

нимально травмирует костную ткань, крепко удерживается в кости и фиксирует отломки, а после небольшой технической доработки служит направителем для проведения костного трансплантата. Костный аутотрансплантат, перекрывая линию перелома, дополнительно обеспечивает стабильность отломков, препятствует миграции стержня и является стимулятором процесса васкуляризации и регенерации костной ткани. Реваскуляризация области перелома происходит путем прорастания сосудов через трансплантат, а в ряде случаев — благодаря образованию анастомозов сосудами воспринимающего ложа. Эти процессы препятствуют возникновению асептического некроза головки бедра и способствуют построению костной ткани в месте перелома.

В основу анализа положены данные о 37 больных, находившихся на лечении в травматологическом отделении ККБ №1 с 1995 по 1999 г. По экстренным показаниям поступило 11 больных (29,6%), остальные переведены в травматологическое отделение из районных больниц в плановом порядке. Данные по половому признаку и возрастным группам представлены в таблице.

Все больные были прооперированы по принятой в отделении методике остеосинтеза трехлопастным штифтом Смит-Петерсена по закрытому способу с костной аутопластикой. В 1995 г. проведено 7 таких операций, в 1996 г. — 6, в 1997 г. — 4, в 1998 г. — 5, в 1999 г. — 15. Они составили 10,5% от общего количества операций, произведенных в травматологическом отделении за период с 1995 по

1999 г. Среднее время пребывания больных на койке составило 31 день.

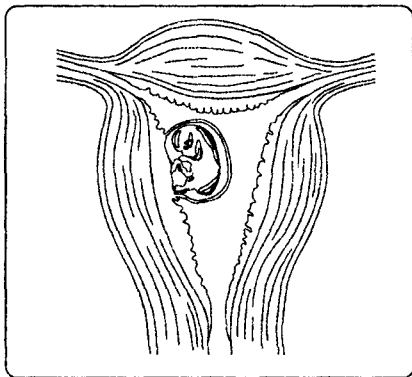
Отдаленные результаты прослежены у 37 больных. Срок наблюдения составил от 2 до 5 лет. Сращение перелома с хорошим и удовлетворительным функциональным исходом отмечено у 34 больных, что составило 91,9%, неудовлетворительный результат — у 3 больных (8,1%). Причиной неудовлетворительного результата в 2 случаях был сахарный диабет с явлениями артропатии и нейровазотрофическими нарушениями, у 1 больного оперативное вмешательство было выполнено на фоне постинсультного гемипареза.

Таким образом, применение костного аутотрансплантата при оперативном лечении переломов шейки бедра у лиц пожилого возраста внесуставным остеосинтезом по Смит-Петерсену обеспечивает:

- дополнительную фиксацию костных отломков и металлоконструкции;
- улучшение процессов васкуляризации проксимального отдела бедра, снижая риск развития асептического некроза головки бедра;
- стимуляцию остеогенеза в месте перелома;
- высокий процент хороших и удовлетворительных результатов (91,9%).

Л и т е р а т у р а

1. Капкан А.В. Травматология пожилого возраста. М., 1977.
2. Лирицман В.М. Несросшиеся переломы и ложные суставы шейки бедра и их лечение: Дис. ... канд. мед. наук. М., 1962.



УДК 618.31-08-07

**К.С. Шустрова, А.В. Чирков,
Т.И. Нешатаева, М.Р. Ким**

КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ И ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

*Дальневосточный государственный медицинский университет,
МУЗ "Родильный дом №1", г. Хабаровск*

Основной причиной внутреннего кровотечения у женщин детородного возраста является внематочная беременность (ВБ). За последнее десятилетие наблюдается явная тенденция к увеличению частоты данной патологии. В этиологии ВБ ведущее место занимают воспалительные процессы тазовых органов (особенно инфекции, передающиеся половым путем), аборт, использование внутриматочных контрацептивов и др. [1-3]. В некоторых стра-

нах ВБ является основной причиной материнской смертности. Так, за последние пять лет удельный вес ВБ в структуре материнской смертности по РФ колеблется от 7,1 до 8,5%, по Хабаровскому краю — от 12,3 до 23,1%. Это обусловлено трудностями дифференциальной диагностики данной патологии с другими заболеваниями.

На основании вышеизложенного целью исследования явилось проведение ретроспективного ана-

лиза клинических особенностей течения и диагностики ВБ.

Материалы и методы

Проанализировано 189 историй болезни пациенток с ВБ, находившихся на лечении в гинекологическом отделении родильного дома №1 г. Хабаровска за 1998-2000 гг. В возрасте до 20 лет было 10 больных, 21-25 лет — 56, 26-30 лет — 56, 31-35 лет — 40, 36-40 лет — 21, старше 41 года — 6. Как следует из представленных данных, в 59,2% случаев ВБ имела место у пациенток в возрасте от 21 до 30 лет.

Возраст менархе у большинства женщин колебался от 11 до 16 лет, и только у 3 женщин (1,9%) превышал 16 лет. Обильные менструации наблюдались у 23 пациенток (13,2%).

У 23 пациенток (12,3%) настоящая беременность была первой. Роды до настоящей беременности были у 109 женщин (57,7%), из них одни роды — у 62 (56,9%), 2 родов — у 41 (37,6%), 3 родов и более — у 6 (5,5%). Выкидыши наблюдались у 28 пациенток (14,3%), медицинские аборт в анамнезе имели 99 женщин (52,4%). ВБ была ранее у 23 женщин (12,2%). Первичным бесплодием страдали 5 пациенток из включенных в исследование (2,6%), вторичным — 8 (4,2%). Начало половой жизни до 18 лет отмечали 68 (36%) пациенток, в повторном браке были 42 женщины (22,2%).

Гинекологические заболевания в анамнезе отмечены у 125 больных (66,6%), причем некоторые женщины имели по 2-3 заболевания. Воспаление матки и придатков матки наблюдалось у 77 (40,7%), эрозии шейки матки — у 47 (24,9%), опухоли и кисты яичников — у 11 (5,8%). К моменту включения в исследование 42 (22,2%) женщины перенесли оперативные вмешательства на органах малого таза (тубэктомия, резекция яичников, аднексэктомия, кесарево сечение, миомэктомия).

Результаты

Около 70% женщин были госпитализированы по направлению женских консультаций, 30% — доставлены “скорой помощью”. С направительным диагнозом внематочной беременности поступили только 102 женщины из 189 (54%). При поступлении данный диагноз был выставлен в 151 случае (79,9%). В остальных случаях пациентки были госпитализированы по поводу других заболеваний (табл. 1).

Как следует из данных, представленных в табл. 1, наиболее часто ВБ приходилось дифференцировать с воспалением придатков матки, самопроизвольными выкидышами и ДМК. Частота ошибочных диагнозов на догоспитальном этапе составила, соответственно, 46 и 20,1%, что согласуется с литературными данными [2, 3].

Для нарушенной ВБ характерны задержка менструации, наличие кровянистых выделений из половых путей и болевой синдром. Однако классическая триада встречается намного реже, что и приводит к диагностическим ошибкам. Частота клинических проявлений ВБ представлена в табл. 2.

Длительность задержки менструации составляла от 2 до 37 дней. Болевой синдром продолжительностью менее 6 ч наблюдался у 8 женщин (4,9%), менее 12 ч — у 12 (7,4%), менее 24 ч — у 20 (12,3%), до 3 сут — у 33 (20,2%), до 7 сут — у 31 (19%), более 7 сут — у 59 (36,1%). Интенсивность и локализация боли были различны: от острой “кинжальной” до ноющей, схваткообразной на стороне поражения, с иррадиацией на прямую кишку и в поясничную область. Кровянистые выделения из половых путей наблюдались в течение суток у 10 пациенток (7,3%), до 7 сут — у 32 (23,4%), более 7 сут — у 95 (69,3%).

При поступлении общее состояние больных расценено как удовлетворительное у 150 (79,4%), средней тяжести — у 31 (16,4%), тяжелое — у 8 (4,2%). Артериальное давление у большинства больных было в пределах нормы, у 27 (14,2%) — ниже 90/60 мм рт.ст., у 3 (1,6%) — не определялось. Болезненность при пальпации живота отмечена у 127 пациенток (87,2%), и только у 18 (9,5%) имели место четкие симптомы раздражения брюшины.

Анемия различной степени тяжести наблюдалась у 13 больных (6,9%), лейкоцитоз (более $10,0 \times 10^9/\text{л}$) — у 27 (14,3%), ускоренное СОЭ — у 25 (13,2%). При влагалищном исследовании увеличение матки до 4-6 нед. беременности определяли у 56 (45,5%), болезненность заднего свода — у 65 (34,4%), болезненность и увеличение придатков матки — у 144 (76,2%).

Из лабораторных и инструментальных методов диагностики ВБ нами использовались определение

Таблица 1

Структура направительного и клинического диагнозов

Диагноз	Направительный диагноз		Клинический диагноз	
	абс.	%	абс.	%
Самопроизвольный аборт	28	14,8	12	6,3
Воспаление придатков матки	27	14,3	12	6,3
ДМК	14	7,4	4	2,1
Несостоявшийся выкидыш	5	2,6	5	2,6
Апоплексия яичника	4	2,1	3	1,6
Опухоль яичника с перекрутом ножки	4	2,1	2	1,0
Острый эндометрит	3	1,6	—	—
Острый аппендицит	1	0,5	—	—
Почечная колика	1	0,5	—	—
Итого	87	46	38	20,1

Таблица 2

Частота клинических проявлений при внематочной беременности

Клинический симптом	Частота обнаружения	
	абс.	%
Задержка менструации	153	80,9
Боли в низу живота	163	86,2
Иррадиация боли на прямую кишку	54	28,7
Кровянистые выделения из половых путей	137	72,5
Тошнота, рвота	11	5,8
Потеря сознания	15	7,9
Головокружение, слабость	42	22,2
Жидкий стул	1	0,5

уровня хорионического гонадотропина, УЗИ, пункция заднего свода и диагностическая лапароскопия.

Пункция заднего свода была выполнена в 170 случаях (89,9%), в 6 случаях — повторно через несколько дней, в 2 случаях — трехкратно с интервалом от 2 до 7 сут с момента поступления в стационар. В 152 (80,4%) случаях результаты пункции были положительными, в 18 (10,6%) — отрицательными, однако отрицательный результат не исключал наличия ВБ.

УЗИ проводилось 69 больным (36,5%), повторное УЗ-исследование — 14 (27,5%), при этом у 3 больных обнаружена прогрессирующая ВБ. У 14 обследованных женщин (27,5%) изменений со стороны органов малого таза не отмечено, увеличение матки обнаружено у 19 (27,5%); изменения в придатках — у 49 (71%), наличие жидкости в заднем своде — лишь у 18 (26%). В 2 случаях была ошибочно диагностирована маточная беременность раннего срока, а ВБ была заподозрена при повторном ультразвуковом исследовании, проведенном через 7-10 дней с момента поступления.

Экспресс-тест на беременность проведен в 44 случаях (23,2%), при этом положительные результаты теста отмечены в 37 (34,1%), отрицательные — в 7 (15,9%).

Выскабливание полости матки до операции производилось в 7 случаях, в соскобах выявлены изменения эндометрия по типу децидуального метаморфоза. Лапароскопия выполнена 12 больным (6,3%). Во всех случаях диагностирована ВБ.

Всем больным с ВБ было проведено хирургическое лечение (с лапароскопическим доступом — 12 больным (6,3%), остальным — лапаротомическим доступом). В течение 6 ч от момента поступления прооперировано 106 больных (56%), в сроки от 6 до 24 ч — 19 (10,0%), от 2 до 5 сут — 35 (18,5%), от 6 до 10 сут — 20 (10,6%), от 11 до 20 сут — 7 (3,7%), более 21 сут — 2 (1%).

При ревизии органов брюшной полости обнаружено, что у 33 пациенток (17,5%) ВБ сочеталась с другими гинекологическими заболеваниями: у 6 обнаружена миома матки, у 19 — кисты яичников, у 4 — апоплексия яичника, у 4 — гидросальпинкс с противоположной стороны.

Локализация ВБ в правой маточной трубе отмечена у 89 больных (47%), в левой — у 98 (51,6%), в 1 случае имела место шеечная беременность, еще у 1 пациентки беременность обнаружена в рудиментарном роге матки. В ампулярном отделе трубы беременность была у 121 (64%) женщины, в истмическом — у 62 (32,8%), в интерстициальном — у

5 (2,6%). В 3 случаях беременность в трубе была прогрессирующей; в 44 (23,2%) прервалась по типу разрыва маточной трубы, в 140 (74%) — по типу трубного аборта.

У 9 больных (4,3%) внутрибрюшного кровотечения не было, у 44 (23,3%) кровопотеря не превышала 100 мл, у 102 (54%) — от 200 до 500 мл, у 15 (7,9%) — от 500 до 750 мл, у 19 (10%) ее величина колебалась от 750 до 1300 мл.

Сальпингостомия выполнена 6 (3,2%) пациенткам, сальпингоэктомия — 174 (92%), экстирпация матки — в 1 случае, аднексэктомия — в 7 (3,7%), иссечение рудиментарного рога — в 1 (0,5%). Выявленная сопутствующая гинекологическая патология вынуждала расширить объем оперативного вмешательства. Так, 6 женщинам (3,2%) одновременно с операцией по поводу ВБ выполнена консервативная миомэктомия, 17 (9%) — резекция яичника. У всех больных послеоперационный период протекал без осложнений. ДООперационный койко-день составил 2,2 дня.

Обсуждение

Как следует из представленных данных, основным фактором риска в развитии ВБ явился хронический воспалительный процесс гениталий, который был выявлен нами в 40,7%. Пациентки исследуемой группы не были своевременно обследованы, и им не была проведена соответствующая этиотропная терапия. Изучаемый контингент женщин не пользовался современными методами гормональной контрацепции.

ВБ является одним из основных неотложных состояний в гинекологической практике с многообразием клинических проявлений. Типичная картина ВБ наблюдалась лишь у 125 (66%) больных. В диагностике ВБ использовались такие методы, как пункция заднего свода, УЗИ, определение уровня хорионического гонадотропина, но ни один из этих методов не имеет достаточной диагностической ценности. Для диагностики ВБ наиболее целесообразно использовать лапароскопию, так как данный метод обладает абсолютной точностью, способствует быстрому установлению диагноза и лечению больных.

Литература

1. Айламазян Э.К. Неотложные состояния в гинекологии. СПб., 1996. С.6-30.
2. Грязнова И.М. Внематочная беременность. М., 1998, С.142.
3. Чернецкая О.С., Палади Г.А. // Акуш. и гинекол. 1999. №1. С.3-4.

