притуплення перкуторного звуку в лівій половині черевної порожнини, яке не зміщується при зміні положення тіла) [10]. У випадках значної кровотрати на перший план виступають симптоми шоку (тахікардія, гіпотонія, втрата свідомості). При вагінальному дослідженні хворих із кровотечею в живіт можна виявити болючість і нависання склепінь піхви, болючість рухів шийкою матки. При двомоментних пошкодженнях селезінки клінічна картина, як правило, малоінформативна. У більшості випадків вона обмежується незначним болем у лівому підребер'ї чи попереку, який через деякий час може зовсім зникнути.

Якщо після клінічного обстеження немає впевненості в точності діагнозу, в стаціонарних умовах за показаннями проводять додаткові обстеження. При ультразвуковому дослідженні або комп'ютерній томографії можна виявити обмеження рухомості лівого склепіння діафрагми, вільну мобільну рідину в відлогих місцях живота. Підтвердити діагноз пошкодження селезінки можна також за допомогою лапароцентезу, діагностичної лапароскопії чи мікролапаротомії [7–11]. Варто зазначити, що тривале виконання обстеження та надлишкове переміщення небезпечні для хворих. Материнська смертність при пошкодженні селезінки сягає 35–90 %, а плід гине в 70–90 % випадків [2, 6, 8, 9]. Тому якщо можна виявити патологію простими та достовірними методами, не слід ускладнювати діагностичний процес [11].

Диференційну діагностику у вагітних найчастіше доводиться проводити в першому триместрі з перерваною позаматковою вагітністю, в третьому – з передчасним відшаруванням плаценти та розривом матки [2, 6, 9].

Встановлений діагноз, а часто лише велика підозра на пошкодження селезінки, завжди повинні диктувати необхідність екстреного операційного ліку-

вання. Короткотривала передопераційна підготовка повинна включати корекцію гемодинамічних показників та гемостатичну терапію. Оптимальними розрізами передньої черевної стінки для доступу до селезінки в I–II триместрах вагітності є лівий підреберний або лівий парамедіанний. У пізніх термінах вагітності першочергово виконується кесарів розтин, що забезпечуватиме доступ до селезінки та покращить прогноз для плода [3, 6, 8, 9]. Тому в таких ситуаціях розрізом вибору буде серединна лапаротомія. Залежно від характеру пошкодження селезінки виконують її видалення або різні типи органозберігаючих операцій [10, 11]. Відтермінування операційного лікування можливе лише при точно встановленому діагнозі (центральна або субкапсулярна гематома селезінки), коли при дотриманні суворого ліжкового режиму та постійного спостереження за станом хворої можна намагатися провести консервативну терапію [11].

Вибір тактики щодо подальшого збереження вагітності чи її завершення при пошкодженні селезінки повинен враховувати стан вагітної та плода, а також матеріально-технічну забезпеченість закладу охорони здоров'я та кваліфікацію фахівців.

Висновки. Клінічний випадок розриву селезінки у вагітної підтверджує необхідність постійного моніторингу випадків внутрішньочеревних кровотеч, своєчасної диференційної діагностики та операційного лікування рідкісних хірургічних патологій. Дана патологія хоча й виникає дуже рідко, але є смертельно небезпечною і її завжди необхідно брати до уваги при диференційній діагностиці у вагітних із гострим животом. Враховуючи різні етіологічні фактори, можливості діагностики та необхідність ургентного операційного лікування пошкоджень селезінки у вагітних, жінки з наявністю ознак внутрішньої кровотечі заслуговують особливої уваги.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Barnett T. Rupture of the spleen in pregnancy: a review of recorded cases with a further case report / T. Barnett // *J. Obstet. Gynaecol. Br. Emp.* – 1952. – Vol. 59. – P. 795–802.
2. Buchsbaum H. J. Splenic rupture in pregnancy. Report of a case and review of the literature / H. J. Buchsbaum // *Obstet. Gynecol. Surv.* – 1967. – Vol. 22 (3). – P. 381–395.
3. de Graaff J. Spontaneous rupture of the spleen in third trimester of pregnancy. Report of a case and review of the literature / J. de Graaff, P. M. Pijpers // *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* – 1987. – Vol. 25 (3). – P. 243–247.
4. Hunter R. M. Rupture of the spleen in pregnancy: a review of the subject and a case report / R. M. Hunter, W. C. Shoemaker // *Am. J. Obstet. Gynecol.* – 1957. – Vol. 73. – P. 1326–1332.
5. Kaluarachchi A. Post-cesarean section splenic rupture / A. Kaluarachchi, S. Krishnamurthy // *Am. J. Obstet. Gynecol.* – 1995. – Vol. 173. – P. 230–232.
6. McCormick G. M. 2nd. Spontaneous rupture of the spleen. A fatal complication of pregnancy / G. M. McCormick 2nd, D. B. Young // *Am. J. Forensic. Med. Pathol.* – 1995. – Vol. 16 (2). – P. 132–134.
7. Postpartum splenic rupture / K. Sakhel, N. Aswad, I. Usta, A. Nassar // *Obstet. Gynecol.* – 2003. – Vol. 102. – P. 1207–1210.
8. Spontaneous rupture of the spleen – a fatal complication of pregnancy / S. Al Inzi, G. Mohiyiddeen, N. Dalal [et al.] // *J. Obstet. Gynaecol.* – 2009. – Vol. 29 (6). – P. 555–556.
9. Spontaneous rupture of the spleen: a rare but serious case of acute abdominal pain in pregnancy / C. Wang, X. Tu, S. Li [et al.] // *J. Emerg. Med.* – 2011. – Vol. 41 (5). – P. 503–506.
10. Спіженко Ю. П. Травма селезінки / Ю. П. Спіженко // *Клінічна хірургія : у 2 т. / за ред. Л. Я. Ковальчука, В. Ф. Саєнка, Г. В. Книшова.* – Тернопіль : Укрмедкнига, 2000. – Т. II. – С. 279–281.
11. Ермолов А. С. Абдоминальная травма / А. С. Ермолов // *Клиническая хирургия : национальное руководство : в 3 т. / под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко.* – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. – Т. II. – С. 341–424.

Отримано 15.08.13