

А.П. Сергеев, А.С. Латыпов, Н.Н. Глебова, В.Б. Трубин, Т.Б. Трубина
Башкирский государственный медицинский университет,
г. Уфа

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ ПРЕРВАВШЕЙСЯ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ (СКОРАЯ ПОМОЩЬ)

Внематочная беременность является многоликим заболеванием и остается одной из наиболее сложных патологий в плане диагностики [1, 2, 3]. Наличие нарастающей внутрибрюшной кровопотери, вплоть до развития геморрагического шока с летальным исходом, определяет высокую актуальность вопроса своевременной диагностики прервавшейся трубной беременности [4]. К сожалению, на догоспитальном этапе оказания медицинской помощи диагностика внематочной беременности остается на низком уровне, что требует оптимизации диагностических мероприятий [1, 3, 4, 5, 6]. Прежде всего, это касается «скорой помощи», не имеющей специальной диагностической аппаратуры [5].

Цель исследования — изучить особенности и результаты диагностики неотложных состояний, связанных с прервавшейся внематочной беременностью в условиях «скорой медицинской помощи» (СМП).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

За медицинской помощью обратились на «скорую» 88 пациенток с прервавшейся внематочной беременностью (ПВБ). Из них, 84 пациентки были госпитализированы при первичном обращении, 4 женщины от госпитализации отказались и в дальнейшем были госпитализированы в связи с ухудшением состояния по повторному вызову в тот же день. Бригадой СМП выставлены следующие диагнозы: подозрение на внематочную беременность (35 чел.), самопроизвольный аборт (11 чел.), острый живот (6 чел.), острый аднексит с нарушением менструального цикла (14 чел.), острый аппендицит (10 чел.), ДМК (9 чел.), апоплексия яичника (2 чел.), миома матки с метроррагией (1 чел.). При обследовании женщин применялись клинические методы исследования.

В 53 случаях врач «скорой» не заподозрил внематочную беременность. При этом были установлены другие диагнозы, в том числе гинекологическая

патология предполагалась у 37 женщин, хирургическая — у 16 женщин.

ОБСУЖДЕНИЕ И РЕЗУЛЬТАТЫ

Шесть пациенток, доставленных в стационар бригадой СМП с диагнозом «острый живот», обратились за медицинской помощью в первые сутки (от 0,5 до 16 часов) от начала заболевания. Они находились в возрасте 27 лет (2 чел.), 28 (1 чел.), 32 (2 чел.), 40 лет (1 чел.). В анамнезе роды имела 1 женщина, выкидыши — 1, роды и аборт — 4 женщины. Перенесли гинекологические заболевания все 6 больных (вагиниты — 6, эктопия шейки матки — 2, апоплексия яичника с резекцией яичника — 1). Две пациентки ранее перенесли аппендэктомию. Контрацепцию (презерватив) использовала только одна женщина. Нарушения менструальной функции отметили 5 пациенток (задержку — 3, необычный характер последней менструации — 2). Жалобы на боли в нижнем отделе живота предъявляли все 6 женщин, у 5 из них боли отдавали в прямую кишку.

При объективном исследовании отмечались тахикардия (6), снижение АД (4), симптомы раздражения брюшины (5). Таким образом, данные анамнеза, развития заболевания и объективные данные (характерная локализация болей, нарушение менструальной функции, симптомы раздражения брюшины, нарушение гемодинамики — тахикардия, снижение АД) свидетельствовали о наличии внутрибрюшного кровотечения. Врачом скорой помощи не был установлен конкретный диагноз, но была дана оценка состояния 6 пациенток, как имеющих клинику «острого живота», что определило показание к срочной госпитализации и оказанию неотложной помощи.

Изложенное позволяет данный диагноз, определенный СМП, считать не ошибочным, а неуточненным, учитывая, что врач «скорой помощи» не имеет возможность использовать дополнительные методы диагностики.

В стационаре у описанных 6 больных был установлен диагноз ПВБ сразу при поступлении. Оценка их состояния: удовлетворительное – 4, средней тяжести – 2. Операция сделана в первые 2 часа после поступления. Интраоперационно установлено: разрыв трубы – 4 случая, трубный аборт – 2, кровопотеря до 500 мл – 3, 500 мл и более – 3. В одном наблюдении до операции был установлен диагноз геморрагического шока 1 степени. Объем операции: односторонняя тубэктомия – 5 (из них с вылучиванием миоматозных узлов – 1), двусторонняя тубэктомия – 1.

Хирургический диагноз «Острый аппендицит» был установлен врачом скорой помощи 10 женщинам в возрасте от 19 до 36 лет, которые обратились за медицинской помощью в сроки от 0,8 до 168 часов от начала заболевания. Пять пациенток имели в анамнезе роды и аборт, у 2 анамнез был отягощен самопроизвольными абортами (у них не было родов), 2 не имели в анамнезе беременностей, у 1 ранее были только роды. Гинекологическая патология имела в анамнезе у всех 10 женщин (вагиниты – 10, сальпингоофорит – 4, эктопия шейки матки – 3). Контрацепцию применяли 3 женщины: презерватив (1), КОК (1) и свечи (1). Нарушения менструальной функции имели 7 больных (задержка очередной менструации – 6, ранний приход – 1). Абдоминальных операций у женщин ранее не было. Жалобы на боли в нижнем отделе живота предъявляли все 10 женщин (8 из них указывали на иррадиацию боли в задний проход), слабость и тошноту – трое. Необычный характер очередной менструации отмечали 2 пациентки, задержку месячных – 6. При объективном обследовании установлены тахикардия (6), снижение АД (4), симптомы раздражения брюшины (4).

Таким образом, представленные данные анамнеза и объективного исследования в значительной степени свидетельствуют о патологии гениталий, и в меньшей степени о хирургическом заболевании (аппендиците), в связи с чем установленный диагноз аппендицита у описанных женщин явился ошибочным. Они были доставлены в приемный покой хирургического отделения, осмотрены хирургом. В связи с нетипичной клиникой хирургического заболевания, в 9 случаях был вызван дежурный гинеколог, который диагностировал прервавшуюся внематочную беременность. Эти пациентки были прооперированы гинекологами в течение первых 2 часов. Десятая женщина, без осмотра гинеколога, была прооперирована хирургами по прошествии 5 часов от момента поступления:

Больная А., 34 лет (в анамнезе 2 родов, 3 мед. аборта, вагинит), направленная СМП с диагнозом «аппендицит» в состоянии средней тяжести, доставляется в хирургическое отделение многопрофильной больницы, где указанный диагноз не снимается, но и не утверждается окончательно. Принимается решение о динамическом наблюдении, консультация гинеколога не осуществляется. В связи с ухудшением состояния больная через 5 часов от момента пос-

тупления оперируется хирургом. Интраоперационно устанавливается диагноз внематочной беременности (разрыв трубы) с внутрибрюшным кровотечением 1000 мл. Объем операции – удаление трубы. Диагностическая ошибка произошла в хирургическом стационаре, где был дублирован ошибочный диагноз СМП и не была осуществлена консультация гинеколога, не проведено УЗИ ОМТ.

При поступлении состояние пациенток оценивалось как удовлетворительное у 4 женщин, средней тяжести – у 6. У одной из больных в приемном покое был диагностирован геморрагический шок 2 степени. Интраоперационно (нижнесрединной лапаротомией – 1, по Пфанненштилю – 3, лапароскопическим доступом – 6) установлен трубный аборт (9, из них у 1 – вторичный катаральный аппендицит) и разрыв трубы (1). Кровопотеря составила до 500 мл включительно – у 8 женщин, 800 мл – у 1, 900 мл – у 1 женщины. Объем операции: односторонняя тубэктомия – 9, лапароскопическая резекция трубы – 1. Послеоперационный период протекал без осложнений.

Диагноз «самопроизвольный аборт» выставлен врачом скорой помощи у 11 женщин в возрасте 22–40 лет, обратившихся за скорой медицинской помощью в сроки от 1 часа до 18 суток от начала заболевания. В анамнезе у 8 пациенток были соматические заболевания. Три женщины имели в прошлом лапаротомию: аппендэктомия (1), кесарево сечение (1) и аднексэктомия (1). Из перенесенных гинекологических заболеваний отмечены следующие: вагиниты (11), сальпингоофорит (7), эктопия шейки матки (4). В анамнезе только аборт имели 2 женщины, роды и аборт – 5 (одна из них перенесла внематочную беременность с тубэктомией), не имели беременностей – 4 женщины. Контрацепцию (презерватив) использовали две больные, КОК – одна. Все пациентки имели задержку месячных и считали себя беременными, но на учете в ЖК не состояли.

Жалобы на кровянистые выделения из половых путей, боли в нижних отделах живота, слабость и головокружение предъявляли все женщины. При объективном исследовании констатированы тахикардия (5), снижение АД (5), симптомы раздражения брюшины (3). Таким образом, приведенные данные свидетельствуют о возможной нарушенной маточной беременности. Следует подчеркнуть трудность дифференциальной диагностики ранних сроков маточной беременности, текущей с угрозой прерывания, и стертой клиникой прервавшейся внематочной беременности по типу трубного аборта. Практически дифференциальная диагностика не может быть осуществлена без использования дополнительных информативных методов (УЗИ, в-ХГ). Поэтому ошибки скорой помощи у данной группы женщин нельзя расценивать как грубые. Тем более что действия бригады СМП были правильными, больные были срочно госпитализированы в гинекологический стационар.

В гинекологическом стационаре у данной группы женщин в первые часы после поступления был

выставлен диагноз ПВБ и проведено оперативное лечение. Состояние больных было оценено как удовлетворительное (6), средней тяжести (4), тяжелое (1). Интраоперационно был установлен трубный аборт (9) и разрыв трубы (2) с кровопотерей до 500 мл включительно (8), 600 мл (1), 700 мл (1) и 1500 мл (1). Объем операции: односторонняя тубэктомия — 8 (из них 3 — лапароскопических), лапароскопическое трубное кесарево сечение — 1, лапароскопический «милкинг» с энуклеацией плодного яйца — 1, односторонняя аднексэктомия — 1. Лишь у 1 пациентки в послеоперационном периоде было обострение хронического бронхита, у остальных 10 он протекал без осложнений. Таким образом, ошибочный диагноз, установленный врачом скорой помощи у данной группы женщин, не привел к промедлению в плане оказания им медицинской помощи.

В 14 наблюдениях у женщин в возрасте 21-37 лет, обратившихся в скорую медицинскую помощь в сроки от 1,5 часов до 30 суток от начала заболевания, врачом СМП был установлен диагноз «аднексит с нарушением менструальной функции». Двенадцать пациенток имели в анамнезе беременности: роды и аборт (6), только аборт (4), только роды (2). У двух женщин беременностей раньше не было, внематочная беременность стала для них первой. Все 14 пациенток ранее перенесли гинекологические заболевания: вагиниты (14), аднексит (9), эктопия шейки матки (5), киста яичника (2), трубно-перитонеальное бесплодие (1). Контрацептивными средствами пользовались 4 пациентки (презерватив — 2, КОК — 1, ВМК — 1, удалена в ЖК за месяц до заболевания).

Жалобы на боли внизу живота отмечали все 14 пациенток (из них 8 — с иррадиацией в задний проход), задержку менструации — 13 (из них с кровянистыми выделениями из половых путей — 10), головокружение и слабость — 7. Нарушения менструальной функции не было у одной больной. Объективные данные: тахикардия (10), симптомы раздражения брюшины (9), снижение АД (3). Общее состояние как удовлетворительное было оценено у 7 женщин, средней тяжести — у 5, тяжелое — у 2. Таким образом, описанные данные, как анамнестические, так и объективный статус, могут иметь место как при «стертой» клинике ПВБ, так и при сальпингоофорите. Врач скорой помощи, не имеющий возможности использовать дополнительные методы исследования, поставил ошибочный диагноз, который не оказал отрицательного влияния на выполненные в последующем лечебные мероприятия.

В гинекологическом стационаре у данной группы женщин диагностика ПВБ и оперативное лечение были осуществлены в первые 3 часа от момента поступления. Интраоперационно у 13 женщин имел место трубный аборт (с кровопотерей до 500 мл — у 12, 800 мл — у 1), у одной — разрыв трубы. Тринадцать пациенткам была проведена односторонняя тубэктомия (из них у 8 — с лапароскопическим доступом), в одном наблюдении был осуществлен лапароскопический «милкинг» с энуклеацией плодного яйца. Послеоперационный период протекал без осложнений.

При обращении за скорой медицинской помощью в сроки от 2 до 22 суток от начала заболевания у 9 женщин в возрасте 19-33 лет был установлен диагноз «дисфункциональное маточное кровотечение в репродуктивном возрасте». Шесть женщин имели в анамнезе хронические соматические заболевания. Гинекологические заболевания (вагинит — 9, эктопия шейки матки — 5, сальпингоофорит — 4) имели в анамнезе все пациентки. Семь женщин ранее имели беременности: роды и аборт — 3, только аборт — 3, только роды — 1. У двух пациенток ранее беременностей не было. Контрацепцию (КОК — 1; ВМК, удалена за месяц до начала заболевания — 1) использовали 2 пациентки. Жалобы на боли внизу живота и умеренные длительные кровянистые выделения из половых путей на фоне нарушения менструального цикла предъявляли все женщины, 3-х из них беспокоила слабость.

При объективном обследовании общее состояние было оценено как удовлетворительное у 6, средней тяжести — у 2, тяжелое — у 1 пациентки. Тахикардия и снижение систолического АД имело место у 7 женщин, симптомы раздражения брюшины — у 3-х. Таким образом, описанная клиническая картина не имеет четких симптомов, свидетельствующих о ПВБ. Ошибка скорой помощи в диагностике не оказала отрицательного влияния на дальнейшую лечебную тактику у данных больных.

В стационаре им был установлен диагноз ПВБ в сочетании с геморрагическим шоком 1 степени (1) и 2 степени (1), и в первые часы от момента поступления оказана хирургическая помощь. Интраоперационно: трубный аборт (6), разрыв трубы (3). Кровопотеря составила: до 500 мл включительно — 8 случаев, более 500 мл (950) — один. У 8 пациенток объем операции заключался в односторонней тубэктомии (из них 3 с резекцией яичника), у одной — в двусторонней тубэктомии. В послеоперационном периоде у одной женщины с геморрагическим шоком 1 степени наблюдалась острая пневмония.

В одном наблюдении пациентка 43 лет через 48 часов от начала заболевания обратилась в «скорую помощь» с жалобами на боли внизу живота с иррадиацией в задний проход, кровянистые выделения из половых путей на фоне задержки менструации, головокружение и слабость. В анамнезе пациентка отмечала как хронические соматические, так и гинекологические (миома матки, хронический аднексит, эктопия шейки матки, вагинит) заболевания. Перенесла две лапаротомии: аппендэктомию и одностороннюю тубэктомию по поводу внематочной беременности. Кроме внематочной беременности, женщина отмечала в анамнезе роды (4), медицинские аборт (3) и самопроизвольные (2). Контрацепцию пациентка не использовала.

При объективном исследовании имели место тахикардия, снижение артериального давления, наличие симптомов раздражения брюшины. Состояние пациентки оценено как среднетяжелое, выставлен диагноз «миома матки, метроррагия», пациентка доставлена в гинекологический стационар, где

была диагностирована ПVB. Интраоперационно обнаружен разрыв трубы с кровопотерей 150 мл. Произведено удаление единственной маточной трубы. Послеоперационный период протекал без осложнений.

Таким образом, врачами «скорой медицинской помощи» предположительный диагноз внутрибрюшного кровотечения был установлен у 36 женщин (41 %) из 88 обратившихся (34 – «внематочная беременность», 2 – «апоплексия яичника»). Диагноз апоплексии яичника (2 чел.) мы не трактовали как ошибочный, так как даже при использовании УЗИ и в-ХГ возможны ошибки при дифференциальной диагностике с ПVB. Точный диагноз устанавливается до 100 % только при лапароскопии или интраоперационно [2, 3, 5, 7].

Следует обратить внимание, что у врача «скорой медицинской помощи» возможности установления диагноза внематочной беременности при стертой клинической картине и удовлетворительном состоянии пациентки более ограничены, чем у врача ЖК [5]. Это связано с отсутствием времени для углубленного изучения анамнеза и невозможностью использования дополнительных методов исследования [4, 6]. Между тем, следует подчеркнуть, что во всех случаях обращения пациенток в «скорую помощь» была осуществлена их госпитализация в стационар, что позволило своевременно установить точный диагноз и, следовательно, своевременно оказать неотложную помощь – хирургическое лечение.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, в отношении пациенток репродуктивного возраста с болевым синдромом на фоне

нарушений менструального цикла должна быть принята единая установка обязательной госпитализации в гинекологическое отделение многопрофильной больницы, где имеются все возможности для углубленного обследования, дифференцированного подхода к установлению точного диагноза и своевременного оперативного лечения.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Абдрахманова, А.М. Острый живот в гинекологии /Абдрахманова А.М., Кулаковский Е.В., Сагадеева Н.А. //Здрав. Башкорт.: Спец. вып. № 4. – 2002. – С. 142-143.
2. Кулаков, В.И. Экстренная хирургическая помощь в гинекологии /Кулаков В.И., Гаспаров А.С., Косаченко А.Г. /Поликлиническая гинекология: Клин. лекции /Под ред. В.Н. Прилепской. – М., 2005. – С. 587-606.
3. Дифференцированный подход к диагностике и лечению внематочной беременности /Хамадьянов У.Р., Щепанская С.Г., Плечев В.В. и др. //Рос. вест. акуш.-гинеколог. – 2001. – Т. 1, № 4. – С. 49-51.
4. Клинико-диагностические аспекты и тактика ведения внематочной беременности /Шустрова К.С., Чирков А.А., Нешатаева Т.И., Ким М.Р. /Дальневост. мед. журн. – 2002. – № 1. – С. 74-76.
5. Васильевская, Т.М. Оптимизация процесса клинической диагностики острых гинекологических заболеваний в условиях многопрофильной больницы скорой медицинской помощи /Т.М. Васильевская: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Рязань, 2001.
6. Ткаченко, В.Н. Материнская смертность в Республике Башкортостан /Ткаченко В.Н., Афанасьев А.А. //Здрав. Башкорт.: Спец. вып. № 4. – 2002. – С. 178-180.
7. Комличенко, Э.В. Внематочная беременность – современные аспекты диагностики и лечения. Клинико-экономический эффект использования современных медицинских технологий в лечении трубной беременности /Комличенко Э.В., Цивьян Б.Л., Уракова Р.В. //Ж. акуш. и жен. бол. – 2003. – Т. LII, вып. 3. – С. 28-33.

* * *

ВЗВЕСИМ ДЕТСКИЕ ИГРУШКИ...

Исследователи из университета Индианы провели эксперимент: группе детей в возрасте от 6 до 8 лет предложили в течение 10 мин выполнять несложные задания, связанные с перемещением картонных блоков весом чуть больше 1 кг. Выяснилось: во время игры с тяжелыми предметами сердечный ритм детей был выше и сжигалось больше калорий. Однако есть опасения, что такие игрушки могут навредить ребятам. На что авторы исследования отвечают: "Включение силовых упражнений в ежедневный режим поможет увеличить уровень физической активности детей и избавить их от нездоровых килограммов".

Источник: Посольство Медицины