

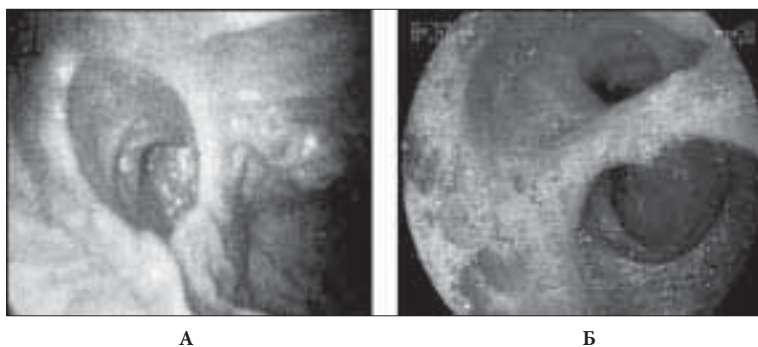


Рис. 1. Анастомозы по Бильрот-I (А) и Бильрот-II (Б), эндоскопическая картина.

II в модификации Витебского — 112 (62,2%), по Ру — 3 (1,7%) (рис. 1).

Показаниями к обследованию больных в ранние сроки после резекции желудка (первые 2 недели) были: ухудшение общего состояния больного, жалобы на тошноту, икоту, отрыжку, рвоту, патологические изменения количества и цвета отделяемого по назогастроэнтеральному зонду, прежде всего крови, а также появившиеся внезапно или резко усилившиеся боли в животе.

В более позднем периоде после операции (от 1 месяца до 20 лет) пациенты обычно сами обращались за медицинской помощью с жалобами на диспепсические расстройства, снижение веса и аппетита, слабость, стойкий болевой синдром, патологическое изменение кала или госпитализировались в экстренном порядке с клиникой перитонита или желудочно-кишечного кровотечения.

Выявленные патологические изменения в резецированном желудке нами были разделены на ранние (до 2 недель после операции) и поздние. К ранним послеоперационным осложнениям (32 пациента) были отнесены: нарушение эвакуации из культи желудка, которые раз-

виваются с 3 по 5 сутки после операции — 18 (56,3%), кровотечение из культи желудка, происходящее со 2 по 11 день — 11 (34,4%), несостоятельность швов гастроэнтероанастомоза, культи двенадцатиперстной кишки или желудка, на 3-4 день — 3 (9,3%). В более поздние сроки после резекции у 148 больных были выявлены: нарушение эвакуации — 38 (25,7%), болевой синдром — 109 (73,6%), кровотечение — 1 (0,7%). Более чем у половины больных с поздней постгастрорезекционной патологией (61%) осложнения развивались в первый год после операции.

В ранние сроки после операции возникли осложнения: гастростаз — у 32% больных, дуоденостаз — 19%, анастомозит — 37%, панкреатит — 4%, летальность составила — 9,5%.

Развитие гастростаза мы связываем с нарушением моторно-эвакуаторной функции желудочно-кишечного тракта, анастомозита — с грубыми техническими погрешностями при формировании анастомозов, панкреатита — с повреждением поджелудочной железы во время выделения пенетрирующей в железу язвы. Повреждений железы можно было бы избежать при тщательном, атравматичном отделении от нее краев язвы в пределах анатомических границ органа или провести резекцию желудка для исключения язвы.

Демпинг-синдром легкой степени возник у 41,2%, рефлюкс-гастрит — у 22%. По данным эндоскопического и гистологического исследования культи желудка рефлюкс-гастрит выявлен у 53%.

Использование в клинической практике современных эндоскопов значительно расширило возможности эндоскопии оперированного желудка, позволило визуально следить за процессами, протекающими в нем в ближайшие и отдаленные сроки после операции, а также применять при этом ряд лечебных мероприятий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Борисов А.Е., Земляной В.П., Акимов В.П., Рыбкин А.К. Неотложная хирургия язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. — СПб.: Человек, 2002. — 48 с.
2. Карягин А.М., Барсуков А.Е., Иванов М.А. Материалы VIII Всероссийского съезда хирургов: тезисы докладов. — Краснодар, 1995. — С.111-112.
3. Королев Б.А., Овчинников В.А. Морфофункциональное состояние культи желудка в отдаленные сроки после различных способов резекции по поводу язвенной болезни // Нижегородский медицинский журнал. — 2003. — Т.6, №7. — С.437-439.
4. Кузьмин-Крутецкий М.И., Глушков Н.И. и др. Эндоскопия оперированного желудка: Учебное пособие. — СПб., 2001. — 40 с.
5. Кутяков М.Г., Хребтов В.А., Аймагамбетов М.Ж. Селективная проксимальная ваготомия с иссечением язвы двенадцатиперстной кишки // Хирургия. — 2000. — №4. — С.9-11.
6. Яицкий Н.А., Седов В.М., Морозов В.П. Язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. — М.: Изд-во Медпресс-информ, 2002. — С.10-11.
7. Baron J.H. Peptic ulcer// Mt. Sinai J. Med. — 2000. — Vol.67. — P.58-62.
8. Inadomi J.I., Koch J.M., Cello J.P. Long-term follow-up of endoscopy treatment for bleeding gastric and duodenal ulcer // Amer. J. Gastroenterology. — 1995. — Vol.90. — P.1065-1068.

Информация об авторах: 670047, Улан-Удэ, ул. Павлова 12, Республиканская клиническая больница им. Н.А.Семашко, тел. 8(3012) 23-36-24.
Жигаев Геннадий Федорович — д.м.н., профессор
Кривигина Елена Владимировна — к.м.н.

© МЕЛЬНИК Е.Г. — 2010

ФАКТОРЫ РИСКА И ЭТИОЛОГИЯ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Е.Г. Мельник

(Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего сестринского образования, ректор — к.м.н. К.В. Шаповалов, кафедра хирургии с курсом акушерства и гинекологии, онкологии, зав. — к.м.н., доц. Л.П. Рамонова)

Резюме. Изучены особенности этиологии, эпидемиологии неразвивающейся беременности 224 пациенток госпитализированных в больницу скорой медицинской помощи (БСМП). Установлен период развития эмбриона, когда наиболее часто замирает беременность. Выявлены факторы риска неразвивающейся беременности.

Ключевые слова: неразвивающаяся беременность, замершая беременность.

RISK FACTORS AND ETIOLOGY OF UNDEVELOPING PREGNANCY

E.G. Melnik

(Krasnodar Municipal Medical Institute for Higher Nursery Education)

Summary. Features of etiology and epidemiology of undeveloping pregnancy in 224 patients admitted to the Hospital of the First Aid (HFA) have been investigated. The term of development of an embryo when most frequently pregnancy becomes undeveloping has been defined. Risk factors of undeveloping pregnancy have been revealed.

Key words: undeveloping pregnancy, the stood pregnancy.

Неразвивающаяся беременность (НБ) или замершая беременность по определению Всемирной организации здравоохранения — это внутриутробная гибель эмбриона, не сопровождающаяся его самопроизвольным изгнанием из полости матки (выкидышем) с задержкой плодного яйца на неопределенно долгое время [11]. Частота НБ среди случаев самопроизвольных выкидышей на ранних сроках возросла с 10-20% до 24,5-28,6% в последние годы [6].

Многие исследователи сходятся во мнении, что к замиранию беременности приводят те же факторы, что и при самопроизвольных выкидышах [1-5, 7-10]. Однако, несмотря на известные факторы риска НБ, проводимые лечебно-профилактические мероприятия при несостоявшемся выкидыше не всегда оказываются эффективными. Это обуславливает приоритетное значение углубленного исследования причин и факторов риска НБ у женщин репродуктивного возраста.

Цель исследования: изучить особенности этиологии, эпидемиологии НБ у женщин, госпитализированных в гинекологическое отделение больницы скорой медицинской помощи (БСМП), для разработки эффективных профилактических мероприятий.

Материалы и методы

Отобраны методом текущего наблюдения истории болезней 224 женщин с НБ в возрасте 18-49 лет, госпитализированных в 2009 году в гинекологическое отделение БСМП. Среди обследованных 127 (50,7%) женщин были в возрасте 20-29 лет, 66 (29,5%) — 30-39 лет, 23 (10,3%) — 40-49 лет и 8 (3,57%) — в возрасте до 20 лет.

165 (73,7%) поступивших женщин были работающими, 59 (26,3%) — занимались домашним хозяйством. Большинство женщин были офисными служащими — 29 (17,5%), работали экономистами и педагогами по 23 (14%) женщин, медицинских работников было 18 (11%), 17 (10,3%) работали в сфере обслуживания.

131 (59%) женщин на момент поступления в больницу состояли в браке.

При поступлении больные предъявляли жалобы на тянущую боль внизу живота и кровомазание. У 40 (18%) больных выделения крови из половых путей были обильные.

Для реализации поставленной цели были использованы клинично-эпидемиологический, инструментальный — ультразвуковое исследование (УЗИ), лабораторный (общеклинический, биохимический), бактериологический, цито-гистологический методы исследования.

Результаты исследования обработаны статистически с помощью электронных таблиц Excel 2001 (Microsoft, США). Достоверность различий определялась по критерию t Стьюдента. Статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

Исследования показали, что у 205 (91,5%) исследуемых женщин беременность замерла в эмбриональном периоде и у 19 (8,5%) женщин — в фетальном периоде (рис.1).

Начиная с 3 нед. и до 8 нед. происходит увеличение числа замерших беременностей с 7 (3,12%) до 35 (16%), что соответствует периоду плацентации и органогенеза

(рис. 1). Это период активной дифференцировки, прежде всего, нервной трубки и системы кровообращения, а, следовательно, самый уязвимый для эмбриона.

Исследования показали, что у 184 (82,1%) женщин при гинекологическом осмотре размеры матки не соответствовали сроку беременности, у 17 (7,6%) женщин была обнаружена эрозия шейки матки. По УЗИ малого таза отсутствовало сердцебиение плода у 213 (95,1%), анэмбриония обнаружена у 11 (4,9%) женщин. Хорионический гонотропин (ХГЧ) 67 (29,9%) женщин отставал от ожидаемого срока беременности в среднем на 2 недели.

В периферической крови у 104 (46,4%) женщин при поступлении наблюдался лейкоцитоз — $11,8 \pm 0,4 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ было в пределах 20-33 мм/ч, у остальных больных показатели периферической крови были в пределах нормы.

У 156 (73,2%) женщин в мазках преобладала смешанная флора, 2-3 степень частоты влагалища с обильным количеством эпителиальных клеток у 125 (58,3%), у 20 (9%) женщин обнаружен дрожжевой грибок, у 15 (6,7%) — ключевые клетки и у 2 (0,9%) — трихомонады.

В бактериологическом посеве из цервикального канала *E. Coli* выделяли у 9 (27,3%), *Ent. faecalis* — у 5 (15,5%), *St. haemolyticus* — у 3 (9%), *St. epidermidis* — у 3 (9%) больных; по 1 (3%) случаю были выделены *Corynebacterium xerosis*, *St. aureus*, *Streptococcus*, *Enterobacter*, *Candida albicans*; у 8 (24,2%) больных роста не было. В целом у женщин с замершей беременностью преобладала гнойно-бактериальная микрофлора.

У всех больных был отягощенный гинекологический анамнез: воспалительные заболевания органов малого таза — у 130 (73%), эрозия шейки матки — у 63 (35,2%), инфекции, передающиеся половым путем — у 40 (22,3%) женщин. При этом максимальная инфекционная нагрузка была в самой благоприятной для деторождения возрастной группе — 20-29 лет. Кроме того, в этой возрастной группе достоверно чаще ($p < 0,05$) происходило заражение герпесом, вирусом папилломы человека и другими внутриклеточными паразитами.

Во всех возрастных группах, кроме группы до 20 лет, женщины делали аборт, причем, наибольшее число аборт было в возрасте 30-39 лет — 125 (56%), соотношение аборт к родам составило 1:2; в возрасте 20-29 лет 71 (32%) беременностей закончилось абортами (аборт:роды=1,3:1), в возрасте 40-49 лет 39 (17,4%) беременностей закончилось абортами (аборт:роды = 1:1). В репродуктивном анамнезе го-



Рис. 1. Диаграмма распределения женщин с замершей беременностью.

спитализированных женщин были также самопроизвольные выкидыши с наибольшим числом 28 (42,4%) в группе 30-39 лет. В возрастных группах 20-29 лет и 30-39 лет ранее имелись НБ — 4 (3,1%) и 8 (12,1%) соответственно.

В этой связи можно предположить, что аборт явился одним из факторов риска неразвивающейся беременности, поскольку создают условия для инфицирования половых органов женщины, длительной персистенции вирусно-бактериальной инфекции.

Следует добавить, что в развитии замершей беременности у исследуемых женщин прослеживается и другой фактор риска — сопутствующие соматические и инфекционные заболевания, в том числе с хроническим течением (количество диагнозов на одну больную — 1,5). Обращает на себя внимание превалирование вирусной инфекции: детские инфекции — 106 (47%), ОРВИ — 62 (27,7%), вирусные гепатиты — 18 (8,03%) случаев.

У 7,1% была резекция яичника(-ов) и это, возможно, в сочетании с частыми абортами могло привести к гормональной недостаточности яичников и повлиять на развитие замершей беременности.

В заключении необходимо отметить, что в развитии замершей беременности у женщин гинекологического отделения БСМП способствовали такие факторы, как отягощенный гинекологический анамнез, сопутствующая соматическая и инфекционная патология, частые аборт, профессиональная деятельность женщин, сопровождающаяся нервным перенапряжением, застоем в малом тазу по причине гиподинамии. Нельзя сбрасывать со счетов и беспорядочную половую жизнь, недостаточную контрацептивную грамотность, особенно среди молодежи.

Приведенные данные исследования следует учитывать при выборе тактики профилактических мероприятий по поводу НБ у женщин репродуктивного возраста.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кирющенко П.А., Белоусов Д.М., Верясов В.Н. и др. Значение патологии матки и особенности предгестационной подготовки женщин с синдромом привычной потери беременности ранних сроков // Акуш. и гинек. — 2009. — № 5. — С. 15-19.
2. Нефедов П.В., Колычева С.С., Нефедова Л.В. Пестициды, окружающая среда и здоровье населения. — Краснодар, 1990. — 50с.
3. Никонов А.П., Асцатурова О.Р., Капильная В.А. Инфекции мочевыводящих путей и беременность // Гинекология. — 2007. — Т. 9, № 1. — С. 52-57.
4. Орлов А.В., Крукиер И.И., Друккер Н.А., Каушвская Л.В. Роль факторов роста в патогенезе неразвивающейся беременности. // Рос. вестн. акуш-гин. — 2005. — № 3. — С.7-10.
5. Подзолкова Н.М., Глазкова О.Л., Шаранова Г.А. и др. Экологические аспекты репродуктивной медицины: женщины в опасной и вредной профессиональной среде // Акуш. и гинек. — 2006. — Прил. — С.24-27.
6. Радзинский В.Е., Майскова И.Ю., Димитрова В.И. Комплексный подход к лечению неразвивающейся беременности в ранние сроки // Гинекология. — 2008. — Т. 10, № 1. — С. 42-45.
7. Сидельникова В.М. Невынашивание беременности — современный взгляд на проблему // Акушерство и гинекология. — 2007. — №5. — С. 24-27.
8. Фофанова И.Ю. Роль генитальной условно-патогенной микрофлоры в акушерстве и гинекологии // Гинекология. — 2008. — Т. 10, № 2. — С. 52-57.
9. Chen K.T., Eskild A., Bresnahan. M., et al. Previous maternal infection with *Toxoplasma gondii* and the risk of fetal death. // Am. J. Obstet. Gynecol. — 2005. — Vol. 193. — № 2. — P. 443-449.
10. Yuan H., Platt R.W., Morin L., et al. Fetal deaths in the United States. // Am. J. Obstet. Gynecol. — 2005. — Vol. 193. — № 2. — P. 489-495.
11. <http://www.mdiam.ru/1.0.files/page0013.htm>

Информация об авторе: 350901, Россия, г. Краснодар, ул. 40лет Победы, 43-106;

E-mail: melnik1940@mail.ru; тел. 8-861-252-58-26

Мельник Екатерина Григорьевна — к.м.н., ассистент кафедры

© КАЗАНЦЕВА Н.Ю. — 2010

ПРОБЛЕМЫ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ АРТРИТОВ

Н.Ю.Казанцева

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор — д.м.н., проф. И.В.Малов, кафедра пропедевтики внутренних болезней, зав. — д.м.н., проф. Ю.А.Горяев)

Резюме. На основании обследования 311 больных, направленных в Ревматологический центр г. Иркутска с неуточненными артритами, выявлены основные ошибки, затруднения и недостатки в диагностике ранних артритов. Впервые определена диагностическая ценность действующих классификационных критериев при диагностике четырех, наиболее часто встречающихся ранних артритов. Статистическая обработка позволила выявить наиболее информативные критерии при диагностике ранних форм артритов. Выявлены факторы, затрудняющие раннюю диагностику, факторы риска прогрессирования ранних артритов. Предложен алгоритм диагностики неуточненных артритов.

Ключевые слова: неуточненные артриты, ранняя диагностика, диагностические критерии.

PROBLEMS IN EARLY DIAGNOSIS OF ARTHRITES

N.U. Kazantseva

(Irkutsk State Medical University)

Summary: On the base of observations of 311 patients, directed to Irkutsk Rheumatologic Center with diagnosis unclear arthrites, there have been revealed the main mistakes, difficulties and shortcomings in diagnosis of early arthrites. Diagnostic value of present classificational criteria in diagnosis of four, the most spread early arthrites has been defined for the first time. Statistical processing allowed to reveal the most informative criteria in diagnosis of the early forms of arthrites. Factors, making difficult early diagnosis, risk factors of progressing early arthrites have been revealed. Algorithm of diagnosis of unclear arthrites has been suggested.

Key words: unclear arthrites, early diagnosis, diagnostic criteria.