

© Е. С. Михайлин¹,
Л. А. Иванова¹, А. Г. Савицкий^{1,2},
А. М. Пономарев³, М. Н. Гедерим¹,
И. Ю. Коденцева¹, А. Г. Минина¹,
С. А. Давутян¹

¹ СПбГБУЗ «Родильный дом № 10», Санкт-Петербург, Россия; ² ГБОУ ВПО «Северо-Западный Университет имени И. И. Мечникова», Санкт-Петербург, Россия; ³ СПбГБУЗ «Городская клиническая больница № 9», Санкт-Петербург, Россия

СЛУЧАЙ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ПАЦИЕНТКИ ПОСЛЕ ГАСТРЭКТОМИИ ПО ПОВОДУ ИДИОПАТИЧЕСКОГО ТОТАЛЬНОГО НЕКРОЗА ЖЕЛУДКА

УДК: 616.33–089.86: 618.3–06

■ В статье приводится собственное наблюдение случая беременности и родов у пациентки, которой 14 лет назад была проведена гастрэктомия по поводу идиопатического тотального некроза желудка. В мировой литературе описано всего несколько случаев подобной патологии у взрослых. На протяжении беременности пациентка соблюдала режим питания, получала препараты, улучшающие маточно-плацентарный кровоток, противоанемические препараты. Родоразрешение произведено путем операции кесарева сечения при сроке 37 недель, состояние матери и ребенка удовлетворительное.

■ **Ключевые слова:** беременность после гастрэктомии; идиопатический тотальный некроз желудка.

Идиопатический тотальный некроз желудка у взрослых — заболевание исключительно редкое. В общедоступной литературе нам встретилось всего несколько подобных сообщений [1, 2]. Описания случаев беременности и родов у пациенток, перенесших гастрэктомию по поводу идиопатического тотального некроза желудка, нам обнаружить не удалось. В связи с чем, наше наблюдение представляет определенный интерес.

11 мая 1999 года, пациентка Ч.А.В., 15 лет была доставлена в Городскую Мариинскую больницу с клиникой общего перитонита, инфекционно-токсического шока 3-й стадии. Заболела за 32 часа до поступления, когда на фоне полного здоровья появились постоянные нарастающие боли в эпигастриальной области, затем — по всему животу, многократная рвота содержимым бурого цвета.

В связи с крайней тяжестью состояния пациентки, заподозрено внутреннее кровотечение, и, после реанимационных мероприятий, выполненных на операционном столе, произведена лапаротомия. При ревизии брюшной полости обнаружено много содержимого бурого цвета с примесью пищи, желудок от пищевода до пилорического отдела — черного цвета, передняя стенка его в области тела и кардиального отдела истончена местами до толщины папиросной бумаги и имеет дефект 2,5 × 2 см.

Выполнена гастрэктомия, дренирование и санация брюшной полости. Отмечено, что все кровеносные сосуды, кровоснабжающие желудок, тромбированы не были.

Гистологическое заключение: стенка желудка с признаками тотального некроза всех слоев, обширными кровоизлияниями, тромбозом сосудов подслизистой оболочки и серозной оболочки. Отсутствие микроорганизмов и соответствующей клеточной реакции позволяет исключить инфекционный генез поражения.

Пациентка выписана 16.06.99 года в удовлетворительном состоянии.

Спустя 14 лет, 06 ноября 2013 года, пациентка Ч.А.В., 29 лет, обратилась в СПбГБУЗ «Родильный дом № 10» при сроке беременности 35/36 недель.

При поступлении жалобы на потерю аппетита, горечь и металлический привкус во рту, изжогу, тяжесть в эпигастриальной области после приема любой пищи. Шевеление плода ощущает хорошо. В анамнезе ОРВИ, детские инфек-

ции. В 2003 году установлена металлоконструкция левого коленного сустава (перелом наружного мыщелка левой большеберцовой кости после ДТП). Наблюдается у терапевта с диагнозом: анемия смешанного генеза (железодефицитная и V_{12} -дефицитная) средней степени тяжести. Месячные с 12 лет, по 6 дней через 30, регулярные, умеренные, безболезненные. Половая жизнь с 20 лет. Из гинекологических заболеваний отмечает микоплазменную инфекцию (санирована до беременности). Данная беременность первая. На учете в женской консультации с 14 недель. Общая прибавка в весе 6 кг. АД — 100/60–90/60 мм. рт. ст. Анализ мочи в норме. Динамика Hb — 97–106 г/л. Дважды проходила лечение в дневном стационаре: 27/28 и 33 недели с диагнозом плацентарная недостаточность, гипотрофия плода, получала терапию, направленную на улучшение маточно-плацентарного кровотока. При сроке 16 недель перенесла грипп с подъемом температуры до $39,7^{\circ}C$, лечилась «народными» средствами. Отставание размеров плода от срока гестации на 1 неделю наблюдается с 20 недель, степень задержки внутриутробного развития плода постепенно нарастала.

При поступлении общее состояние удовлетворительное. Рост — 165 см, вес — 51 кг (вес до беременности составлял 45 кг). Кожные покровы и видимые слизистые чистые, бледные. ЧСС — 90 в мин. АД — 105/70 мм рт. ст. Тоны сердца ясные, ритмичные. Дыхание везикулярное. Частота дыханий 18 в минуту. Язык влажный, чистый. Живот увеличен за счет беременности, в местах, доступных пальпации мягкий, не напряжен, безболезненный, умеренно вздут по ходу поперечно-ободочной кишки. Печень не увеличена. Поколачивание в области почек безболезненное. Стул регулярный, мочеиспускание не нарушено, безболезненное. Матка увеличена до 32 недель беременности, в нормальном тоне, не возбудима при пальпации. Головка плода подвижна над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 136 в минуту. Выделения из половых путей слизистые. В анализах крови Hb — 99 г/л, АСТ — 46,8 ЕД/л, общий белок — 48,8 г/л, в остальном — без особенностей. По данным УЗИ в матке один живой плод, соответствует 31/32 недели (срок беременности 36 недель), предполагаемая масса плода 1725 грамм, околоплодные воды — нормальное количество (АИ 14,1 см), плацента по левой стенке матки с переходом на дно, 3-й степени зрелости по Grannum.

УЗИ печени: печень расположена в типичном месте, вертикальный размер 9,8 см, паренхима не изменена, диаметр портальной вены 9,8 мм. Желчный пузырь размером $7,3 \times 3,8$ мм., толщи-

на стенок 3 мм, в области перешейка по задней стенке лоцируются до 8 конкрементов диаметром до 10 мм. Допплерометрия в системе мать-плацента-плод — гемодинамических нарушений не выявлено. Кардиотокография — нарушений функционального состояния плода не выявлено.

На отделении была назначена диета с исключением жареной, острой пищи, прием пищи частыми небольшими порциями, негазированная минеральная вода, белковое питание (нутризон). Пациентка принимала мезим — форте 1 таб. 3 раза в день, линекс — 1 таб. 3 раза в день, феррум-лек — 2 мл в/м ежедневно, витамины B_6 и B_{12} — внутримышечно через день, актовегин — 160 мг в/в капельно на 5% глюкозе, эссенциале — 5,0 в/в на аутокрови.

При сроке 37 недель, учитывая выраженную степень гипотрофии плода (прирост массы плода за три недели составил по данным УЗИ 50 грамм, размеры плода отстают от срока гестации на 5 недель), было решено родоразрешить беременную путем операции кесарева сечения. 13.11.2013 была произведена ниже-срединная лапаротомия с иссечением старого кожного рубца, кесарево сечение в нижнем сегменте матки. На 5-й минуте от начала операции за головку извлечен живой мальчик, массой 2270 грамм, ростом 45 см, с оценкой по шкале Апгар 8/9 баллов. Проводилась аппаратная реинфузия отмытых эритроцитов аппаратом Cell-Saver. В послеоперационном периоде применялись антикоагулянты (фраксипарин 0,3 п/к). Течение послеоперационного периода без осложнений. Заживление первичным натяжением. Выписана на 8-е сутки с ребенком. Гистология последа: хроническая компенсированная плацентарная недостаточность.

Приведенное наблюдение показывает, что гастрэктомия после идиопатического тотального некроза желудка, даже проведенная достаточно давно, у данной пациентки не повлияла на способность к зачатию. Среди осложнений беременности на первый план выходят анемия и хроническая плацентарная недостаточность с гипотрофией плода. При правильном подходе к режиму питания и адекватной профилактике и терапии хронической плацентарной недостаточности (к сожалению, данная пациентка обратилась к нам достаточно поздно), возможно пролонгирование беременности до доношенного срока и естественное родоразрешение здоровым ребенком.

Литература

1. Романчишен А. Ф., Пономарев А. М., Осипов Н. Н. Идиопатический тотальный некроз желудка у 15-летней девочки. Вестник хирургии имени И. И. Грекова. 2000; 5: 122.

2. *McKevie P.A., McClure D.N., Fink R. L.* Two cases of idiopathic acute gastric necrosis. *Pathology*. 1994; 26 (4): 435–438.

Статья представлена О. Н. Аржановой,
ФГБУ «НИИАГ им. Д. О. Отта» СЗО РАМН,
Санкт-Петербург

A CASE OF PREGNANCY AND CHILDBIRTH AT THE
PATIENT AFTER GASTRECTOMY FOR IDIOPATHIC TOTAL
NECROSIS OF STOMACH

Mihailin E. S., Ivanova L. A., Savitsky A. G.,
Ponomarev A. M., Gederim M. N., Kodentseva I. Yu.,
Minina A. G., Davutyanyan S. A.

■ **Summary:** The article describes our own observation case of pregnancy and childbirth at the patient, which 14 years ago was held gastrectomy for idiopathic total necrosis of stomach. In the world literature only some cases of similar pathology at adults are described. Throughout pregnancy the patient observed a diet, got drugs that improve the utero-placental blood flow, antianemic drugs. Delivery is effected by cesarean section at term of 37 weeks, a condition of mother and the child is satisfactory.

■ **Key words:** pregnancy after gastrectomy; idiopathic total necrosis of stomach.

■ **Адреса авторов для переписки**

Михайлин Евгений Сергеевич — кандидат медицинских наук, заведующий амбулаторно-поликлиническим отделением. СПбГБУЗ «Родильный дом № 10». 198259, Россия, Санкт-Петербург, ул. Тамбасова, д. 21. E-mail: mihailin@mail.ru.

Mihailin Evgeniy Sergeevich — PhD, head of the polyclinic department. SPbSBI «Maternity hospital № 10». 198259, Saint-Petersburg, Tambasova st., 21. E-mail: mihailin@mail.ru.

Иванова Лада Анатольевна — кандидат медицинских наук, главный врач. СПбГБУЗ «Родильный дом № 10». 198259, Россия, Санкт-Петербург, ул. Тамбасова, д. 21.

Ivanova Lada Anatol'evna — PhD, Chief physician. SPbSBI «Maternity hospital № 10». 198259, Saint-Petersburg, Tambasova st., 21.

Савицкий Алексей Геннадьевич — доктор медицинских наук, профессор кафедры акушерства и гинекологии № 2 ГБОУ ВПО «Северо-Западный Университет имени И. И. Мечникова», заведующий отделением «Семейные роды». СПбГБУЗ «Родильный дом № 10». 198259, Россия, Санкт-Петербург, ул. Тамбасова, д. 21.

Savitsky Aleksey Gennadievich — M.D., PhD, professor of the department of obstetrics and gynecology № 2, North-Western State Medical University named after I. I. Mechnikov; Head of department «Family delivery». SPbSBI «Maternity hospital № 10». 198259, Saint-Petersburg, Tambasova st., 21.

Пonomarev Анатолий Михайлович — кандидат медицинских наук, врач хирург СПбГБУЗ «Городская клиническая больница № 9». 197110, Россия, Санкт-Петербург, Крестовский пр., д. 18.

Ponomarev Anatoliy Mikhailovich — PhD, surgeon. SPbSBI «City Hospital № 9». 197110, Saint-Petersburg, Krestovskiy st., 18.

Гедерим Марина Николаевна — кандидат медицинских наук, врач акушер-гинеколог гинекологического отделения. СПбГБУЗ «Родильный дом № 10». 198259, Россия, Санкт-Петербург, ул. Тамбасова, д. 21.

Gederim Marina Nikolaevna — PhD, obstetrician-gynecologist, department of operative gynecology. SPbSBI «Maternity hospital № 10». 198259, Saint-Petersburg, Tambasova st., 21.

Коденцева Ирина Юрьевна — врач терапевт. СПбГБУЗ «Родильный дом № 10». 198259, Россия, Санкт-Петербург, ул. Тамбасова, д. 21.

Kodentseva Irina Yur'evna — therapist, SPbSBI «Maternity hospital № 10». 198259, Saint-Petersburg, Tambasova st., 21. (812) 730–30–20.

Минина Анна Геннадьевна — врач ультразвуковой диагностики СПбГБУЗ «Родильный дом № 10». 198259, Россия, Санкт-Петербург, ул. Тамбасова, д. 21.

Minina Anna Gennad'evna — doctor of ultrasonic diagnostics. SPbSBI «Maternity hospital № 10». 198259, Saint-Petersburg, Tambasova st., 21.

Давутян Сюзанна Араратовна — врач акушер-гинеколог отделения патологии беременности № 2. СПбГБУЗ «Родильный дом № 10». 198259, Россия, Санкт-Петербург, ул. Тамбасова, д. 21.

Davutyanyan Syuzanna Araratovna — obstetrician-gynecologist, department of pathology of pregnancy № 2. SPbSBI «Maternity hospital № 10». 198259, Saint-Petersburg, Tambasova st., 21.