

— филогенетически обусловленные аномалии пищеварительной системы: свищи шей (как следствие прорыва жаберных карманов), укорочение кишки, персистирование клоаки, гомодонтная зубная система и др.;

— мочевыделительной и половой систем: сохранение мезонефроса, удвоение мочеточника и др., двурогая матка, двойная матка и влагалище (по типу параллелизма) [2, 4].

Заключение

Таким образом, знания взаимодействия процессов онтогенеза и филогенеза, а также механизмов формирования пороков развития у человека в ходе филогенеза позволят врачу делать правильную ориентацию на онтофилогенетические факторы, которые являются биологической основой для формирования и проявления пороков раннего эмбрионального, эмбрионального и раннего постнатального периодов развития органов и систем человека, сопровождающие пороки развития, и дают возможность найти правильный подход к профилактике, диагностике и лечению.

ЛИТЕРАТУРА

1. Андреев, В. П. Биологический словарь / В. П. Андреев, С. А. Павлович, Н. П. Павлович. — Минск: Выш. шк., 2011. — 336 с.
2. Бекиш, О.-Я. Л. Медицинская биология / О.-Я. Л. Бекиш. — Минск: Ураджай, 2000. — С. 271–295.
3. Биология: учебник: в 2 кн. Кн. 2 / под ред. В. Н. Ярыгина. — М.: Высш.шк., 2000. — С. 60–151.
4. Медицинская биология и общая генетика / Р. Г. Заяц [и др.] — Минск: Выш. шк., 2012. — С. 284–313.
5. Хадрон, Э. Общая зоология / Э. Хадрон, Р. Венер. — М.: Мир, 1989. — С. 468–477.

УДК 618.14-002-003.92

ЭНДОМЕТРИОЗ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО РУБЦА В ПРАКТИКЕ ВРАЧА

Корбут И. А., Адамович Д. М.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Эндометриоз — заболевание, связанное с разрастанием ткани, подобной эндометрию, за пределами слизистой оболочки матки [1]. В структуре гинекологической патологии он занимает третье место, уступая только воспалительным заболеваниям и миомам. Оно встречается у 10–50 % женщин репродуктивного возраста, у 21 % пациенток с бесплодием диагностируется при лапароскопии.

Этиология данного заболевания многообразна, есть сведения о роли иммунологических, гормональных, метаболических нарушений. Важное значение придается наследственности, что прослеживается в генеалогическом анамнезе. У пациенток низкого социально-экономического статуса частота возникновения эндометриоза выше, чем в популяции [2].

Патогенез эндометриоза многозначен, имеются теории: транспортная, гормональная, целомической метаплазии, эмбриональных клеточных гамартий, иммунологических концепций.

К предрасполагающим факторам ряд авторов относит высокий индекс перенесенных инфекционных заболеваний бактериальной и вирусной этиологии, особенно в детском и пубертатном возрасте; расстройства менструальной функции в пубертатном периоде; осложненные роды, кесарево сечение, аборт; стрессовые ситуации; диатермокоагуляция шейки матки, которая часто используется для лечения эрозий.

Классификация эндометриоза:

— генитальный: внутренний (тело матки и интерстициальный отдел маточных труб) и наружный (влагалище, шейка матки, яичники, маточные трубы);

— экстрагенитальный (кишечник, мочевой пузырь, легкие и др.).

Наиболее часто встречается генитальный эндометриоз, а частота экстрагенитальных форм составляет от 6 до 14 % [3]. Одной из редких локализаций является эндометриоз послеоперационного рубца. Эндометриоз рубца развивается чаще всего после гинекологических операций на матке, поэтому при операции на матке следует проявлять осторожность во избежание трансплантации клеток эндометрия. При осмотре рубца обнаруживают синюшные образования различной величины, откуда во время менструации может выделяться кровь. Все локализации эндометриоза характеризуются длительным прогрессирующим течением заболевания, наличием болей, особенно резко выраженных в предменструальный период или во время менструации. Лечение этой патологии предпочтительнее комбинированное с учетом возраста больной, заинтересованности в беременности, локализации и степени распространения процесса, тяжести клинического течения, характера и степени эндокрино-иммунных нарушений [4].

Цель

Описание клинического случая экстрагенитального эндометриоза.

Методы исследования

Описание наблюдения.

Результаты исследования и их обсуждение

Пациентка З., 32 года, в течение 3-х лет беспокоят боли в области рубца после двух операций кесарева сечения, имеющие четкую связь с менструальным циклом.

За последний год боли усилились, по поводу чего обращалась к акушеру-гинекологу по месту жительства, выставлен диагноз «Эндометриоз тела матки» и введена внутриматочная спираль с левоноргестрелом. Поступила в гинекологическое отделение УГОКБ в связи с сохраняющимся болевым синдромом. Из анамнеза: менструации с 13 лет по 7 дней через 28 дней, 2 беременности завершились срочными родами путем операции кесарева сечения. Послеоперационный период протекал без осложнений, заживление per primam.

Объективно: состояние удовлетворительное, кожные покровы и видимые слизистые чистые, обычной окраски. Живот мягкий безболезненный. При осмотре: по средней линии живота в верхней трети послеоперационного рубца после нижнее-срединной лапаротомии пальпируется плотная болезненная несмещаемая опухоль до 7 см в диаметре.

Гинекологическое исследование: влагалище свободное, шейка матки визуально не изменена, из наружного зева — нити ВМС. Матка в положении anteflexio,-versio, не увеличена, подвижная, безболезненная, плотная. Придатки пальпаторно не изменены. Клетчатка без инфильтративных изменений. Выделения слизистые.

Клинический диагноз: экстрагенитальный эндометриоз — эндометриоз послеоперационного рубца. ВМС.

Было выполнено УЗИ мягких тканей — по срединной линии ниже пупка в мягких тканях передней брюшной стенки определяется участок пониженной эхогенности овальной формы, размеры 41 × 16 × 40 мм с неровными, нечеткими контурами, достаточно однородной внутренней структурой, без собственного кровотока. Заключение: очаговое образование передней брюшной стенки.

УЗИ малого таза: размеры матки: 54 × 48 × 56 мм, миометрий однородный. М-эхо 5 мм. Правый яичник — 28 × 12,5 мм, левый яичник — 35 × 16 мм, обычной эхоструктуры. В полости матки ВМС в типичном месте. Свободной жидкости в заднем своде нет.

После проведенной предоперационной подготовки под эндотрахеальным наркозом совместно с хирургом была выполнена операция иссечения образования передней брюшной стенки, послеоперационный период протекал без осложнений, швы сняты на 8 сутки — заживление первичным натяжением. Патологогистологическое исследование: заключение: эндометриоз брюшной стенки. Рекомендовано: прием диеногеста в непрерывном режиме до 6 месяцев. Пациентка выписана под наблюдение врача женской консультации.

Заключение

Описанный клинический случай представляет интерес для практических врачей с целью настороженности по данной нозологии. Пациентки с оперативным родоразрешением в анамнезе относятся к группе риска по развитию эндометриоза, а каждый случай экстрагенитального эндометриоза требует тщательного обследования и подготовки, а также подбора адекватного лечения для профилактики рецидивов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гинекология: учебник / Б. И. Баисовап [и др.]; под ред. Г. М. Савельевой, В. Г. Бреусенко. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. — С. 191–208.
2. Дуда, В. И. Гинекология: учеб. / В. И. Дуда. — Минск: Адукацыя і выхаванне, 2012. — С. 507–517.
3. Bulun, S. Endometriosis / S. Bulun // New England Journal of Medicine. — 2009. — Vol. 360. — P. 268–279.
4. Update on the treatment of endometriosis / S. Kim [et al.] // Clinical Experimental Reproductive Medicine. — 2013. — Vol. 40. — P. 55–59.

УДК 618.33 (520)

ОСОБЕННОСТИ АКУШЕРСКОЙ ПОМОЩИ В ЯПОНИИ

Корбут И. А., Накамура Т., Икеда Т.

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь
«Детская больница префектуры Нагано»
г. Нагано, Япония**

Введение

Япония — одна из самых высокоразвитых стран мира, занимающая 2–3 место по объему валового внутреннего продукта на душу населения. Численность населения около 130 млн человек, которые проживают на 4 крупных островах и нескольких мелких. Относительно небольшая площадь территории сопряжена с наличием труднодоступных районов — горные, островные. Вышеперечисленное обуславливает необходимость оптимизации оказания медицинской помощи.

Цель

Проанализировать организацию системы акушерской помощи в Японии.

Материалы и методы исследования

В течение 3 месяцев находясь на стажировке в больнице префектуры Нагано, посещая клинические лекции и участвуя в работе акушерского отделения и отделения интенсивной терапии для детей, а также участвуя в экстренных выездах по санитарной авиации, осуществлялось знакомство с системой оказания медицинской помощи в Японии.

Результаты исследования и их обсуждение

Амбулаторно-поликлиническая помощь женскому населению оказывается в системе государственных и частных клиник, иногда представляющих собой только кабинет в жилом доме. Тем не менее, они оснащены необходимым минимумом оборудования, включая аппарат УЗИ и кольпоскоп, что позволяет осуществить достаточный объем диагностических и лечебных процедур. Система стационарной акушерской помощи представлена более чем 3 тыс. больниц, которые структурированы в несколько уровней — от первого, районного, до третьего — на уровне главной больницы префектуры. При этом, пациентка повышенного перинатального риска может быть направлена в клинику третьего уровня, но окончательное решение может принять семья и выбрать для родоразрешения ближайший стационар. Роддома первого уровня в своем штате могут не иметь неонатологов, в этом случае из главной больницы префектуры будет направлена бригада неонатологов для оказания помощи ребенку.

За 2013 г. в Японии было 42 случая материнской смертности. Причины следующие: 28 % обусловлены кровотечениями, 10 % — ТЭЛА, 13 % — эмболией околоплодными водами, 9 % — кровоизлияниями в мозг, 13 % — заболеваниями сердца. В случае материнской смертности, общество акушеров-гинекологов сообщает в правительство дан-