



в течение 12 ч) или внутривенные инфузии бикарбоната натрия (концентрация — 154 мэкв/л в растворе декстрозы) со скоростью 1 мл/кг/ч в течение 6 ч.

Независимо от наличия или отсутствия факторов риска КИН не рекомендуется выполнять повторное рентгеноконтрастное исследование ранее чем через 48 ч или полного восстановления функций почек при развившейся КИН [1, 7, 14].

На сегодняшний день специфическая терапия КИН не разработана. Для уменьшения белкового катаболизма используют малобелковую диету. Проводится поддерживающая консервативная терапия.

При отсутствии эффекта от консервативных мероприятий показано проведение заместительной почечной терапии.

## Литература

1. Волгина Г.В. Контраст-индуцированная нефропатия: патогенез, факторы риска, стратегия профилактики // Нефрология и диализ. — 2006. — Т. 8, № 2. — С. 176–189.

2. Aspelin P., Aubry P., Fransson S.G. et al. Nephrotoxic effects in high-risk patients undergoing angiography // N. Engl. J. Med. — 2003. — Vol. 348, N 6. — P. 491–499.

3. Barrett B. J., Parfrey P.S. Preventing Nephropathy Induced by Contrast Medium // N. Engl. J. Med. — 2006. — Vol. 354, N 4. — P. 379–386.

4. Dangas G., Iakovou I., Nikolsky E. et al. Contrast-induced nephropathy after percutaneous coronary interventions in relation to chronic kidney disease and hemodynamic variables // Am. J. Cardiol. — 2005. — Vol. 95, N 1. — P. 13–19.

5. Goldenberg I., Matetzky S. Nephropathy induced by contrast media: pathogenesis, risk factors and preventive strategies // CMAJ. — 2005. — Vol. 172, N 11. — P. 1461–1471.

6. Heyman S.N., Rosenberger C., Rosen S. Regional alterations in renal haemodynamics and oxygenation: a role in contrast medium-induced nephropathy // Nephrol. Dial. Transplant. Suppl. — 2005. — Vol. 20, N 1. — P. 6–11.

7. Kelly A.M., Dwamena B., Cronin P. et al. Meta-analysis: Effectiveness of Drugs for Preventing Contrast-Induced Nephropathy // Ann. Intern. Med. — 2008. — Feb. 19 (148). — P. 284–294.

8. Mehran R., Aymong E.D., Nikolsky E. et al. A simple risk score for prediction of contrast-induced nephropathy after percutaneous coronary intervention: development and initial validation // J. Am. Coll. Cardiol. — 2004. — Vol. 44, N 7. — P. 1393–1399.

9. Nash K., Hafeez A., Hou S. Hospital-acquired renal insufficiency // Am. J. Kidney Dis. — 2001. — Vol. 39, N 5. — P. 930–936.

10. Nikolsky E., Mehran R., Lasic Z. et al. Low hematocrit predicts contrast-induced nephropathy after percutaneous coronary interventions // Kidney Int. — 2005. — Vol. 67, N 2. — P. 706–713.

11. Pannu N., Wiebe N., Tonelli M. Prophylaxis strategies for contrast-induced nephropathy // JAMA. — 2006. — Yune 14 (295). — P. 2765–2779.

12. Perlstein T.S., Gumieniak O., Hopkins P.N. et al. Uric acid and the state of the intrarenal renin-angiotensin system in humans // Kidney Int. — 2004. — Vol. 66, N 4. — P. 1465–1470.

13. Rudnick M.R., Goldfarb S., Wexler L. et al. Nephrotoxicity of ionic and non-ionic contrast media in 1196 patients: a randomized trial // Kidney Int. — 1995. — Vol. 47, N 1. — P. 254–261.

14. Thomsen H.S., Morcos S.K. Contrast media and the kidney: European Society of Urogenital Radiology (ESUR) Guidelines // Brit. J. of Radiology. — 2003. — Vol. 76, N 908. — P. 513–518.

15. Toprak O., Cirit M. Risk factors contrast-induced nephropathy // Kidney Blood Press Res. — 2006. — Vol. 29, N 2. — P. 84–93.

© Л.А.ЦЫГАНКОВА, В.Е.ЮДИН, 2009  
УДК 618.1-089:616.381-072.1

## Внематочная беременность: принципы хирургической тактики, лечения и реабилитации

ЦЫГАНКОВА Л.А., заслуженный врач РФ, доктор медицинских наук,  
полковник медицинской службы в отставке  
ЮДИН В.Е., заслуженный врач РФ, кандидат медицинских наук,  
полковник медицинской службы

Среди причин, приводящих к нарушению репродуктивного здоровья женщин, важная роль принадлежит острым гинекологическим заболеваниям и особенно тем, которые представляют угрозу

здоровью и жизни женщины и требуют хирургического лечения. Частота такой патологии составляет до 26% от общего числа пациенток гинекологического стационара.



Структура острых гинекологических заболеваний представлена следующим образом: *внематочная беременность* (ВБ) – 47%, острые воспалительные заболевания придатков матки – 24%, апоплексия яичника – 17%, перекрут придатков матки – 7%, миома матки с нарушением питания узла – 4%, перфорация матки как следствие различных внутриматочных манипуляций – 1%. В течение двух последних десятилетий резкое увеличение во всем мире числа острых воспалительных заболеваний придатков матки позволяет говорить о возникновении вторичной эпидемии трубного бесплодия и внематочной беременности.

Как видно из приведенных данных, особое место в структуре острых гинекологических заболеваний занимает ВБ. Под термином «внематочная беременность» подразумевается эктопическая (вне полости матки) нидация плодного яйца. Внематочная беременность составляет от 1,2 до 4,5% от числа всех гинекологических больных, 1,2–1,4% от числа беременностей и 0,8 – 2,4% от числа всех родов.

Несмотря на все достижения современной науки, ВБ представляет угрозу здоровью и жизни женщины до настоящего времени, являясь одной из ведущих причин в структуре материнской смертности. Летальность от ВБ составляла в XIX в. 80%, в 30-х годах XX в. – 32%, в пятидесятых – 15%, в шестидесятых годах – 2%. Только с начала девяностых годов XX в. летальность от внематочной беременности в развитых странах снизилась до менее 1%: в США в 1995 г. этот показатель равен 0,14%, а в Швеции – 0,07%.

В последние годы прослеживается некоторая тенденция к увеличению числа женщин с ВБ в Российской Федерации и Вооруженных Силах РФ. В структуре всех оперативных вмешательств по поводу гинекологических заболеваний, выполненных в стационарах МО РФ, операции по поводу ВБ составляют 1,5–1,7% от общего числа операций и 1,2% от числа лечившихся женщин.

В структуре больных гинекологических отделений по данным Минздравсоцразвития России ВБ составляет от 3 до 7% больных. Изучаемый показатель по

данным Минобороны России значительно ниже соответствующего показателя Минздравсоцразвития России, что, возможно, связано с тем, что при таком остром заболевании, как ВБ, часть пациентов прикрепленного контингента получает помощь в учреждениях Минздравсоцразвития. По локализации эктопической нидации плодного яйца различают трубную беременность, что составляет почти 98% случаев, яичниковую – 0,4–1,3%, абдоминальную, которая встречается в 0,1–0,9%. Очень редкие локализации ВБ – это шеечная беременность (0,1–0,4%), беременность в рудиментарном роге матки (0,2–0,9%) и интралигаментарная беременность – 0,1%.

На базе гинекологического отделения 150-го Центрального военного госпиталя Космических войск МО РФ оказание urgentной эндовидеохирургической помощи организовано круглосуточно. Нами за период 1996–2005 г. было обследовано и прооперировано 420 пациенток с нарушенной эктопической беременностью. На основании указанных материалов проведено специальное исследование. В группу исследуемых вошли женщины от 17 лет до 51 года (средний возраст 31 год).

#### **Цели исследования:**

- 1) определить меры по улучшению исходов хирургического лечения внематочной беременности, репродуктивного здоровья и качества жизни женщин, перенесших операции по поводу ВБ;
- 2) обосновать возможность и необходимость оказания urgentной эндовидеохирургической гинекологической помощи в военных госпиталях, в которых имеются хирургические отделения и соответствующее оборудование.

**Методы исследования** включали в себя: клиничко-статистический анализ анамнеза, ультразвуковое исследование органов малого таза, определение  $\beta$ -субъединицы *хорионического гонадотропина* ( $\beta$ -ХГ) в сыворотке крови, бактериоскопическое исследование мазков из уретры, цервикального канала, влагалища; молекулярно-генетическое (полимерная цепная реакция), исследование



содержимого влагалища и цервикально-го канала пациенток, динамическую лапароскопию, контрольную Second-look - лапароскопию, иммунологическое исследование крови методом ЭЛИ-П-Тест-1.

Такой традиционный метод, как пункция прямокишечно-маточного пространства через задний свод влагалища, не использовался. На современном этапе развития оперативной гинекологии многими авторами доказано, что результаты этого исследования могут быть как ложноположительными (от 0,5 до 10%), так и ложноотрицательными (от 3,1 до 20%) случаев.

### Результаты исследования

Клинико-статистический анализ анамнеза показал, что сопутствующая экстрагенитальная патология встречается практически у каждой второй пациентки. Преобладают заболевания органов дыхания и сердечно-сосудистой системы. Но наиболее часто встречается конституционально-алиментарное ожирение – практически у каждой седьмой пациентки.

Каждая третья пациентка в анамнезе имела оперативные вмешательства: кесарево сечение, холецистэктомию, диагностическую или оперативную лапароскопию. В подавляющем большинстве случаев (более чем в 20%) была аппендэктомия. Здесь же необходимо отметить, что наиболее часто ВБ локализуется в правой маточной трубе.

Сопутствующие гинекологические болезни были практически у каждой женщины. Наиболее часто встречались хронические воспалительные заболевания внутренних половых органов, фоновые заболевания шейки матки, неспецифические кольпиты. Различные нарушения менструальной функции отмечены у всех пациенток. Наиболее часто – по типу альгодисменореи.

Изучение особенностей сексуального поведения исследованных показало, что пациентки с внематочной беременностью первый опыт сексуального общения имели в  $17,3 \pm 1,7$  года. Практически каждая третья из них указывала на раннее начало половой жизни – до 18 лет (упорядоченная половая жизнь не была характерна). Отсутствие постоянного полового

партнера встречалось более чем в каждом четвертом случае. Каждая седьмая женщина с внематочной беременностью указывала в анамнезе на первичное бесплодие (13,6%). Изучение «контрацептивного поведения» показало, что от беременности не предохранялась более чем каждая третья женщина с внематочной беременностью. Среди применявших контрацепцию наиболее популярными были внутриматочные средства.

Жалобы и клинические симптомы по степени диагностической ценности и значимости распределились следующим образом: болевой синдром в 100% случаев, нарушение менструального цикла в 97%, наличие кровянистых выделений из половых путей (умеренные или скудные темные выделения) в 96%, головокружение, эпизоды кратковременной потери сознания в 59%, «воспалительный анамнез» в 56%, болезненность при пальпации брюшной стенки в 54%. Наличие анемии (лабораторные данные) выявлено в 34%, положительных перитонеальных симптомов – в 27%, бледность кожного покрова отмечена в 18%, свободная жидкость в брюшной полости обнаружена в 15%, выявлена эктопическая беременность в анамнезе в 11%, тахикардия – в 10%, субфебрилитет – в 8% и гипотония – в 7% случаев.

Болевой синдром, нарушение менструального цикла, кровяные выделения с учетом имеющихся факторов риска – основные клинико-анамнестические признаки, при наличии которых следует предположить ВБ.

При подозрении на внематочную беременность диагностический поиск целесообразно начинать с применения менее инвазивных и наиболее экономичных и простых с точки зрения выполнения методов: иммунологического определения  $\beta$ -ХГ и ультразвуковое исследование органов малого таза, которые в совокупности по точности диагностики практически равны лапароскопии, а при внематочной беременности сроком менее 4–5 нед – превосходят ее.

Известно, что только в 10% случаев встречается трубная беременность, которая нарушается по типу разрыва трубы и клинически манифестирует классически. В остальных случаях такая патология



развивается без ярких проявлений и внутрибрюшного кровотечения, что значительно затрудняет диагностику, в т. ч. и визуальную, т. к. в отдельных случаях маточная труба даже при осмотре с помощью лапароскопии не имеет каких-либо изменений. По этой причине диагностическая ценность лапароскопии не равна 100%, в связи с чем требуется внедрение дополнительных диагностических методов, например тубоскопии. Так как хорионический гонадотропин в крови определяется на 5–6-й день зачатия, а в моче на 8–9-й день, то целесообразно в первую очередь определять титр  $\beta$ -ХГ в крови (при отсутствии лабораторной диагностики возможно выполнение несколько менее достоверного качественного теста – «Тест для определения беременности»).

Диагностические методы по ценности и степени информативности в нашем исследовании распределились в следующей последовательности: лапароскопия 99%, определение  $\beta$ -ХГ в моче – 95%, выскабливание стенок полости матки с последующим гистологическим исследованием материала – 91%, ультразвуковое исследование органов малого таза влагалищным датчиком – 88%, а брюшно-стеночным – 71%, бимануальное гинекологическое исследование – 49%.

Необходимо отметить, что хирургов-гинекологов всегда не удовлетворял тот факт, что хирургическая травма при диагностическом доступе часто более значительна, чем во время основного этапа операции. В течение последних лет в зарубежной литературе сообщается все больше данных о реализации методов эндовидеохирургии в ургентной гинекологии.

В середине 70-х годов XX в. в лапароскопии произошел революционный прорыв – родилась лапароскопическая хирургия. В 1973 г. Н. I. Shapiro и D. H. Adler произвели первое органосохраняющее удаление трубной беременности.

К концу 80-х годов XX столетия лапароскопическая техника отвоевала у «большой» хирургии значительное количество классических, объемных вмешательств, в некоторых из них приобретаю к настоящему времени статус «золотого стандарта». Только ограниченные возможности отечественного здравоохранения, в т. ч. и военного, еще не позволяют нам сравнивать результаты и доказывать преимущества малоинвазивной хирургии и необходимость организационных перемен – перехода от традиционного стандарта ведения ВБ к современному оптимизированному стандарту, включающему лапароскопическую диагностику и лечение.

Данные нашего исследования еще раз подтвердили, что наиболее часто ТБ локализуется в правой маточной трубе (3:2), причем в половине случаев из этого числа в ее ампулярном отделе. Локализация плодного яйца, наряду с другими клинико-anamnestическими факторами, определяла вид оперативного вмешательства. Основные виды применявшихся операций: тубэктомия, линейная сальпингостомия, резекция сегмента маточной трубы, вакуум-аспирация плодного яйца, выдавливание плодного яйца (милкинг).

Распределение больных в зависимости от вида оперативного пособия и характера хирургического доступа представлено в табл. 1.

Таблица 1

**Виды оперативного пособия и характер хирургического доступа у пациенток с ВБ**

Вид операции	Лапаротомия, n=136		Лапароскопия, n=284	
	Абс. число	%	Абс. число	%
Тубэктомия	48	35,3	60	21,2
Линейная сальпингостомия	36	26,5	88	30,9
Выдавливание плодного яйца	23	16,9	63	22,2
Вакуум-аспирация	–	–	27	9,5
Резекция сегмента трубы	29	21,3	46	16,2



Данные таблицы показывают, что тубэктомия более чем в полтора раза чаще выполняется при лапаротомном доступе. Органосохраняющие виды оперативных пособий были выполнены в 55% случаев при лапаротомии и в 78% случаев при лапароскопии.

Вид оперативного вмешательства и хирургический доступ находятся в прямой зависимости от объема кровопотери, соответствующего деструкции маточной трубы. При кровопотере от 100 до 500 мл в большинстве случаев выполнялись органосохраняющие операции как во время лапароскопии, так и при лапаротомии (в среднем в 55,15%), причем предпочтение отдавалось лапароскопическому доступу. Удаление трубы проводилось в единичных случаях, в среднем в 6,0%.

С увеличением кровопотери характер оперативных вмешательств менялся. Так, при кровопотере от 600 до 1000 мл, примерно в равной степени выполнялись как органосохраняющие операции (33,9%), так и тубэктомии (29,5%).

Выбор оперативного доступа определялся и другими факторами (репродуктивный анамнез, наличие перенесенных операций на органах брюшной полости). При массивной кровопотере (свыше 1000 мл) чаще проводилось удаление маточной трубы, в среднем в 63,9%. При этом почти всегда использовался лапаротомный доступ. В единичных случаях при отсутствии клинико-лабораторных признаков геморрагического шока применялся лапароскопический доступ. При объеме кровопотери более 1 л предпочтение отдавалось лапаротомии, т. к. эта категория больных поступала с признаками геморрагического шока.

Таким образом, на выбор доступа и вида оперативного вмешательства существенное влияние оказывали: объем кровопотери как показатель, определяющий степень деструкции маточной трубы и клинико-лабораторные признаки геморрагического шока; локализация плодного яйца; возраст пациентки; репродуктивный анамнез; время поступления в стационар от момента заболевания; указания на ранее перенесенные оперативные вмешательства на органах брюшной полости.

Всем пациенткам после органосохраняющих операций проводились сеансы динамической лапароскопии. Первый

контрольный осмотр — на 2-е сутки послеоперационного периода с целью визуального контроля за динамикой патологического процесса. При этом оценивались состояние маточной трубы, признаки персистенции трофобласта (особенно в случаях большого срока беременности, когда плодное яйцо достигает 4 см в диаметре), разделение рыхлых сращений, состояние санации органов малого таза.

Персистенция трофобласта, как осложнение послеоперационного периода, влечет за собой продолжение патологического процесса и развитие клиники ВБ с разрывом маточной трубы. Поэтому необходим контроль за уровнем хорионического гонадотропина. При нормальном течении процесса на исходе 2-х суток должно произойти снижение ХГ в 2 раза. На 5–6-е сутки реакция должна быть отрицательной.

Отдаленные результаты хирургического лечения внематочной беременности изучены у всех прооперированных нами пациенток на протяжении от 3 мес до 9 лет после перенесенной операции.

Пациенткам, заинтересованным в реализации репродуктивной функции, через 4–5 мес после выполненного оперативного вмешательства проводилась контрольная Second-look-лапароскопия. Проведенное контрольное исследование позволило сравнить отдаленные результаты по ряду признаков: степень выраженности спаечного процесса, риск развития рецидива ВБ, частота наступления маточной беременности.

Установлено, что в наших условиях лапароскопический доступ при внематочной беременности имел ряд статистически значимых преимуществ по сравнению с лапаротомным, а именно: в 5,5 раза снижалась частота спайкообразования; в 3,2 раза — риск рецидива внематочной беременности; в 1,9 раза возрастала частота наступления маточной беременности.

Однако выполняемые лапароскопическим доступом органосохраняющие операции при внематочной беременности не в равной степени обеспечивали осуществление прооперированной маточной трубой ее функции. Так, после операций резекции сегмента трубы вторичное бесплодие развивалось в 63,4% случаев. Выявлена самая низкая частота



наступления маточных беременностей — в среднем 8,4%. После операций линейной сальпингостомии отмечены рецидивы внематочной беременности в среднем в 20,3%, вторичное бесплодие в 40,1% случаев. Наступление маточной беременности обнаружено в 21% случаев.

Исходы операции вакуум-аспирации плодного яйца были следующими: трубы оставались проходимыми в 81,1% случаев, высокая частота маточной беременности наступала в 70,4%, вторичное бесплодие — в 22,2% случаев. Частота рецидива повторной внематочной беременности составила 3,7%.

Исходы операций милкинг таковы: трубы проходимы в 87,3%, вторичное бесплодие наступало в 24,1%, рецидив внематочной беременности составил в среднем 16,4% случаев. Выявлена высокая частота наступления маточной беременности — в 54,8%.

С целью формирования прогноза исходов хирургического лечения ВБ и определения дальнейшей тактики ведения этой категории женщин на базе отделения клинической и экспериментальной иммунологии перинатального центра Городской клинической больницы № 29 (Москва) были проведены иммунологические исследования. Определялась сывороточная иммунореактивность, отражающая количество и аффинность некоторых видов естественных эмбриотропных аутоантител, взаимодействующих с белками — регуляторами эмбриогенеза.

Пациентки после внематочной беременности в 91,1% случаев имели отклонения в продукции эмбриотропных аутоантител. В большинстве наблюдений отмечалось снижение их продукции — гипореактивность (62%). В остальных случаях имела место нормореактивность (29%) и гиперреактивность (9%).

Поскольку наличие персистирующей инфекции является одним из основных этиологических факторов ВБ, бактериоскопическое исследование было проведено всем пациенткам. Оно показало, что у 52,6% обследованных чистота влагалишных мазков соответствовала II степени, у 22% — III, а у 25,4% — IV степени.

Показательны сопоставления состояния иммунной системы и спектр выявленных инфектов у обследованной группы женщин. Так, у нормореактивных пациенток достоверно чаще диагностиро-

ваны микоплазмы и *Clostridium albicans* — у каждой третьей, в то же время гонококки, трихомонады и хламидии не встречались вовсе. Иная картина наблюдалась среди гипореактивных, где чаще всего выявлялись гонококки, хламидии, трихомонады и *C. albicans*. Примечательно, что гонококки в группе гиперреактивных не диагностированы вовсе, а хламидии и трихомонады встречались в два раза реже по сравнению с гипореактивными.

Таким образом, можно отметить различия в спектре инфектов, которыми инфицированы пациентки разных групп иммунореактивности. Приведенные результаты позволяют говорить об угнетении как специфического (продукция эмбриотропных антител), так и общего иммунитета у гипореактивных пациенток.

Данные нашего исследования показали, что в деле восстановления репродуктивной функции женщин после хирургического лечения важная роль принадлежит реабилитационной терапии. Нами разработан и реализован комплекс мероприятий восстановительного лечения у пациенток, перенесших оперативное вмешательство в связи с ВБ. В него входят: комплексная противовоспалительная терапия, гидротубации, применение низкодозированных *комбинированных оральных контрацептивов* (КОК) на протяжении 6–9 оварийальных циклов, иммунотерапия у пациенток с гипореактивностью, коррекция выявленных иммунно-эндокринно-метаболических нарушений, комплекс физиотерапевтических процедур.

Противовоспалительная терапия проводилась по традиционным принципам с учетом данных бактериоскопического и бактериологического исследований (антибиотики, метрагил).

Гидротубации мы считаем необходимыми, т. к. они имеют и прямое механическое воздействие на маточные трубы — растяжение стенок, разделение рыхлых спаек, раздражение рецепторного аппарата и противовоспалительное действие за счет состава вводимой жидкости. Процедуры мы начинали применять со 2–3-го дня послеоперационного периода, выполняя их через день и не более трех. Увеличение числа гидротубаций травмирует стенку маточной трубы, перерастягивая и истончая ее, повреждая мерцательный эпителий.



Применение КОК оправдано тем, что репарация поврежденного эпителия маточной трубы и внутриорганный сосудистого русла происходит в течение 6–9 циклов. Кроме того, применение КОК с последующей отменой препаратов будет положительно влиять на взаимоотношения в системе гипоталамус–гипофиз–яичник.

У пациенток с гипореактивным состоянием организма проводилось лечение по традиционным схемам, предусматривающим, в первую очередь, повышение иммунореактивности (пирогенал, гоно-вакцина), иммуномодуляторы и индукторы интерферона (виферон, ликопад, амиксин, экстракт элеутерококка, дибазол, иммуновит), а при гиперреактивном состоянии применялись только иммуномодуляторы и плазмаферез.

С целью коррекции выявленных иммуно-эндокринно-метаболических нарушений всем пациенткам, независимо от реактивности иммунной системы, назначался витамин Е (сумма токоферолов 400 МЕ), бета-каротин (100 ЕД), а также микродозы ацетилсалициловой кислоты (80 мг/сут).

Проведение предложенного комплекса реабилитационных мероприятий позволило добиться нормореактивности в 30,4% наблюдений среди гиперреактивных и лишь в 11,9% – среди гипореактивных, что важно учитывать при планировании прогноза исхода хирургического лечения и тактики дальнейшего ведения пациентки.

Физиотерапевтическое лечение было направлено на регуляцию кровотока и лимфообращения в патологическом очаге, модуляцию иммунного гомеоста-

за, местное обезболивание, улучшение трофики и, как следствие, фибролитическое действие. Применялись низкоинтенсивное лазерное излучение, магнитное поле. Для достижения оптимального эффекта необходимо раннее начало физиотерапии – через 12–24 ч после операции.

После перенесенной ВБ у 160 (38,1%) пациенток из 420 наступила беременность. Маточная беременность диагностирована у 117 пациенток (27,8%), а в 43 случаях (10,2%) имела место внематочная беременность. Принципиально важно то, что беременность во всех случаях наступала именно у пациенток с нормальной реактивностью иммунной системы – 88 (55%) и гиперреактивных 71 (44,4%), а среди гипореактивных лишь в одном наблюдении (0,6%) имело место наступление беременности, причем внематочной.

Сравнение исходов органосохраняющих операций, выполненных с применением различных доступов, свидетельствует о том, что статистически значимых различий в отношении таких анализируемых признаков, как частота вторичного бесплодия и невынашивания вновь наступившей беременности, не выявлено (табл. 2). Но частота формирования перитубарных спаек после лапаротомии была в 5,5 раза выше по сравнению с лапароскопией и достоверно возрастала частота наступления внематочной беременности – в 3,2 раза. Соответственно вполне ожидаемым было достоверное увеличение (в 1,9 раза) частоты наступления маточной беременности после лапароскопии по сравнению с лапаротомией.

Таблица 2

**Сравнительная оценка исходов органосохраняющих операций, выполненных с применением различных доступов, %**

Показатель	Лапаротомия	Лапароскопия
Проходимость оперированной трубы	40,9	62,5
Трубно-перитонеальный свищ	7,9	12,1
Спайки	80,6	14,7
Маточная беременность	22,7	43,3
Повторная внематочная беременность	27,3	8,5
Вторичное бесплодие	42,0	38,8
Невынашивание беременности	9,1	9,4



## ВЫВОДЫ

Следует подчеркнуть, что достижение ожидаемого результата — восстановление фертильности женщины — связано не только с механической проходимостью маточной трубы, но и с другими ее функциями: мышечной (перистальтической) активностью, цилиарной активностью, которая определяется сохранностью ресничек эндотелия, а также секреторной активностью, созданием эндотелием трубы первичной среды для развития эмбриона. Сложная координированная деятельность многих функций маточной трубы обеспечивает реализацию разнонаправленных процессов: транспорт сперматозоидов, капацитацию их, захват яйцеклетки, оплодотворение и начальное развитие эмбриона, а также транспорт яйцеклетки и эмбриона в полость матки.

Однако, принимая во внимание и эти данные, необходимо отметить, что именно состояние иммунной системы является одним из основных прогностических факторов возможности реализации детородной функции у данной категории больных. Очевидно, что проведение органосохраняющих операций у пациенток с внематочной беременностью и гипореактивным состоянием иммунной системы является зачастую нецелесообразным. Этой категории больных, заинтересованных в деторождении, сразу после проведенного комплекса реабилитационных мероприятий необходимо рекомендовать использование вспомогательных репродуктивных технологий.

1. Лапароскопический доступ при urgentной помощи в гинекологии имеет ряд статистически значимых преимуществ по сравнению с лапаротомным. Наиболее важными из них являются: снижение риска рецидива внематочной беременности, возрастание частоты наступления маточной беременности и снижение частоты спайкообразования.

2. Необходима целенаправленная работа (обучение специалистов, соответствующее техническое оснащение) по приближению современной малоинвазивной хирургии к гарнизонным военным госпиталям, имеющим хирургические отделения, т. к. именно в военных гарнизонах, удаленных от медицинских центров, сосредоточен наиболее молодой контингент военнослужащих-женщин и женщин — членов семей военнослужащих.

3. Пациентки, перенесшие операцию по поводу ВБ и заинтересованные в реализации генеративной функции, нуждаются в определении специфической иммунореактивности и обязательном проведении комплекса реабилитационных мероприятий, способствующих восстановлению детородной функции.

4. Пациентки с гипореактивным состоянием иммунной системы составляют группу высокого риска формирования бесплодия и рецидива ВБ. Поэтому они должны быть своевременно ориентированы на применение вспомогательных репродуктивных технологий.

## Литература

1. Адамян Л.В., Аскольская С.И., Зурабидани З.Р. Современные подходы к диагностике и лечению внематочной беременности // Лапароскопия и гистероскопия в акушерстве и гинекологии. — М., 2002. — С. 195–200.
2. Бани Одех Е.Ю. Репродуктивное здоровье пациенток после хирургического лечения трубной беременности: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 2003. — 23 с.
3. Игнатович И.Г. Анатомо-физиологическое обоснование путей повышения эффективности хирургической коррекции трубного бесплодия: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — СПб, 1993. — 24 с.
4. Кира Е.Ф., Года И.Б., Цвелев Ю.В. и др. Функция яичников у женщин, перенесших внематочную беременность // Актуальные вопросы гинекологической эндокринологии: Сб. матер. науч.-практ. конф. акуш.-гин. Московского региона. — М.: ГВКГ им. Н.Н.Бурденко, 1999. — С. 38–41.

5. Кулаков В.И., Адамян Л.В. Роль новых технологий в повышении эффективности диагностики, хирургического и восстановительного лечения гинекологических заболеваний // Новые технол. в гинекол. — М.: Пантори. — 2003. — С. 3–11.

6. Принципы микрохирургии в лечении бесплодия / Под ред. Дж.В.Рейньяка и Н.Х.Лозерса. — М.: Медицина, 1986. — 247 с.

7. Репродуктивное здоровье женщин после хирургического лечения гинекологических заболеваний / Под ред. В.Е.Радзинского, А.О.Духина. — М., 2004. — 174 с.

8. Руководство к практическим занятиям по гинекологии / Под ред. Ю.В.Цвелева и Е.Ф.Кирь. — СПб: ООО «Издательство Фолиант», 2003. — 320 с.

9. Стрижаков А.Н., Давыдов А.И., Шахламова М.Н. и др. Внематочная беременность. — М.: Медицина, 1998. — 216 с.

10. Штыров С.В. Лапароскопия при неотложных состояниях в гинекологии: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — М., 2005. — 246 с.