

DOI: <https://doi.org/10.51922/1818-426X.2026.1.135>

В. Н. Сидоренко¹, В. А. Шостак², И. С. Кухта²,
Т. А. Булачкина², Е. А. Сентюрова², Е. С. Пацевич²,
О. П. Фролов², О. Н. Машкевич², Ю. О. Быцко²

РВОТА БЕРЕМЕННЫХ – ДИАГНОЗ ИСКЛЮЧЕНИЯ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
Минск, Республика Беларусь¹

УЗ «5 городская клиническая больница», Минск, Республика Беларусь²

В статье представлено обоснование диагноза рвоты беременных, а также симптом рвоты в качестве проявления многих экстрагенитальных заболеваний. В материалах отражено современное представление об этиологии заболевания. Подробно рассмотрен дифференцированный подход к рвоте у беременных как к симптому других заболеваний. Особое внимание уделено междисциплинарному подходу в постановке диагноза и в проведении соответствующего лечения. Рвота беременных является диагнозом исключения, диагностика которого требует корректного сбора анамнеза и проведения лабораторно-инструментальных исследований согласно четкому алгоритму. Представленный в статье клинический случай наглядно демонстрирует, что наличие симптома рвоты у беременных женщин может выступать не только в качестве приспособительной реакции организма к беременности, но и являться симптомом иных заболеваний, в частности, опухолевого поражения органов брюшной полости. Слаженная работа акушеров-гинекологов во взаимодействии со специалистами смежных специальностей позволила пациентке получить своевременную высококвалифицированную помощь.

Ключевые слова: рвота, беременность, ЭФГДС, злокачественный фиброматоз, кесарево сечение.

V. N. Sidorenko, V. A. Shostac, I. S. Kuhta, T. A. Bulachkina,
E. A. Senturova, E. S. Pacevich, O. P. Frolov,
O. N. Mashkevich, Y. O. Bytsko

HYPEREMESIS GRAVIDARUM – A DIAGNOSIS OF EXCLUSION. CLINICAL CASE

Belarusian State Medical University, Minsk, Republic of Belarus,¹
5th City Clinical Hospital, Minsk, Republic of Belarus²

This article presents the rationale for the diagnosis of hyperemesis gravidarum, as well as the symptom of vomiting as a manifestation of many extragenital diseases. The materials reflect current understanding of the etiology of the disease. Particular attention is paid to an interdisciplinary approach to diagnosis and appropriate treatment. Hyperemesis gravidarum is a diagnosis of exclusion, the diagnosis of which requires a thorough anamnesis and laboratory and instrumental studies according to a clear algorithm. The clinical case presented in the article clearly demonstrates that vomiting during pregnancy can not only be an adaptive response to pregnancy but also a symptom of other diseases, in particular, tumors of the abdominal organs. The coordinated work of obstetricians and gynecologists in collaboration with specialists in related fields allowed the patient to receive timely qualified care.

Key words: vomiting, pregnancy, EGD, malignant fibromatosis, C-section.

Тошнота и рвота – привычный симптом, сопровождающий первый триместр беременности, однако не стоит забывать, что

данное состояние может иметь патологическое течение, приводящее к ухудшению самочувствия матери и плода.

❑ Случай из практики

При нормально протекающей беременности тошнота и рвота могут иметь место у 50–80 % женщин, чаще натощак и по утрам, до 2–3 раз в сутки. Общее состояние женщины при этом не ухудшается, медикаментозное лечение не требуется.

Чрезмерная рвота встречается у 0,3–3,6 % беременных. Заболеваемость варьирует в зависимости от используемой классификации и этнических различий [1].

У 3 % пациенток рвота может сохраняться и в III триместре беременности. У 10 % женщин с чрезмерной рвотой симптомы наблюдаются на протяжении всей беременности.

Этиология рвоты беременных до конца не выяснена, и в настоящее время считается, что заболевание является многофакторным. Наиболее популярной в медицинской литературе является нервно-рефлекторная теория. Согласно этой концепции, рвота возникает при нарушении взаимоотношений между ЦНС и внутренними органами. При этом существенное значение имеет преобладание возбуждения в подкорковых структурах ЦНС (ретикулярной формации, центрах регуляции продолговатого мозга). В указанных областях располагаются рвотный центр и хеморецепторная триггерная зона, которые регулируют рвотный акт. Рядом с ними находятся дыхательный, вазомоторный, слюноотделительный центры, ядра обонятельной системы мозга. Тесное расположение указанных центров обуславливает предшествующие рвотному акту ощущения тошноты и ряд сопутствующих вегетативных расстройств: усиление саливации, углубление дыхания, тахикардия, бледность кожного покрова вследствие спазма периферических сосудов. Преобладание возбуждения в подкорковых структурах мозга с возникновением ответной вегетативной реакции связывают с патологическими процессами в половых органах (перенесенные воспалительные заболевания, интоксикации), нарушающими рецепторный аппарат матки, возможно также его повреждение плодным яйцом. Указанные изменения наблюдаются, скорее всего, при нарушении физиологических взаимосвязей материнского организма и трофобласта в ранние сроки гестации [2].

Вегетативные расстройства в начале беременности одновременно могут быть обусловлены гормональными нарушениями, в част-

ности, увеличением уровня хорионического гонадотропина человека (ХГЧ) в организме. Доказательством этого является тот факт, что при многоплодии и пузырном заносе, когда выделяется большое количество ХГЧ, рвота беременных наблюдается особенно часто [3]. Кроме того, ХГЧ, являясь агонистом тиреотропного гормона ТТГ, взаимодействует с его рецепторами. Около 8-й недели беременности на пике секреции ХГЧ повышается синтез тиреоидных гормонов, которые по механизму отрицательной обратной связи подавляют выработку ТТГ, что приводит к развитию транзиторного гипертиреоза [4].

Определенная роль отводится особенно состоям деятельности ЖКТ вследствие расслабления нижнего сфинктера пищевода, что приводит к появлению рефлюкс-эзофагита или усилению симптомов гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) во время беременности.

В некоторых литературных источниках упоминают о генетической предрасположенности рвоты беременных, которая обусловлена такими факторами как: полиморфизмом/мутацией двух генов, GDF15 и IGFBP7, вовлеченных в процесс плацентации и связанных с регулированием аппетита и развитием кахексии; дефицитом карнитин-пальмитоилтрансферазы-I в печени (митохондриальный фермент), который может проявляться во время беременности и способствовать развитию рвоты [5]. Описаны случаи семейного гестационного гипертиреоза, вызванные мутацией рецептора тиреотропина, гиперчувствительного к ХГЧ. Также большая роль отводится окислительному стрессу, возникающему при высвобождении активных форм кислорода во время плацентации [1].

Выявлена ассоциация рвоты беременных с наличием инфекции *Helicobacter pylori* [6].

К сожалению, широкая распространенность рвоты беременных и при этом в большинстве случаев относительно благополучное течение гестации сформировали не только у акушеров-гинекологов, но и у терапевтов как у врачей, чаще всего лечащих этих пациенток, легкое отношение к данному диагнозу.

Снижение массы тела, обезвоживание, гипохлоремический алкалоз, электролитные нарушения являются наиболее очевидными и часто встречающимися осложнениями чрезмерной рвоты беременных. Также тошнота и рвота

могут быть симптомами не только приспособления организма матери к беременности, но и указывать на иные состояния организма, не связанные с беременностью. Следует проводить четкую дифференциальную диагностику заболеваний, при которых встречаются данные симптомы, не списывая их лишь на приспособительные реакции, что требует междисциплинарного подхода.

Чрезмерная рвота является диагнозом исключения. Клинические симптомы обычно неспецифичны, и важно исключить иные причины тошноты и рвоты. Дифференциальная диагностика проводится со следующими заболеваниями:

- заболевания желудочно-кишечного тракта: гастрит, панкреатит, холецистит, гепатит, желчнокаменная болезнь, рефлюкс-эзофагит, язвенная болезнь, аппендицит, энтерит, колит, кишечная непроходимость, диафрагмальная грыжа;
- заболевания почек и мочевыделительной системы: пиелонефрит, хроническая почечная недостаточность, мочекаменная болезнь;
- гинекологические заболевания: перекрут яичника, миома матки с дегенерацией, трофобластическая болезнь, внематочная беременность;
- эндокринные и метаболические заболевания: тиреотоксикоз, гиперпаратиреоз, сахарный диабет, надпочечниковая недостаточность, порфирия;
- инфекционные заболевания: пищевая токсикоинфекция, вирусный гепатит;
- заболеваниями ЦНС: мигрень, опухоли, ОНМК, вестибулярные нарушения;
- осложнения беременности: острая жировая дистрофия печени, преэклампсия;
- другие состояния: отравления, интоксикации, непереносимость и побочные действия лекарств, психические нарушения.

Согласно новым клиническим рекомендациям Российской Федерации «Чрезмерная рвота беременных» (2024), критериями диагноза чрезмерной рвоты беременных являются: стойкая тошнота и рвота, не связанная с другими причинами, потеря массы тела не менее 5 % исходной, электролитные нарушения, гипертиреоз, нарушение функции печени, повышение гематокрита, уровней гемоглобина, сывороточного креатинина, амилазы в крови;

метаболический алкалоз или ацидоз, снижение уровня мочевины в крови, электролитные нарушения (гипонатриемия, гипокалиемия), кетонурия, связанная с голоданием (не связанная с тяжестью чрезмерной рвоты), потеря массы тела не менее 5 % исходной, спутанность сознания, нистагм или атаксия [7].

При хроническом гастрите, язвенной болезни рвота может быть натощак или после еды, заболевание сопровождается болью в эпигастрии и диспепсическим синдромом. Диагноз считается установленным при наличии эндоскопического/морфологического изменения слизистой оболочки желудка и 12-перстной кишки (желательно, на этапе прегравидарной подготовки). Для подтверждения или исключения диагноза холецистита, ЖКБ выполняется УЗИ ОБП.

Панкреатит отличается от остальных заболеваний болевым синдромом опоясывающего характера в области живота, стеатореей, креатореей; для диффдиагностики применяются инструментальные методы – УЗИ/МРТ ОБП: увеличение поджелудочной железы, наличие кист, кальцинатов, расширение главного панкреатического протока, гетерогенность паренхимы поджелудочной железы, повышение эхогенности стенки протоков, неровность контуров.

Гепатиты характеризуются присутствием не только рвоты, но и такими симптомами, как боль разной интенсивности справа под ребрами, ощущение дискомфорта, тяжесть в данной области, изменение оттенка физиологических отпавлений (темная моча, светлый кал). Для рвоты беременных характерно увеличение показателей печеночных ферментов до 300 Ед/л, а также билирубина – до 40 мг/л. При гепатите же первый показатель повышается в несколько тысяч раз, а второй – больше 40 мг/л [8]. Для подтверждения диагноза обязательно дообследование на наличие маркеров вирусных или аутоиммунного гепатитов [9].

Для дифференциальной диагностики рвоты беременных и инфекционного гастроэнтерита следует обратить внимание на такие критерии, как острое начало, признаки интоксикации, диарейный синдром.

При пиелонефрите, сопровождающемся рвотой, возможны такие симптомы, как лихорадка, потоотделение, головная боль, боль в пояснице, однако у беременных заболевание

❑ Случай из практики

часто протекает в скрытой форме, проявляясь изменениями в ОАМ по типу лейкоцитурии и пиурии. Диагностика включает микроскопическое и бактериологическое исследование мочи, УЗИ почек.

Рвота может быть симптомом гипертиреоза, особенно в рамках тиреотоксического криза, который является серьезным осложнением. При тиреотоксическом кризе, наряду с рвотой, часто наблюдаются лихорадка, тахикардия, психомоторное возбуждение, диарея и снижение артериального давления. Маркерами этого состояния являются: снижение ТТГ; повышение антител к ТТГ; увеличение Т4 свободного; на УЗИ щитовидной железы наличие гиперваскуляризации и повышения объема щитовидной железы.

При мигрени рвота является частым симптомом, сопровождающим сильную головную боль, тошноту и повышенную чувствительность к свету и звукам. После рвоты при мигрени может наступить облегчение.

При онкологических заболеваниях причинами рвоты могут быть злокачественные новообразования в пищеварительных органах, опухоль и метастатические очаги в печени и головном мозге, интоксикация организма продуктами распада и метаболитами, нарушение функции почек, инфекционно-воспалительные заболевания вследствие снижения иммунитета. Для исключения диагноза опухолевого поражения выполняется онкопоиск: онкомаркеры, широкий комплекс лабораторных и инструментальных исследований.

Таким образом, рвота беременных – диагноз-исключение, требующий точной дифференциальной диагностики.

Клинический случай.

Пациентка Ф. А. И., 33 года поступила в отделение патологии беременности (ОПБ) 04.04.2025 г. по направлению врача женской консультации с диагнозом – Беременность 166 дней. Дихориальная диамниотическая двойня. ОАГА. Рубец матки. Рвота беременных средней степени. Хронический гастрит. Гестационный пиелонефрит.

Жалобы на тошноту, рвоту до 10 раз в сутки, повышенное газообразование, отрыжку. Рвотные массы описывает как «зеленую жидкость». За последние три недели отмечает снижение веса на 3 кг. Со слов пациентки, тошнота и рвота появились накануне наступления

беременности, продолжались в течение всей беременности, вплоть до данной госпитализации, по поводу которых неоднократно поступала в стационар.

Беременность по счету 6 (1 – естественные роды, 2 – кесарево сечение, 3,4 – медикаментозный аборт, 5 – самопроизвольный выкидыш, 6 – настоящая). Первый день последней менструации – 20.10.2024. Гинекологический анамнез – цервикальная эктопия шейки матки. Со слов пациентки, с детства – хронический гастрит. По данным ЭФГДС от 03.10.2024 – недостаточность кардии, катаральный рефлюкс-эзофагит, гастропатия неуточненная, дуодено-гастральный рефлюкс, хеликобактер пилори + (лечение не получала). Во время беременности перенесла ОРВИ с повышением температуры 38 °С до во 2 триместре, кольпит, инфекцию мочевыводящих путей во 2 триместре. На протяжении беременности принимала фолиевую кислоту, препарата магния, кальция, железа, канефрон, йодомарин, кардиомагнил, парацетамол, омепразол, суспен. Работает воспитателем в детском саду.

Общее состояние пациентки при поступлении удовлетворительное. Сознание: ясное. Телосложение: пропорциональное. Масса 50 кг, рост 160 см, прибавка за беременность 0 кг. Объективный статус: Отеков нет. Язык не обложен. Живот мягкий, безболезненный, увеличен зачет беременной матки. Перистальтика кишечника выслушивается, обычная. Печень не увеличена. Желчный пузырь не определяется. Стул ежедневный без особенностей.

Локальный статус: родовой деятельности нет. Матка в нормальном тоне. Сердцебиение плодов ясное, ритмичное, 138/142 уд/мин. Воды не изливались.

При поступлении проведено клинико-лабораторное обследование на уровне приемного отделения [10]. В ОАК – лейкоциты $13,02 \times 10^9/\text{л}$, относительный и абсолютный нейтрофилез, в ОАМ – белок 0,574 г/л, кетоновые тела+, билирубин+, лейкоциты 876,7 мкл, цилиндры 15,48 мкл, бактерии 112,9 мкл, патологический цилиндры 6,53 мкл, амилаза крови – 706,3 ЕД/л. БАК – АЛТ 212,7 ЕД/л, АСТ 91 ЕД/л, калий 2,6 ммоль/л, натрий 128,5 ммоль/л, хлориды 72,7 ммоль/л. Амилаза мочи 212, 1 ЕД/л.

УЗИ ОБП, почек – без патологии. УЗИ плодов – плоды массой 528 г и 546 г, что соответ-

ствуется сроку гестации, нарушений ФПК не выявлено.

На этапе приемного отделения осмотрена хирургом – данных за острую хирургическую патологию не выявлено.

В последующем, учитывая выраженные электролитные нарушения, консилиумом определено состояние пациентки как средней степени тяжести и для дальнейшего наблюдения и терапии пациентка переведена в отделение анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии (ОАРИТ). Назначено: с противорвотной целью – метоклопрамид 2 р/сут, антибактериальная терапия – цефотаксим 1,0 2 р/сут, коррекция электролитных нарушений, инфузионная терапия под контролем темпа диуреза, удельного веса мочи, гематокрита, электролитов крови, профилактика стресс-язв – омепразол. Рекомендовано проведение ЭФГДС после нормализации электролитных нарушений. Выставлен клинический диагноз: Беременность 166 дней. Дихориальная диамниотическая двойня. Рвота беременных средней степени. ОАГА. Послеоперационный рубец матки. Гестационный пиелонефрит. Электролитные нарушения. Хр. Гастрит. Кариес.

В течение 5 дней положительная динамика общего состояния и лабораторных показателей (в т. ч. электролитных). Сохраняются жалобы на вздутие живота и отрыжку после еды. За время наблюдения – рвота однократно съеденной пищей, которая принесла облегчение. Моторика кишечника ослаблена, задержка стула – 2–3 суток, перистальтика выслушивается. Выполнена очистительная клизма. После клизмы – стул регулярный. Дополнительно назначены – нейровит 2 мл в/м 1 р/сут, фолиевая к-та по 1 мг внутрь 3 р/сут. Повторно консультирована хирургом – данных за острую хирургическую патологию нет.

Осмотрена неврологом – на момент осмотра данных за острую неврологическую патологию нет.

Консультация терапевта – Беременность 168 дней. Рвота беременных средней степени. Гестационный пиелонефрит. Анемия легкой степени (гемоглобин 10^9 г/л от 05.04.2025). Хронический гастрит.

Консультация офтальмолога – на момент осмотра без офтальмопатологии.

08.04.2025 в связи с улучшением состояния переведена в отделение патологии бере-

менных с клиническим диагнозом: Беременность 162 дня. Дихориальная диамниотическая двойня. Хронический гастрит, обострение. Гестационный пиелонефрит. Протеинурия вызванная беременностью. Анемия легкой степени. ОАГА. Послеоперационный рубец матки. Кариес.

Назначен: омепразол, гефал, дротаверин, ферролэнд, фолиевая к-та, цефотаксим, гептрал, метоклопрамид.

За время нахождения в ОПБ жаловалась на периодические редкие приступы тошноты, однократную рвоту застойным зеленоватым содержимым.

Консультирована гастроэнтерологом – гастропатия средней степени тяжести, недостаточность кардии, гипертрансаминаземия неуточненная. Рекомендовано: пепсан Р, гастропротекторы.

Получены результаты маркеров гепатитов В и С от 10.04.2025 – отрицательные.

Консультирована инфекционистом – данных за острую инфекционную патологию не выявлено.

Протеинурия сохраняется (0,64 г/л от 14.04.2025). Двукратный посев мочи роста не дал.

Назначено ФГДС на 15.04.2025, согласие пациентки получено.

БАК от 14.04.2025: общий белок 68,9 г/л, альбумин 37,9 г/л, билирубин общий 17,53 мкмоль/л, связанный 7,13 мкмоль/л, амилаза 45,3 Ед/л, АЛТ 533,4 Ед/л, АСТ 223,4 Ед/л, щелочная фосфатаза 118,1 Ед/л, ГГТП 24,7, ЛДГ 234,2, калий 2,83 ммоль/л, натрий 135,3, хлориды 93,4, железо 6,6, СРБ 43,59 мг/л.

Анализ мочи по Нечипоренко от 14.04.2025: лейкоциты 23,5, эритроциты 2,9, цилиндры 0,9, слизь ++, почечный эпителий +.

14.04.2025 женщина снова пожаловалась на однократную обильную рвоту застойным содержимым, после которой наступило облегчение; вздутие живота, слабость во второй половине дня. В связи с возобновившимися жалобами, отрицательной лабораторной динамикой для дальнейшего наблюдения и лечения пациентка переведена в ОАРИТ с клиническим диагнозом: Беременность 168 дней. Дихориальная диамниотическая двойня. Хронический гастрит, обострение. Внутривенный холестаза. Гестационный пиелонефрит. Протеинурия вызванная беременностью. ОАГА. Послеоперационный рубец матки. Кариес.

❑ Случай из практики

Осмотрена неврологом – признаков органического поражения нервной системы не выявлено.

Маркеры аутоиммунных заболеваний отрицательные, что исключает целиакию (АТ к глиадину IgA 0,7 U/мл, АТ к глиадину IgG 0,4 U/мл, АТ к ткан. транскламиназе IgA 0,8 U/мл, АТ к ткан. транскламиназе IgG 1,4 U/мл).

Онкомаркеры – СЕА-S 2,14 нг/мл, АФП 332,68 нг/мл, СА 19–9 52,43 МЕ/мл.

ЭФГДС от 15.04.2025 – в просвете пищевода мутное содержимое с примесью пищи, кардия не смыкается, в желудке большое количество мутного содержимого с примесью пищевых масс. Аспирировано около 1 л, пища забивает канал эндоскопа. Показано повторное исследование после подготовки.

ЭГДС повторно: кардия не смыкается, желудок с каскадным перегибом в средней трети, увеличен в размерах, атоничен, перистальтика не прослеживается, пилорус зияет, проходим – недостаточность кардии. Эритематозная гастропатия 1 степени воспаления. Признаки нарушения эвакуации из желудка.

Решением консилиума назначено энтеральное питание на основе неразветвленных аминокислот, глюкозы, липидов начиная методом сиппинга. Начата профилактика РДС плодов. Назначено промывание желудка ледяной водой 2 р/сут с целью стимуляции кишечника.

На следующий день учитывая ухудшение состояния, обусловленное резким нарушением эвакуаторной функции желудка, полную невозможность энтерального питания, а также недостаточную информативность проведенных методов обследования, консилиумом решено с целью диагностики образований органов брюшной полости (инфильтративного образования желудка) по жизненным показаниям со стороны матери принято решение о проведении СКТ брюшной полости с контрастированием.

УЗИ ОБП от 17.04.2025 – УЗ-признаки атонии желудка, гипотонии двенадцатиперстной кишки. Низкий волемический статус.

17.04.2025 – СКТ ОБП, болюсное усиление – инфильтративный процесс в брыжейке тонкой кишки (объемное образование брыжейки, лимфопролиферативный процесс) и тромбоз нижней полой вены с отеком брыжейки тонкой кишки. Гепатомегалия. Признаки портальной гипертензии.

Выполнено ЭФГДС – недостаточность кардии. Желудок с каскадным перегибом в средней трети, увеличен в размерах, атоничен, перистальтика вялая, прослеживается у привратника. Признаки сдавления нижнегоризонтальной ветви постбульбарного отдела двенадцатиперстной кишки.

Рентгенография желудка, пищевода с контрастом – субкомпенсированный стеноз горизонтального и восходящего отделов ДПК.

По данным клинко-рентгенологических исследований выявлено опухолевое поражение дистального отдела двенадцатиперстной кишки, характер опухолевого процесса остается неясным. Учитывая хроническую гастродуоденальную недостаточность, атонию желудка, нарушение пассажа по кишечной трубке, необходимость энтерального питания, решением консилиума пациентке назначена плановая операция на 21.04.2025 в объеме: лапаротомия, наложение гастроэнтероанастомоза. Окончательный объем хирургического вмешательства будет определен при ревизии брюшной полости во время оперативного вмешательства.

Диагноз до операции: Опухолевое поражение дистального отдела ДПК. Хроническая гастродуоденальная недостаточность. Атония желудка. Беременность 174 дня. Дихориальная диамниотическая двойня. Электролитные нарушения (компенсированные). Гипертрансаминаземия неуточненная. Полифакторная анемия средней степени. Гипоальбуминемия. Дефицит массы тела (ИМТ 18,4). ОАГА. Послеоперационный рубец матки. Гестационный пиелонефрит (пролечен). Недостаточность кардии. Кариес.

Протокол операции: Верхне-срединная лапаротомия. В брюшной полости выпота нет. При ревизии органов брюшной полости: печень нормальных размеров, поверхность гладкая, дополнительных образований не содержит, нарушения целостности нет. Желчный пузырь не увеличен, стенка не утолщена. Желудок значительно увеличен в объеме. Передняя стенка желудка не изменена. Луковица 12-перстной кишки расширена до 4,0 см в диаметре. Петли тонкой кишки не расширены, вяло перистальтируют, сероза блестящая. В брыжейке тонкой кишки определяется хрящевидной плотности инфильтрат 7,0×4,0×4,0 см несколько смещаемый, инъецирован сосуда. В данную опу-

холь втянуто несколько петель тонкой кишки (на расстоянии около 100–120 см от связки Трейца), брыжеечный край в с/3 поперечно-ободочной кишки (без стенозирования просвета), выходные отделы 12-перстной кишки. Опухоль контактно кровоточива. В связи с тяжестью состояния пациентки, наличием беременности (26 недель), высоким риском развития кровотечения принято решение ограничиться цитологическим исследованием для верификации диагноза. Взяты мазки на цитологию. В брыжейке пальпаторно и визуально не определяются увеличенные лимфатические узлы. При дальнейшей ревизии: толстая кишка во всех отделах не изменена, сероза блестящая. Дивертикулов нет. Матка увеличена в объеме, поверхность гладкая. Учитывая вовлечение в опухолевый конгломерат не только двенадцатиперстной кишки, но и петель тощей кишки, с целью восстановления пассажа по кишечной трубке принято решение о формировании гастроэнтероанастомоза. Для предотвращения образования порочного круга сформирован обходной энтеро-энтероанастомоз по Брауну.

Диагноз после операции: Опухоль брыжейки ободочной кишки с прорастанием в стенку ДПК, тощей кишки, поперечно-ободочной кишки. Дуоденальная непроходимость. Атония желудка. Беременность 176 дней. Дихориальная диамниотическая двойня.

С целью коррекции психоэмоционального состояния пациентке проводилось психологическое консультирование.

После операции состояние пациентки остается средней степени тяжести. Жалоб активно не предъявляет. Перистальтика кишечника вялая, газы отходят, стул был единожды – незначительный, кашицеобразный. Производится учет отделяемого по назогастральному зонду – зеленое застойное содержимое. Пациентка находится под наблюдением акушера-гинеколога и хирурга. Продолжается парентеральное питание, гастропротективная терапия, метоклопрамид, антибиотикотерапия, инфузионная терапия.

Проведена повторная профилактика РДС плодов.

05.05.2025 с целью уточнения диагноза и дальнейшего лечения пациентка переводится в РНПЦ онкологии и медицинской радиологии им. Н. Н. Александрова, где 08.05.2025

была произведена диагностическая лапаротомия с устранением спаечной кишечной непроходимости, биопсией опухоли, энтеролизом, висцеролизом и одномоментным родоразрешением путем операции кесарево сечение в сроке беременности 28 недель.

Результаты КТ – картина опухоли в корне брыжейки тонкой кишки (петли кишок сближены, на этом фоне в области корня брыжейки («стелящаяся» вдоль брыжейки) тонкой кишки между желудком и 12 ПК, определяется неправильной формы опухоль, накапливающая контрастное вещество, размерами 46×28 мм, интимно прилежащая к стенкам 12ПК, крупные сосуды интактны. Л\узлы брюшной полости и забрюшинные Л\у не увеличены). Гастроудоденостаз.

Получено гистологическое заключение – морфологическая картина веретенноклеточной мягкотканной опухоли без признаков высокой степени злокачественности, в наибольшей степени соответствует агрессивному фиброматозу.

Консилиумом был выставлен заключительный диагноз: Агрессивный фиброматоз забрюшинного пространства с локализацией в области корня брыжейки поперечно-ободочной кишки, инвазией в верхнебрыжеечные сосуды, корень mesocolon, нижнегоризонтальную ветвь ДПК и начальный отдел тощей кишки. Декомпенсированный стеноз ДПК, состояние после гастроэнтеростомии. Спаечная тонкокишечная непроходимость, гастродуоденостаз. Вынесено решение: с учетом распространенности процесса, выполнение хирургического лечения невозможно, проведение лучевой терапии не показано, показано проведение таргетной терапии – Сорафениб 200 мг 2 таб 2 р\сутки ежедневно в течение 3 месяцев с последующим контролем КТА ОБП, ОМТ.

14.05.2025 в удовлетворительном состоянии пациентка выписана из стационара под наблюдение онколога, хирурга, акушера-гинеколога по месту жительства.

Авторы заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Литература

1. Bailit, J. L. Hyperemesis gravidarum: Epidemiologic findings from a large cohort // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2005. – Vol. 193. – P. 811–814.
2. Чикалова, К. И. Тошнота и рвота беременных – актуальные аспекты патогенеза (обзор) / К. И. Чика-

❑ Случай из практики

лова, Г. О. Гречканев, Л. Д. Андосова // Медицинский альманах. – 2025. – № 2. – С. 16–13.

3. Шостак, В. А. Прикладное акушерство. Ч. 1: Антенатальное акушерство / В. А. Шостак. – Минск: Беларусь, 2019. – 462 с.

4. Niemeijer, M. N., Grooten I. J., Vos N. et al. Diagnostic markers for hyperemesis gravidarum: a systematic review and metaanalysis // *Am J Obstet Gynecol.* – 2014. – Vol. 211(150). – P. 1–15.

5. Fejzo, M., Rocha N. GDF15 linked to maternal risk of nausea and vomiting during pregnancy / M. Fejzo, N. Rocha, I. Cimino [et al.] // *Nature.* – 2024. – № 625. – P. 760–767.

6. Ng, Q. X., Venkatanarayanan, N. A meta-analysis of the association between *Helicobacter pylori* infection and hyperemesis gravidarum / Q. X. Ng, N. Venkatanarayanan // *Helicobacter.* – 2018. – № 23.

7. Клинические рекомендации Российской Федерации 2024 «Чрезмерная рвота беременных».

8. Сидоренко, В. Н., Шостак В. А. Патология печени у беременных: учебно-методическое пособие / В. Н. Сидоренко, В. А. Шостак, Е. Н. Яговдик-Тележная. – Минск: БГМУ, 2011. – 108 с.

9. Ahmed, K. T., Almashhrawi A. A., Rahman R. N. et al. Liver diseases in pregnancy: diseases unique to pregnancy // *World J. Gastroenterol.* – 2013. – Vol. 19. – P. 7639–7646.

10. Клинический протокол Республики Беларусь 2018 «Медицинское наблюдение и оказание медицинской помощи женщина в акушерстве и гинекологии» № 17.

References

1. Bailit, J. L. Hyperemesis gravidarum: Epidemiologic findings from a large cohort // *Am. J. Obstet. Gynecol.* – 2005. – Vol. 193. – P. 811–814.

2. Chikalova, K. I. Toshnota i rvota beremennykh – aktualnye aspekty patogeneza (obzor) / K. I. Chikalova, G. O. Grechkanev, L. D. Andosova // *Medicinskiy almanach.* – 2025. – № 2. – S. 6–13 [in Russian].

3. Shostac, V. A. Prikladnoye akusherstvo: C 1. Antenatalnoye akusherstvo / V. A. Shostac. – Minsk: Belarus, 2019. – 462 s. [in Russian].

4. Niemeijer, M. N., Grooten I. J., Vos N. et al. Diagnostic markers for hyperemesis gravidarum: a systematic review and metaanalysis // *Am J Obstet Gynecol.* – 2014. – Vol. 211(150). – P. 1–15.

5. Fejzo, M., Rocha, N. GDF15 linked to maternal risk of nausea and vomiting during pregnancy / M. Fejzo, N. Rocha, I. Cimino etc. // *Natur.* – 2024. – № 625. – P. 760–767.

6. Ng, Q. X., Venkatanarayanan, N. A meta-analysis of the association between *Helicobacter pylori* infection and hyperemesis gravidarum / Q. X. Ng, N. Venkatanarayanan // *Helicobacter.* – 2018. – № 23.

7. *Clinicheskkiye rekomendacii Rossiyskoy Federacii 2024 “Chrezmernaya rvota beremennich”.*

8. Sidorenko, V. N., Shostac, V. A. Patologiya pecheni u beremennykh: uchebno-metodicheskoye posobiye / V. N. Sidorenko, V. A. Shostac, E. N. Yagovdic-Telezhnaya. – Minsk: BGMU, 2011. – 108 s. [in Russian].

9. Ahmed, K. T., Almashhrawi A. A., Rahman R. N. et al. Liver diseases in pregnancy: diseases unique to pregnancy // *World J. Gastroenterol.* – 2013. – Vol. 19. – P. 7639–7646.

10. *Clinicheskyy protocol Respubliki Belarus 2018 “Medicinskoye nabludeniyе i okasaniyae medicinskoy pomoschi zhenschinam v akusherstve i gynecologii” № 17.*

Поступила 26.09.2025 г.