

Можейко Л.Ф., Гузей И.А.
УО «БГМУ», Беларусь, г. Минск

Эффективность лапароскопического органосохраняющего лечения пациенток с трубной беременностью.

АКТУАЛЬНОСТЬ.

Внематочная беременность - одно из наиболее часто встречающихся острых гинекологических заболеваний, которое до настоящего времени продолжает представлять опасность для жизни. Согласно данным исследований, более 1-2% от всех беременностей являются эктопическими, что чревато неблагоприятными отдаленными последствиями, в частности, развитием спаечной болезни органов малого таза, повторной внематочной беременности, бесплодия.

ЦЕЛЬ.

Оценка эффективности лапароскопического органосохраняющего хирургического лечения трубной беременности.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.

В исследование включены 31 женщина, находившаяся на стационарном лечении в УЗ «1 ГКБ» г. Минска с 2011 по 2014 гг.

Средний возраст пациенток составил $27 \pm 3,4$ лет и варьировал от 18 до 38 лет. При анализе анамнестических данных, жалоб, данных клинико-лабораторного обследования нами отмечено, что основными жалобами пациенток при госпитализации были: задержка менструации 29 (95%), кровянистые выделения из половых путей 18 (60%), боли внизу живота различного характера и интенсивности 20 (65%). Плодное яйцо располагалось в ампулярном или истмическом отделе маточной трубы.

У 16 (54%) обследованных женщин в анамнезе имелись оперативные вмешательства на органах брюшной полости и малого таза. Среди них аппендэктомии 6 (19%), тубэктомии 2 (1%), реконструктивно-пластические операции на маточных трубах по поводу бесплодия 3 (9%), кесарево сечение 5 (16%).

Показаниями для лапароскопического вмешательства явились: заинтересованность в сохранении репродуктивной функции, диаметр плодного яйца не более 4 см, отсутствие разрыва стенки маточной трубы, отсутствие выраженной спаечной болезни органов малого таза.

При лапароскопическом обследовании проводили оценку ведущих факторов, влияющих на выбор органосохраняющего лечения: нарушенная или прогрессирующая беременность, гестационный срок, локализация плодного яйца, объем кровопотери, наличие сопутствующей соматической и гинекологической патологии.

РЕЗУЛЬТАТЫ.

Лапароскопия выполнялась под эндотрахеальным наркозом с использованием микроинвазивных технологий: ножницами проводили продольный разрез не более 10-12 мм по противобрыжеечному краю маточной трубы над местом ее максимального растяжения. Плодное яйцо удаляли путем сдавливания трубы со стороны серозного покрова выше и ниже места разреза. Оставшиеся элементы плодного яйца удаляли мягкими щипцами. Выполнялся точечный гемостаз в зоне имплантации плодного яйца с использованием биполярных щипцов. Края разреза сопоставлялись путем наложения отдельных серозно-мышечных швов. Оценивали состояние второй маточной трубы и органов малого таза. В случаях выявления сопутствующей гинекологической патологии - проводили ее коррекцию. Согласно проведенным исследованиям, спустя $1,1 \pm 0,6$ г. после хирургического лечения беременность наступила у 21 (68%) женщин.

Повторная трубная беременность возникла в 5 (16%) случаях, из них в 1 случае на ранее оперированной маточной трубе, в 2 (6%) случаях на противоположной трубе. У 2 (6%) пациенток через 2 месяца повторно проводилась лапароскопия в объеме сальпингоэктомии ранее оперированной маточной трубы ввиду прогрессирования внематочной беременности.

В ходе исследования было установлено, что у большинства женщин беременность наступила через $1,6 \pm 0,6$ лет после лапароскопического вмешательства. В 2 случаях с единственной оперированной маточной трубой беременность наступила в течение 1-го года после операции.

ВЫВОДЫ.

1. Хирургическое вмешательство (лапароскопия, сальпинготомия, удаление плодного яйца, сальпингоррафия) максимально обеспечивает анатомическую и функциональную целостность маточных труб.

2. Наши данные согласуются с мнением других исследователей, что в 68% - маточная беременность наступает в первые 2 года после лапароскопического вмешательства, в дальнейшем процент наступления маточной беременности снижается.

3. Эффективность лапароскопического хирургического лечения при эктопической трубной беременности зависит от квалификации хирурга, эндоскопического оборудования и техники выполнения лапароскопического вмешательства с сохранением функций обеих маточных труб.