

невус.

2. У дитячому віці невуси частіше містять педжетоїдні клітини, значно частіше зустрічається перифокальний лімфоцитарний інфільтрат та поодинокі типові мітози, проте ділянки ангиоматозу зустрічаються дуже рідко, у порівнянні з дорослими.

Література

1. Апатенко А.К. Мезенхимные и нейроэктодермальные опухоли и порки развития кожи. - М.: Медицина, 1977. - 208с.
2. Галайчук І.Й. Пігментний невус і превентивна хірургія меланоми шкіри//Клінічна хірургія -2002.-№7.-С.30-32;

3. Коляденко Е.В. Характеристика пигментных невусов // Украинський журнал дерматології, венерології, косметології. - 2007.-№2(25).- С. 23-25.
4. Краевский Н.А., Смольяниникова А.Г., Саркисова Д.С. Патологоанатомическая диагностика опухолей человека. Руководство. - М.: Медицина, 1993. - Т.2. - С.688.
5. Молочков В. Классификация и характеристика меланоцитарных невусов // Эстетическая медицина. -2005.- Т.4,№3.-С.266 - 272.
6. Hamre MR, Chuba P, Bakhshi S, et al. Cutaneous melanoma in childhood and adolescence. *Pediatr Hematol Oncol.* 2002;19 :309-317.
7. Sternberg SS, Antonioli DA, Carter D, eds. *Diagnostic Surgical Pathology.* 3rd ed., Vol. 1. Philadelphia, PA, USA: Lippincott, Williams & Wilkins, 1999.P.1279.
8. Whiteman D, Valery P, McWhirter W, Green A. Incidence of cutaneous childhood melanoma in Queensland, Australia. *Int J Cancer.* 1995;63 :765-768.

Реферат

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕНОСТИ ПИГМЕНТНЫХ НЕВУСОВ У ДЕТЕЙ

Гыжа Л.Ю., Бисярин Ю.В.

Ключевые слова: пигментный невус, дети, невусные клетки.

Проанализировано результаты гистологических исследований 43 пигментных невусов, размер которых превышал 1 см, у пациентов в возрасте до 18 лет. Выявлено, что наиболее часто встречался интрадермальный невус(63%). Отмечено, что невусы у детей часто содержали педжетоидные клетки, довольно часто встречался лимфоцитарный инфильтрат и единичные типичные митозы.

Summary

MORPHOLOGICAL PECULIARITIES OF PIGMENTED NEVUS IN CHILDREN

Hyzha L.Yu., Bisiarin Yu.V.

Key words: pigmented nevus, children, nevus cells.

We studied 43 histologic specimen of nevi sized more than 1 cm in diameter and obtained from patients under 18 years old. It has been found out intradermal nevus (63%) may be considered to be the commonest. It should be stressed the nevi often contain pagetoid cells, lymphocyte infiltration and single typical mitoses are also often met.

УДК 118.7+616 – 005.1

КЛІНІКО-АНАТОМІЧНИЙ АНАЛІЗ ВИПАДКІВ СМЕРТНОСТІ, ЯКІ ВИНИКЛИ НА ФОНІ ТРОМБОГЕМОРАГІЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ

Громова А.М., Суса О.М., Крутікова Е.І.

Вищий державний навчальний заклад України "Українська медична стоматологічна академія"

У статті авторами представлена проблема сьогодення – тромбогеморагічні ускладнення, які становлять велику небезпеку в хірургічній, а особливо у гінекологічній практиці. Нами за 10 років (1990-1999 роки) проаналізовано 2671 протоколів розтинів, серед них хірургічних – 2615, гінекологічних – 56. Виявлено, що ТГУ являються головною причиною смерті і займають великий відсоток як при хірургічних (4,5%), так і при гінекологічних операціях – 2,1%. Тому, вирішення даної проблеми полягає у вивченні факторів ризику розвитку ТГУ та застосуванні профілактичних засобів, що в подальшому буде сприяти зниженню післяопераційних ускладнень та післяопераційної летальності.

Ключові слова: міома матки, тромбоз, тромбогеморагічні ускладнення.

У наш час тромбогеморагічні ускладнення (ТГУ) становлять велику загрозу після оперативного втручання [1, 2, 10]. В оперативній гінекології особливо небезпечні їх прояви у вигляді тромбоемболій, які зустрічаються від 0,5 до 6,4% випадків [5, 7, 8]. Після гінекологічних операцій тромбоемболічні ускладнення виникають у 19% прооперованих жінок, а масивна тромбоемболія, яка діагностована під час автопсії, – у 11,2 % померлих у гінекологічних стаціонарах [3, 6, 7].

Кровотечі під час операції та в післяопераційному періоді не завжди є результатом технічних погіршень, а частіше обумовлені гемокоагуляційними порушеннями. Тканини органів малого тазу характеризується міцною активністю тка-

нинного тромбoplastину [3, 5]. Під час розвитку пухлинних, запальних процесів в органах малого тазу, а також під час вагітності (як ускладненої, так і неускладненої) різко зростає коагуляційний потенціал тканин та знижується активність факторів фібринолізу [3, 4, 6].

На думку багатьох вчених [5, 9], в організмі жінок з раком геніталій відмічається зниження концентрації інгібітору згортання крові – антитромбіну III (АТ-III), а також зниження його активності та наростання концентрації фібриногену в крові під час росту злоякісної пухлини – це все є поштовхом до патологічного тромбоутворення. Причиною тромбозів є гіперкоагуляція, яка спостерігається перед операцією, в інтраоперацій-

ному та в післяопераційному періодах.

Метою нашої роботи було визначення частоти ТГУ шляхом проведення аналізу протоколів патологоанатомічних розтинів жінок, які померли від тромбоембологічних ускладнень у післяопераційному періоді.

Матеріали та методи дослідження

За період з 1990 року по 1999 рік ми проаналізували 2671 протоколів розтину (архівний матеріал патологоанатомічного бюро м. Полтави), серед них хірургічних – 2615, гінекологічних – 56. У хірургічних хворих після проведених оперативних втручань летальність від тромбоембологічних ускладнень у післяопераційному періоді становила 4,6%.

За 10 років у гінекологічних відділеннях міста Полтави померло 56 (2,1%) жінок. У 40 (71,4%) жінок причиною смерті були ТГУ на фоні онкологічних захворювань: від раку тіла матки померло 15 (26,8%) жінок, від раку шийки матки – 8 (14,3%) жінок, від раку яєчників – 15 (26,8%) жінок. У 8 (14,3%) жінок причиною смерті був ДВЗ синдром, який пов'язаний із акушерською патологією (відшарування плаценти, емболія навколплідними водами, гіпотонія матки).

Вважали за доцільне провести аналіз 8 (14,3%) протоколів розтину гінекологічних хворих, які були прооперовані з приводу міом матки великих розмірів і причиною смерті в післяопераційному періоді у яких були ТГУ. Середній вік померлих жінок становив $36,3 \pm 4,9$ роки. Мешканцями міста були 5 (62,5%) жінок, 3 (37,5%) жінки проживали у районах області.

Проаналізувавши захворюваність померлих гінекологічних хворих слід відмітити, що ревматична вада серця була у 1-єї (12,5%) жінки, гіпертонічна хвороба – у 3 (37,5%) померлих, порушення ліпідного обміну III ст. – у 3-х (37,5%) жінок, варикозне розширення вен нижніх кінцівок – у 3-х (37,5%) хворих.

У 4-х (50,0%) жінок діагностовано міому матки із субмукозним розташуванням фіброматозного вузла, у 2-х (25,0%) жінок – пухлина матки великих розмірів (більше ніж при вагітності 20-22 тижнів) з ознаками некротичних змін в ній. Жінкам були виконані планові операції в об'ємі: екстирпація матки з придатками у 7 (87,5%) жінок, надпівхова ампутація матки з придатками – у 1 (12,5%) жінки. Операції виконувались під ендотрахеальним наркозом. У 6 (75,0%) хворих операції виконувались надлобковим доступом за Пфанненштилем, лише двом хворим (25,0%) у зв'язку з наявністю пухлини великих розмірів використали нижньо-серединний розріз. Під час операцій у зв'язку з великою крововтратою усім жінкам проводили гемотрансфузію. Трьом хворим, у яких перебіг основного захворювання ускладнився розвитком вторинної анемії, гемотрансфузії проводили в плані передопераційної підготовки. У середньому перелито 750 мл донорської крові на одну хвору.

У прооперованих гінекологічних хворих як під час операції, так і в післяопераційному періоді були лабораторно відмічені гемокоагуляційні зсуви у системі гемостазу і клінічно були зафіксовані усі симптоми тромбоембологічного синдрому (ТГС).

За приклад ми взяли виписку із історії хвороби та протокол розтину жінки, яка померла з приводу міоми матки великих розмірів, причиною смерті якої став ТГС.

Хвора І., 48 років, № історії хвороби 2027. Жінка знаходилась у відділенні гінекології з 25.06.1997 року до 23.07.1997 року. До відділенні жінка поступила із скаргами на біль низу живота, маткову кровотечу, слабкість, задишку, запаморочення.

З приводу міоми матки хвора наглядлась у жіночій консультації за місцем проживання протягом 5 років. За цей період спостереження відмічено значний ріст пухлини (розміри пухлини досягали 20-ти тижневої вагітності), яка супроводжувалась рясними тривалими менструаціями, що переходили у маткову кровотечу. Також відмічено зниження цифр гемоглобіну до 70-80 г/л, артеріального тиску до 100/65 мм. рт. ст., тахікардію.

З метою передопераційної підготовки хворій проведена гемотрансфузія і була запропонована операція, в об'ємі екстирпації матки з придатками.

Діагноз до операції: Фіброміома матки великих розмірів з больовим та геморагічними синдромом. Гіпертонічна хвороба II ст., порушення ліпідного обміну III ст., варикозне розширення вен нижніх кінцівок, анемія II ст.

Діагноз після операції: Фіброміома матки великих розмірів з больовим та геморагічними синдромом. Гіпертонічна хвороба II ст., порушення ліпідного обміну III ст., варикозне розширення вен нижніх кінцівок, анемія II ст. Двобічний піосальпінкс.

Операція: Ендотрахеальний наркоз. Нижньо-серединна лапаротомія. Екстирпація матки з придатками.

Під час операції, яка виконувалась на фоні анемії II ст. (крововтрата склала 450 мл) відмічалась кровоточивість тканин, тому було перелито як в інтраопераційному, так і післяопераційному періодах близько 1000 мл донорської крові. Післяопераційний період ускладнився млявопротікаючим перитонітом. Проводилось комплексне лікування цього ускладнення, але на 7 добу на тлі перитоніту наступила евентерація. Проведено релaparотомію, ревізію органів черевної порожнини, санацію та дренивання. Через 2 години після релaparотомії стан жінки погіршився, артеріальний тиск знизився до 60/0; 0/0 мм. рт. ст. Зупинка серцевої діяльності, реанімаційні заходи без ефекту. Констатована смерть.

Заключний діагноз: Тромбоембологічний синдром. Тромбоз легеневих судин. Стан після екс-

тирпації матки з додатками з приводу фіброміоми матки великих розмірів та двобічних піосальпінксів. Релaparотомія з приводу перитоніту та евентерації великого чепця. Гостра серцева недостатність. Гіпертонічна хвороба II ст., порушення ліпідного обміну III ст., варикозне розширення вен нижніх кінцівок, анемія II ст.

Макроскопічне дослідження виявило: у просвіті легеневої артерії тромб, який звернувся у клубок, що закриває обидві артерії та просвіт в ділянці біфуркації, довжина тромбу – 35 см.

Гістологічне вивчення видаленої пухлини виявило, що тіло матки має будову лейоміоми з дистрофічними змінами у тканині пухлини з повнокрів'ям судин, стромальними геморагіями. В ендометрії виявлено стромальні крововиливи, дилатацію та фібринові тромби в просвітку судин.

При гістологічному дослідженні аутопсійного матеріалу тканин внутрішніх органів було виявлено наступні зміни: у легенях – внутрішньоальвеолярні крововиливи, локальний альвеолярний набряк, бронхоспазм; у ділянці серця – локальний міокардіофіброз, дистрофія кардіоміоцитів, гіпертрофія м'язових волокон; у нирках – виражений інтерстиціальний набряк та крововиливи; у печінці – мілку та велику краплинну жирову дистрофію гепатоцитів, у головному мозку – повнокров'я капілярів з ознаками еритростазу.

Із даного прикладу видно, що до розвитку ТГС, який став причиною смерті у даної жінки, спонукали наступні фактори: пухлина матки великих розмірів, гіпертонічна хвороба II ст., порушення ліпідного обміну III ст., варикозне розширення вен нижніх кінцівок, гемотрансфузія під час оперативного втручання, трансфузія донорської крові, анемія II ст.

Висновки

ТГУ являються головною причиною смерті і займають великий відсоток як при хірургічних

операціях (4,5%), так і при гінекологічних оперативних втручаннях – 2,1%.

Серед померлих гінекологічних хворих, тромбоемболія легеневої артерії як наслідок тромбогеморагічних ускладнень, стала причиною смерті у 14,3% жінок з міомою матки великих розмірів.

Перспективність проблеми, що вивчається полягає у вивченні факторів ризику виникнення ТГУ до операції, під час операції та у післяопераційному періоді, а застосування профілактичних засобів буде сприяти зниженню післяопераційних ускладнень та післяопераційної летальності.

Література

1. Амосова Е.Н., Дыкун Я.В., Мишалов В.Г. Руководство по тромболитической терапии. – Прага: IT-Studio, 1998. – 162 с.
2. Артамонов В.С., Федун З.В. Жесткова И.В. ДВС-синдром в акушерстве и гинекологии. – К.: Здоров'я, 1993. – 192 с.
3. Вдовина Г.Ф., Скипетров В.П. Изменения гемокоагуляции у гинекологических больных во время операции // Акушер. и гинекол. – 1988. – №5. – С. 27-29.
4. Вихляева Е.М., Ходжаева З.С., Фанченко Н.Д. Клинико-гинекологические изучения семейной предрасположенности к заболіванию миомой матки // Акушер. и гинекол. – 1989. – №2. – С. 27-30.
5. Кузник Б.И., Михайлов В.Д., Альфонсов В.В. Тромбогеморрагический синдром в онкогинекологии. – Томск, 1983. – С 167.
6. Савченко В.Ф. Состояние системы гемостаза у больных с доброкачественными опухолями придатков в до и в послеоперационном периоде: Дис. ... канд. мед. наук: 14.01.01. – М., 1984. – С. 94-98.
7. Тромбозмобилические осложнения в акушерстве и гинекологии / А.Я. Сенчук, Б.М. Венцовский, Т.П. Гарник и др. - К.: Макком, 2003. – 360 с.: 19 ил.
8. Hahler P., Gruber U.F. Thrombose und Embolie. – Berlin, 1981. – S. 65-76.
9. Kies M.S., Porch J.J., Giolma J.P. Haemostatic function in cancerpatients // Cancer. – 1980.- V. 46, №4. – P. 831-7.
10. Slunsky R. Generelle perioperative Thromboembolie-Prophylaxe in der Gynakologie mit niedermolekularem Heparin: Klinische Erfahrungen mit Enoxaparin uber einen Zeitraum von 7 Jahren // Zeentralbl – Gynecol. – 1995. – 117(11): 598-601.

Реферат

КЛИНИКО-АНАТОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ СМЕРТНОСТИ, КОТОРЫЕ ВОЗНИКЛИ НА ФОНЕ ТРОМБОГЕМОМОРРАГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Громова А.М., Сыса О.Н., Крутикова Э.И.

Ключевые слова: миома матки, тромбоз, тромбогеморрагические осложнения.

В статье авторами представлена проблема сегодняшнего дня – тромбогеморрагические осложнения, которые представляют большую опасность в хирургической, а в особенности в гинекологической практике. Нами за 10 лет (1990-1999 года) проанализировано 2671 протоколов вскрытия, среди них хирургических – 2615, гинекологических – 56. Выявлено, что ТГО являются главной причиной смерти и занимают большой процент как при хирургических (4,5%), так и при гинекологических операциях – 2,1%. Поэтому, решения данной проблемы состоит в изучении факторов риска развития ТГО и применении профилактических средств, которые в дальнейшем будут оказывать содействие снижению послеоперационных осложнений и послеоперационной летальности.

Summary

CLINICAL AND ANATOMICAL ANALYSIS OF MORTALITY CASES OCCURED AGAINST THROMBOHEMORRHAGIC COMPLICATIONS

Gromova A.M., Sysa O.N., Krutikova E.I.

Key words: hysteromyoma, thrombosis, thrombohemorrhagic complications.

The research was centered around the hemorrhagic complications because of their danger in surgical and especially in gynecological practice. 2671 pathology records for 10 years (1990-1999) including 2615 and 56 gynecological were studied. It has been found out the thrombohemorrhagic complications are the dominating causes of death and rank the high percentage during both surgical (4.5%) and gynecological (2.1%) interventions. Therefore the solution of the problem is in the careful study of risk factors provoking thrombohemorrhagic complications and application of preventive medicines which then may contribute to the reducing of post-operative complication and post-operative mortality.