

У. В. Клишко, Е. П. Мержинская

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Т. А. Смирнова

Кафедра акушерства и гинекологии

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Резюме. Структура наличия внематочной беременности была представлена в группе 40 человек с лапароскопическим доступом. В 97,5% беременность была трубной, 2,5% - яичниковой. Преобладали женщины в возрасте от 26 до 30 лет. Сопутствующая генитальная патология у 53%, экстрагенитальная – 48% пациенток. Органосохраняющие операции (туботомия и тубо-тубарный анастомоз) были проведены в 25% случаев.

Ключевые слова: внематочная беременность ХГЧ лечение статистика.

Resume. Availability structure of ectopic pregnancy was presented in a group of 40 people with laparoscopic operation. In 97.5% the pregnancy was tubal, in 2.5% - ovarian. Prevalent women between the ages from 26 to 30. Associated genital pathologies in 53%, extragenital - 48%, which did not affect the course of operations. The organ-preserving operations (tubotomy and tubotubic anastomosis) were performed in 25% of cases.

Keywords: ectopic pregnancy HCG treatment statistics.

Актуальность. Эктопическая (внематочная) беременность – это патологический вариант развития беременности, при котором имплантация и последующее развитие оплодотворенной яйцеклетки происходит за пределами полости матки. Эктопическая беременность может возникать в фаллопиевых трубах (98,3%), яичнике, рудиментарном роге матки, шейке матки и интралигаментарно. [1]

Цель: изучение лечения пациенток с эктопической беременностью, поступивших в городское гинекологическое отделение острых заболеваний на базе учреждения здравоохранения «5 городская клиническая больница» города Минска.

Задачи:

1. Определить возраст пациенток с внематочной беременностью.
2. Определить влияние генитальной и экстрагенитальной патологии на возникновение внематочной беременности.
3. Определить значимость ультразвукового исследования и определения хорионического гонадотропина человека при диагностике внематочной беременности.
4. Определить доступ и метод лечения при внематочной беременности.
5. Определить оптимальные сроки медикаментозного лечения.

Материалы и методы. Материалами исследования стали истории болезни 40 пациенток, обратившихся за экстренной помощью в 2016 году. Проводился статистический анализ подходов к лечению и диагностике эктопической беременности.

Результаты и их обсуждение. При анализе стационарных историй болезни было выявлено, что большинство пациенток (40%) находились в возрасте 26-30 лет (рисунок 1).

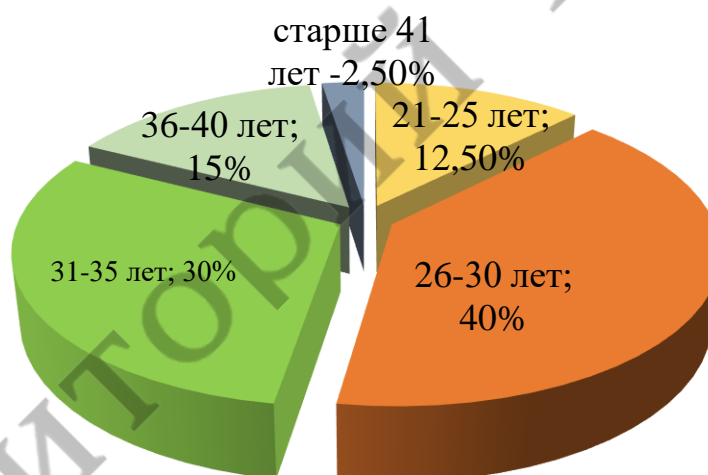


Рисунок 1 – Возрастная структура пациенток группы с внематочной беременностью.

При госпитализации пациентки предъявляли жалобы на:

- Отсутствие менструаций.
- Общую слабость.
- Тошноту / рвоту.
- Схваткообразные или тянущие боли внизу живота.
- Мажущие кровянистые выделения из половых путей.
- Головокружение.
- Потерю сознания.

У 37,5% пациенток с внематочной беременностью была сопутствующая экстрагенитальная патология (таблица 1).

Таблица 1. Экстрагенитальная патология при внематочной беременности.

Система организма	Процент пациенток		Абсолютное число
сердечно-сосудистая система	2,5%		1
Система кровообращения (хр. Анемии)	15%		6
патологии желудочно-кишечный тракт (хр. гастрит)	10%		4
Выделительная система	5%		2
Метаболические нарушения (нарушения жирового обмена)	1 ст.	2 ст.	3 ст.
	2,5% -1	7,5% -3	5% -2

Сопутствующая генитальная патология была обнаружена у 53% пациенток. Преобладающей патологией стал сальпингофарит -20% (рисунок 2). При этом половые инфекции были обнаружены у 4 пациенток (10%) с внематочной беременностью. Вирус папилломы человека был выявлен у 5%, хламидийная инфекция у 2,5%, грибы рода лептоспиры – 2,5%. Наличие перенесенной хламидийной инфекции было подтверждено во всех случаях при лапароскопической операции (синдром Фитца-Хью-Куртиса).



Рисунок 2 – Генитальная патология в структуре внематочной беременности.

Анамнез 4 пациенток был отягощен предыдущими абортами.

У 20% пациенток наблюдался спаечный процесс в брюшной полости и полости малого таза.

Для подтверждения внематочной беременности применялись интравагинальное ультразвуковое исследование (УЗИ) и определение хорионического гонадотропина человека (ХГЧ). На УЗИ у пациенток визуализировалось плодное яйцо, расширение маточной трубы (в среднем - 19,6 мм), наличие крови в брюшной полости, разрыв маточной трубы. Тяжелее в диагностике была яичниковая беременность, так как там плодное яйцо крайне сложно визуализировать на аппаратах УЗИ-диагностики.

У 9 пациенток (22,5%) ранее проводились такие же операции по поводу трубной беременности. Все операции были закончены удалением маточной трубы (сальпингэктомией).

В лечении контрольной группы пациенток был использован 100% хирургический подход. Лапароскопический доступ составил 100%.

Из лапароскопических (ЛС) операций: сальпингэктомии – 72,5% (29 случаев), органосохраняющие операция (туботомия и тубо-тубарный анастомоз) проведена в 25% (10 случаев). У одной пациентки была яичниковая беременность по поводу которой была проведена цистэктомия.

При проведении операций у большинства пациенток (52,5%) кровопотеря была минимальной. Значительная кровопотеря были у 2 пациенток, которым потребовалось переливание эритроцитарной массы и свежезамороженной плазмы (рисунок 3).

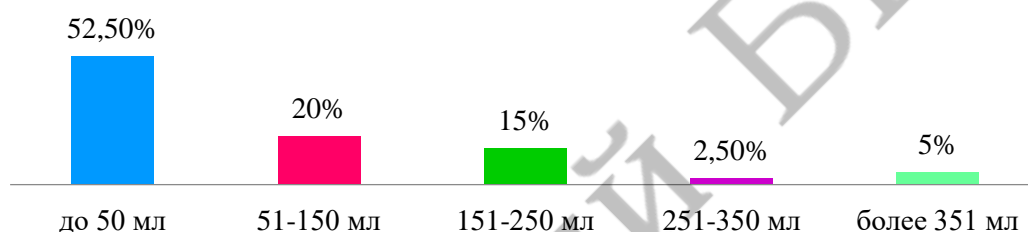


Рисунок 3 – Объем кровопотери у пациенток при внематочной беременности.

Послеоперационный период составил от 3 до 7 дней. В среднем 4,1 день.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Швы снимались на 3-5 сутки. Осложнений со стороны раны нет.

В послеоперационный период был назначен курс антибактериальной терапии (Sol. Amikacini 25% - 2ml два раза в день либо Ceftriaxon 1,0 два раза в день)

Для симптоматического лечения – Sol. Ketoroli 3 %-1 ml внутримышечно три раза в сутки либо Sol. Analgini 50%-1.0 + Sol. Dimedroli 1 % - 1 ml+ Sol. Papaverini 2% - 2 ml три раза в сутки.

Выводы:

1 Внематочная беременность чаще возникает у женщин возрастной группы 26-30 лет.

2 Внематочная беременность в 30% сопровождается воспалительными заболеваниями органов малого таза.

3 Экстрагенитальная патология встречается у 37,5% обследованных пациенток.

4 В качестве достоверных признаков внематочной беременности перед оперативным вмешательством делается УЗИ –исследование (в 100%) и ХГЧ.

5 Во время операции после удаления плодного яйца при необходимости проводится адгезиолизис.

6 Преобладающий доступ – лапароскопический, преобладающий метод – тубэктомия .

7 Стандарт современного успешного хирургического лечения лапароскопический доступ для туботомии/тубэктомии.

8 Оптимальная длительность медикаментозной терапии 3- 7 дней.

U. V. Klimko, E. P. Merzhynskas

MODERN ASPECTS OF SURGICAL TREATMENT OF INNOVATIVE PREGNANCY.

Tutors: PhD, Associate Professor T. A. Smirnova

*Department of Obstetrics and Gynecology,
Belarusian State Medical University, Minsk*

Литература:

1. Внематочная беременность / Т. Д. Гуриев [и др.] - Москва, Практическая медицина, 2007. – 96с. - ISBN 5-98811-060-6 .