

ческие расстройства и расстройства поведения (12 %), болезни эндокринной системы, расстройства питания, нарушения обмена веществ (10 %), новообразования (8,7 %), болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (7 %). В течение анализируемого периода, регистрировалось увеличение показателя ПИ в 2,1 раза (с 1,41 в 2003 г. до 2,36 на 10 тыс. детского населения в 2017 г.) вследствие болезней эндокринной системы, расстройства питания, нарушения обмена веществ, в 1,6 раза (с 2,22 в 2003 г. до 3,53 на 10 тыс. детского населения в 2017 г.) вследствие психических расстройств и расстройств поведения, на 28,4 % (с 1,41 в 2003 г. до 2,36 на 10 тыс. детского населения в 2017 г.) вследствие болезней нервной системы, на 10,1 % (с 4,56 в 2003 г. до 5,02 на 10 тыс. детского населения в 2017 г.) вследствие врожденных аномалий, деформаций и хромосомных нарушений.

Выводы

Изучение показателей инвалидности населения Республики Беларусь в период 2003–2017 гг. выявило неблагоприятные тенденции в ее динамике: регистрировалось увеличение численности накопленного контингента инвалидов и уровня накопленной инвалидности, как в целом, так и среди взрослого и детского населения; с 2010 г. наблюдалось ежегодное увеличение как числа ВПИ детей, так и уровня первичной детской инвалидности. В структуре причин ПИ взрослого населения ведущими причинами являлись болезни системы кровообращения, новообразования, болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани, травмы, отравления и другие воздействия внешних причин, среди детского населения — врожденные аномалии, деформации и хромосомные нарушения, болезни нервной системы, психические расстройства и расстройства поведения, болезни эндокринной системы, расстройства питания, нарушения обмена веществ, новообразования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Всемирный доклад об инвалидности. — ВОЗ, Женева, 2011. — 28 с.
2. *Смычек, В. Б.* Основы МКФ / В. Б. Смычек. — Минск: БГАТУ, 2015. — 432 с.
3. *Смычек, В. Б.* Экспертно-реабилитационная помощь в Республике Беларусь / В. Б. Смычек, А. В. Копыток. — Минск: БГАТУ, 2012. — 536 с.
4. *Смычек, В. Б.* Часть 1. Показатели инвалидности, 2017 г. // Информационно-статистический сборник по медицинской экспертизе и реабилитации в Республике Беларусь: в 2 ч. / Респ. науч.-практ. центр мед. экспертизы и реабилитации: сост. В. Б. Смычек, А. В. Копыток, С. И. Луцинская. — Минск, 2018. — 114 с.

УДК 618.11-008.61

СЛУЧАЙ ГИПЕРСТИМУЛЯЦИИ ЯИЧНИКОВ В ЕСТЕСТВЕННОМ ЦИКЛЕ

Корбут И. А.¹, Узлова А. В.², Чуvasова А. С.²

¹Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

²Учреждение

«Гомельская областная клиническая больница»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Синдром гиперстимуляции яичников (СГЯ, шифр по МКБ-10 N 98) — это заболевание, характеризующееся образованием множественных кист яичников и системным перераспределением жидкости в организме с формированием асцита, гидроторакса и анасарки. Этот гетерогенный симптомокомплекс возникает обычно в ответ на введение гонадотропинов и в настоящее время рассматривается как системный воспалительный процесс эндотелиального слоя сосудов, представляющий собой чрезмерную системную реакцию организма. СГЯ проявляется комплексом клинических симптомов и лабораторных показателей. Эта патология встречается в 10,6–14 % всех циклов вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ), частота тяжелых форм 0,2–5 %. Летальность при СГЯ составляет от 1/45 000 до 1/500 000 женщин.

Факторами риска СГЯ являются: возраст младше 35 лет, астеническое телосложение, синдром поликистозных яичников, высокий исходный уровень эстрадиола (> 400 пмоль/л),

множество фолликулов в результате стимуляции суперовуляции (более 35), а также протоколы стимуляции суперовуляции с мочевыми гонадотропинами (меногон*, хумегон*), высокие дозы гонадотропинов, беременность, эпизоды СГЯ в анамнезе.

Искусственная суперовуляция в программах вспомогательных репродуктивных технологий направлена на одновременное созревание 10–20 и более фолликулов в целях выбора лучшей яйцеклетки, что нарушает физиологический принцип. Яичники при этом увеличиваются в объеме, в них формируются множественные кисты, может возникнуть разрыв кист с внутрибрюшным кровотечением.

По времени развития выделяют два вида СГЯ:

— ранний — сразу после пункции фолликулов или в течение первых 7–10 дней перед переносом эмбриона в полость матки;

— поздний — в период имплантации и ранних сроков беременности.

Ранний синдром сопряжен с высокой частотой самопроизвольных выкидышей. Поздний синдром объясняется значительным повышением уровня хорионического гонадотропина в период имплантации и ранних сроков беременности. Если после переноса эмбриона в полость матки происходит имплантация оплодотворенной яйцеклетки, то в большинстве случаев отмечается ухудшение общего состояния женщины, которое длится примерно до 12-недельного срока беременности. Чем раньше возникает симптоматика синдрома, тем тяжелее его течение. Если после гиперстимуляции яичников беременность не наступает, то возникшие симптомы патологии исчезают при наступлении менструации.

Цель

Представить случай синдрома гиперстимуляции яичников в естественном цикле.

Материал и методы исследования

Проспективное наблюдение, анализ медицинской карты стационарного больного. Получено согласие на обработку персональных данных.

Результаты исследования и их обсуждение

Пациент В., 20 лет, поступила в гинекологическое отделение ГОКБ с жалобами на боль внизу живота, тошноту, однократную рвоту. На учете по беременности с 8 недель, беременность желанная, наступила спонтанно в естественном цикле. В ранние сроки находилась на стационарном лечении в связи с угрожающим выкидышем. За 3 дня до госпитализации появились боли внизу живота. Обратилась к врачу женской консультации по месту жительства, выполнено УЗИ органов малого таза, на котором было выявлено увеличение размеров яичников мультифолликулярной структуры. Была госпитализирована в гинекологическое отделение Жлобинского родильного дома, в связи с усилением боли была переведена в гинекологическое отделение ГОКБ. Менструации с 14 лет, по 4–5 дней, через 30 дней регулярные, последние месячные 15.04.2018. Настоящая беременность вторая, первая завершилась самопроизвольным прерыванием в сроке 5 недель в 2017 г. Объективно пульс 76 уд/мин, ритмичный, АД 90/60 мм рт. ст., частота дыхания 16 в минуту. Вес 56 кг, рост 173 см, индекс массы тела 19 кг/м² (понижен). При бимануальном исследовании была выявлена беременная матка до 8–9 недель, а также над маткой в правой подвздошной области подвижное образование 10 × 9 см, чувствительное при пальпации, слева от матки образование 6 × 8 см, безболезненное.

По УЗИ малого таза: в полости матки плодное яйцо с эмбрионом, КТР 28 мм — 8 недель 4 дня, сердцебиение +, движения +, хорион по передней стенке матки. Правый яичник: 136,9 × 112,3 мм. Фолликулярный аппарат дифференцируется, поликистозного строения. Левый яичник 143 × 83,8 мм. Фолликулярный аппарат дифференцируется, поликистозного строения. Позадиматочное пространство: свободная жидкость в умеренном количестве.

Был выставлен диагноз: Беременность 8–9 недель. Синдром гиперстимуляции яичников средней тяжести.

При проведении клинико-инструментального обследования была выявлена свободная жидкость в брюшной полости по УЗИ в умеренном количестве (около 1 л), незначительная венгеруломегалия бокового желудочка головного мозга (по данным МРТ). Остальные лабораторные и инструментальные показатели были в пределах референсных значений. При оценке суточного диуреза была выявлена задержка жидкости в организме до 300 мл.

Лечение проводилось с использованием инфузионной терапии кристаллоидами (раствор Рингера) и коллоидами (гидроксиэтилкрахмал) для сохранения внутрисосудистой жидкости, восстановления онкотического давления и коррекции гипонатриемии. Для профилактики венозных тромбоэмболических осложнений использовался низкомолекулярный гепарин (эноксапарин натрия). Проводился мониторинг клинических данных, объема свободной жидкости в брюшной полости.

Через неделю после начала лечения пациента перестала беспокоить боль, через 3 недели яичники уменьшились в размерах до обычных, свободная жидкость в брюшной полости перестала лоцироваться и женщина была выписана домой в удовлетворительном состоянии. В настоящее время беременность прогрессирует.

Заключение

Синдром гиперстимуляции яичников крайне редко наблюдается в естественном цикле, однако наличие факторов риска (возраст младше 35 лет, астеническое телосложение), данные клиничко-инструментального обследования позволяет заподозрить данное осложнение, а данные обследования — подтвердить, что способствует адекватной терапии и пролонгированию беременности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Диагностика, лечение и профилактика синдрома гиперстимуляции яичников (Клинические рекомендации). Рос. общ. акуш.-гин. — М., 2013. — 27 с.
2. Клинический протокол «Медицинское наблюдение и оказание медицинской помощи женщинам в акушерстве и гинекологии»: постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 19.02.2018 № 17.

УДК 616.71–002.1–033.2

НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЙ СПОНДИЛОДИСЦИТ: КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА, ДИАГНОСТИКА И ОСОБЕННОСТИ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Корнилов А. В., Петухов В. И., Кубраков К. М., Лысенко А. Ю.

**Учреждение образования
«Витебский государственный медицинский университет»
г. Витебск, Республика Беларусь**

Введение

Неспецифические гнойные заболевания позвоночника представляют собой патологические процессы, сопровождающиеся воспалительным поражением передних и задних структур позвоночного столба, клетчаток позвоночного канала и развитием спондилита, спондилодисцита (СД), эпидурита или их сочетаний, вызванных неспецифической микрофлорой [1].

Деструкция тел позвонков сопровождается нарушением основных функций позвоночника: обеспечения стабильного вертикального положения туловища и защиты спинальных невральных структур [2]. При этом клиническая картина СД малоспецифична. Основную роль на первых стадиях заболевания играют следующие симптомы: постоянная интенсивная боль в спине, не стихающая после приема обезболивающих препаратов, лихорадка, которая в начале заболевания часто носит фебрильный характер, а затем переходит в длительно существующий субфебрилитет. В связи с неспецифичностью начальных симптомов заболевания задержка в постановке диагноза в среднем составляет до от 2 до 9 месяцев [3].

Дальнейшие клинические проявления связаны в основном с осложнениями СД. Проникновение возбудителя в позвоночный канал обуславливает развитие эпидуральных, субдуральных спинальных абсцессов, менингита. При распространении гнойного процесса на ткань спинного мозга — явления миелита [4]. Инфицированные структуры позвоночника подвергаются остеолиту, происходят компрессионные переломы тел позвонков, что может привести к нестабильности позвоночника, риску развития компрессии спинного мозга и корешков [5]. Эти осложнения обуславливают неврологическую симптоматику: парезы и парезы нижних конечностей, чувствительные нарушения (гипестезия) по ходу корешков, ради-