

3. Foerster, H. Erkenntnistheorien und Selbstorganisation. / H. Foerster // Der Diskurs des Radikalen Konstruktivismus. — Suhrkamp, Frankfurt am Main. — № 7. — P. 133–158.
4. Фарман, И. П. Модель коммуникативной рациональности (на основе социально-культурной концепции Юргена Хабермаса): в 2 кн. / И. П. Фарман // Рациональность на перепутье. — М., 1999. — Кн. 1. — С. 54–65.
5. Чошанов, М. А. Процесс непрерывного конструирования и реорганизации / М. А. Чошанов // Школьные технологии. — 2000. — № 4. — С. 56–62.

УДК 618.31

ВНЕМАТОЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ — НОВЫЕ АСПЕКТЫ СТАРОЙ ПРОБЛЕМЫ

Корбут И. А.¹, Узлова А. В.²

¹Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

²Учреждение

«Гомельская областная клиническая больница»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Внематочная (эктопическая, ВБ, ЭБ) — беременность при которой имплантация произошла вне полости матки [2]. Актуальность этой проблемы обусловлена стабильно высокой частотой ЭБ в структуре неотложных состояний в гинекологии. Этот факт объясняется тем, что с одной стороны, постоянно растет распространенность воспалительных заболеваний женских половых органов, остается высоким число женщин, использующих ВМС, а с другой стороны, улучшились методы диагностики, что позволяет диагностировать ненарушенную и даже замершую ЭБ [1]. Число больных с подозрением на ВБ составляет 1–12 % всех пациентов, госпитализированных в гинекологическое отделение. Наиболее часто имплантация оплодотворенного плодного яйца происходит в одном из отделов маточной трубы. К редким, или атипичным, формам ЭБ относят интерстициальную (0,4–2,1 %), яичниковую (0,4–1,3 %), брюшную (0,1–0,9 %). К казуистике относят очень редкие случаи сочетания маточной и трубной беременности (гетеротопическая). Основным методом лечения внематочной беременности является хирургический. Однако в течение последних двух десятилетий все чаще используют методики минимально инвазивной хирургии с целью сохранения трубы и ее функции. Во всем мире лапароскопия при лечении больных с внематочной беременностью стала методом выбора в большинстве случаев [3].

Цель

Исследовать лечение пациенток с ЭБ в гинекологическом отделении ГОКБ.

Материал и методы исследования

Ретроспективный анализ 100 историй болезни за 2016–2017 гг. Статистическая обработка произведена с помощью прикладных программ «Microsoft Office»: качественных — Me (25; 75 перцентилей), количественных — n , $p \pm sp$ %. Различия признавали статистически значимым при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Средний возраст пациенток составил 26 (25; 30) лет. Работавших было 70 %, с высшим образованием — 70 % ($p < 0,05$). Самостоятельно обратились в стационар — 53 (53 ± 5 %), остальные были доставлены бригадой скорой медицинской помощи. Все женщины находились в стабильном состоянии, диагноз ВБ подтверждался по данным УЗИ и (или) уровню хорионического гонадотропина человека в крови в 100 % случаев. Все пациентки предъявляли жалобы на задержку менструации, 43 (43 ± 5 %) — на кровянистые выделения разные по обильности, боли внизу живота, 56 (56 ± 5 %), с иррадиацией в прямую кишку 13 (13 ± 5 %).

У 19 (19 ± 4 %) обследованных менструальный цикл был нерегулярный ($p < 0,05$), у 24 ($24 \pm 4,3$ %) — наблюдалось дисменорея, что не исключает генитальный инфантилизм у этих женщин и может являться фактором риска ВБ. Прерывания беременности в анамнезе были у 33 ($33 \pm 4,7$ %) пациенток, а неразвивающуюся беременность в анамнезе имели 14 ($14 \pm 3,5$ %) че-

ловек. При этом, лечение по поводу бесплодия проходили 11 ($11 \pm 3,1$ %) обследованных. ВБ отягощала анамнез 12 ($12 \pm 3,3$ %) женщин. У 75 ($75 \pm 4,3$ %) пациенток, поступавших с ВБ, были хронические воспалительные заболевания органов малого таза, что также является фактором риска указанной патологии.

Лапароскопическая тубэктомия была выполнена 60 ($60 \pm 4,9$ %) женщинам с установленным диагнозом, лапаротомный доступ был у 40 ($40 \pm 4,9$ %) обследованных, при этом послеоперационный койко-день составил 3 и 7 дней, соответственно $p < 0,05$.

К редким формам ВБ относится также сочетание маточной и внематочной беременности. В литературе эти случаи относят к казуистике. Диагностика сочетания маточной и ВБ чрезвычайно трудна. Основным признаком сочетания маточной и ВБ является отсутствие кровянистых выделений из половых путей при наличии явных симптомов нарушенной ВБ. Матка в этих случаях по размеру соответствует сроку беременности, а в области придатков матки определяется ретортообразное утолщение, безболезненное при пальпации.

Клинический случай. Пациентка поступает в приемное отделение больницы с клиникой «острого живота». Дома появились внезапно боли в правой подвздошной области, слабость, обморочное состояние. Вызвала скорую медицинскую помощь. Состояние больной средней тяжести, в сознании. АД 100/60, пульс 86 уд./мин. Живот мягкий, резко болезненный при пальпации во всех отделах, больше в правой подвздошной области. Симптомы раздражения брюшины положительные во всех отделах. Данные гинекологического осмотра: матка и придатки из-за резкой болезненности не определяются. Кровянистых выделений из влагалища нет. В анамнезе трубная беременность слева, левая маточная труба удалена, неудачная попытка ИКСИ (ICSI — Intra Cytoplasmic Sperm Injection) — мужской фактор. Настоящая беременность наступила в результате вспомогательных репродуктивных технологий, на УЗИ осмотрена за 3 недели до госпитализации, подтверждена маточная беременность 7 недель. На УЗИ малого таза — в матке 1 живой плод, соответствует 10–11 неделям гестации, на УЗИ органов брюшной полости — гемоперитонеум.

Выставлен диагноз: «беременность 10–11 недель. ОАГА. Внутривнутрибрюшное кровотечение». Было очевидно, что больная нуждается в экстренном оперативном лечении. На операции: матка увеличена до 11 недель беременности. В брюшной полости около 1,2 л темной жидкой крови со сгустками. Правая маточная труба и оба яичника не изменены. В области маточного конца левой маточной трубы линейный разрыв до 4 см, с остатками хориальной ткани. При ревизии этого участка обнаружен плод, соответствующий 10 неделям беременности с признаками замирания. Произведено удаление остатка маточной трубы слева. В послеоперационном периоде проводилась антибиотикотерапия, антианемическая терапия, трансфузия СЗП и ЭМОЛТА, обезболивание, а также гормональная поддержка прогестероном (крайнон*). Послеоперационное течение без осложнений. УЗИ малого таза на 6 сутки после операции: в полости матки живой плод 11–12 недель гестации. Швы зажили первичным натяжением. Выписана с прогрессирующей маточной беременностью на сроке 13 недель в удовлетворительном состоянии. Диагноз подтвержден гистологически: нарушенная трубная беременность.

Выводы

К факторам риска ВБ относятся наличие хронических воспалительных заболеваний органов малого таза, а также отягощенный акушерско-гинекологический анамнез.

Использование лапароскопического доступа снижает затраты на послеоперационное ведение таких пациенток, а также имеет более выраженный косметический эффект.

Приведенный выше случай демонстрирует редкую патологию, однако она имеет место быть в клинической практике.

Своевременность оказания медицинской помощи является важным фактором профилактики репродуктивных потерь

ЛИТЕРАТУРА

1. Авакимян, Х. В. Факторы риска внематочной беременности / Х. В. Авакимян, Е. Г. Мельник // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. — 2016. — № 11(4). — С. 581–582.
2. Айламазян, Э. К. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в гинекологии / Э. К. Айламазян. — СПб.: Гиппократ, 1992. — 176 с.
3. WebMD, «Ectopic Pregnancy — What Happens». — 2011. — <http://www.webmd.com/baby/tc/ectopic-pregnancy-what-happens>.