

Клинический случай

И. А. КОРБУТ¹, Т. Н. ЗАХАРЕНКОВА¹, А. И. КРАВЧЕНОК², С. Е. МАЛЬЦЕВА²

**К ВОПРОСУ О ВАЖНОСТИ СОБЛЮДЕНИЯ
КЛИНИЧЕСКИХ ПРОТОКОЛОВ**

¹УО «Гомельский государственный медицинский университет»

²Учреждение «Гомельская областная клиническая больница»

Самопроизвольный аборт — самое частое осложнение беременности. Частота его составляет от 10 до 20 % всех клинически диагностированных беременностей. Около 80% выкидышей происходит до 12 недель беременности. Среди частых причин его развития это связано с хромосомными дефектами, реже выделяют — анатомические, эндокринные, инфекционные, иммунные факторы.

Последствия этого могут быть серьезными, иногда необратимыми. Поэтому, следует всегда помнить, что при прерывании беременности женщина рискует своим здоровьем, будущим материнством и своим женским счастьем.

Цель: показать на данном клиническом случае эффективность принятых протоколов ведения пациентов с данной патологией в РБ.

Материалы и методы: Пациентка З., 32 лет, была переведена в отделение гинекологии УГОКБ в экстренном порядке из ЦРБ с жалобами на боли в нижних отделах живота и слабость.

Из анамнеза установлено, что первый день последней менструации — 29 сентября 2013 г. Менструации с 14 лет по 5 дней, через 28 дней, умеренные, безболезненные. Беременностей не было. С сентября 2013г. по январь 2014 г находилась в туристической поездке. В ноябре 2013 г. на фоне отсутствия менструации был выполнен тест на беременность — положительный, обратилась к врачу (госпиталь Ангра Дош, Бразилия), выставлен диагноз «Беременность 7 недель», УЗИ не проводилось. С 10 декабря 2013 г появились кровянистые выделения из половых путей, обратилась к врачу, выставлен диагноз «Беременность 7 недель, аборт в ходу», кюретаж полости матки не выполнялся. Мажущие кровянистые выделения сохранялись до 8 января 2014 г, обратилась к гинекологу в ЦРБ. После осмотра был выставлен диагноз «Неразвивающаяся шеечная беременность» и была предпринята попытка выскабливания полости матки, вызвавшая обильное кровотечение, остановленное консервативно — трансфузия СЗП, инъекции этамзилата натрия и тампонада влагиалища перед транспортировкой в ГОКБ.

УЗИ малого таза от 09.01.2014 (МГЦ) — матка 56×42×54 мм, контуры четкие, ровные, миометрий однородный. В цервикальном канале определяется хориальная ткань с обильным кровоснабжением 23×17×25 мм. Мышечный слой шейки матки истончен до 5,8 мм. Полость матки по передней стенке без четких контуров, повышенной эхогенности толщиной 9 мм. Левый яичник 56×44×43 мм с желтым телом 46×42×43 мм. Правый яичник 44×32×34 мм с желтым телом 35×30×31 мм. Заключение: развивающаяся беременность в цервикальном канале? аборт в ходу? шеечная беременность?

КТ (10.01.2013) Заключение: картина объемного образования матки. Кисты обоих яичников. Нельзя исключить трофобластическую болезнь и сопутствующие ей лютеиновые кисты яичников.

УЗИ органов брюшной полости (11.01.14) — эхоскопически без патологии.

Обзорная рентгенография органов грудной клетки (14.01.14) — легочной рисунок усилен. Корни легких структурные. Срединная тень не смещена. Синусы свободные.

Лабораторные исследования: анемия легкой степени (гемоглобин 102 г/л) и *St. aureus* 107 КОЕ в посевах из ц/канала.

Результаты выбранной тактики. Консилиумом в УГОКБ был выставлен диагноз: Неполный самопроизвольный аборт (плацентарный полип шейки матки). Вагинит.

По решению консилиума 15.01.2014 был выполнен коретаж слизистой цервикального канала и полости матки, из цервикального канала удалены остатки плацентарной ткани, из полости матки – сгустки крови. Материал был отправлен на патологистологическое исследование. Продолжено консервативное лечение: диаферрум по 1 т. 2 р/сутки внутрь, санация влагалища тержинаном, ципрофлоксацин по 250 мг/ 3 р/сутки внутрь.

Патологистологическое заключение: кровь, фрагменты некротизированных тканей, похожих на децидуальную.

После проведенного курса антианемической и антибактериальной терапии, УЗИ контроля пациентка была выписана домой в удовлетворительном состоянии. Следующая менструация прошла обычно. В настоящее время женщина проходит прегравидарную подготовку.

Заключение

Согласно клиническим протоколам, принятым в РБ:

— после обследования у акушера-гинеколога пациентка с клиническими признаками беременности направляется на УЗИ (в сроке гестации 10–12 недель);

— диагноз «Аборт в ходу» является показанием для *abrasio cavii uteri* и последующим УЗ-контролем.

Тактика ведения этой пациентки в гинекологическом отделении УГОКБ позволила сохранить ей репродуктивную функцию с хорошим прогнозом, шансом стать матерью.

И. А. КОРБУТ¹, К. А. РУДЕНКОВА¹, Т. В. АНИСКЕВИЧ²

КИСТЫ ЯИЧНИКОВ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

¹УО «Гомельский государственный медицинский университет»

²Учреждение «Гомельская областная клиническая больница»

Киста яичника — полое образование, возникновение которого зачастую сопряжено с гормональным сбоем в организме.

Цель: проанализировать диагностику и лечение опухолевых образований яичника.

Материалы и методы: Ретроспективный анализ 60 историй болезни женщин репродуктивного возраста с кистами яичников, находившихся на лечении в отделении гинекологии УГОКБ за период 01.01.2013 – 31.03.2014 гг.

Статистическая обработка: программа «Statistica 6.0». Количественные данные описаны с помощью медианы и интерквартильного размаха, качественные признаки — доли и ошибки доли.

Результаты исследования и их обсуждения: Средний возраст обследованных составил 33,5 (23,0; 43,0) г. У 50 (83,3 ± 4,9 %) женщин продолжительность менструального цикла 21–28 день, у 10 (16,7 ± 4,9 %) — 28–35 дней. Клинические проявления заболевания наблюдались у 39 (65,0±6,6%) женщин, и у 21 (35,0 ± 6,2 %) — кисты были выявлены при проведении УЗИ-скрининга, $\chi^2 = 8,02$, $p = 0,005$. Клинические проявления в виде периодических болей внизу живота, усиливающихся перед менструацией, альгодисменореи и диспареунии преобладали у пациенток с эндометриодными кистами — 18 (30,0 ± 6,0 %). Это объясняется имплантацией клеток эндометрия в ткань яичников, при ретроградном заносе менструальной крови в брюшную полость и распространении ее на органы и ткани. Слабость и боли внизу живота были у женщин с разрывом кисты желтого тела 10 (16,7 ± 4,9 %), что совпадает с литературными данными [2]. Ощущение распирания и тяжести внизу живота наблюдались у обследованных с пар-