**Суслікова Лідія Вікторівна. Ендохірургічне лікування перерваної позаматкової вагітності з помірною та масивною крововтратою : дис...канд. мед. наук: 14.01.01 / Донецький держ. медичний ун-т ім. М.Горького. — Донецьк, 2005. — 162арк. : рис., табл. — Бібліогр.: арк. 147-162.**

|  |  |
| --- | --- |
|

|  |
| --- |
| Суслікова Л.В. Ендохірургічне лікування перерваної позаматкової вагітності з масивною та помірною крововтратою. – *Рукопис.**Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.01 – акушерство та гінекологія. – Науково-дослідний інститут медичних проблем сім’ї Донецького державного медичного університету ім. М. Горького МОЗ України, м. Донецьк, 2005.*Дисертацію присвячено питанням ендохірургічного лікування позаматкової вагітності з масивною та помірною крововтратою. На підставі вивчення клінічних, ехографічних, відеоскопічних, гормональних і гістоструктурних особливостей розроблена схема патогенезу переривання позаматкової вагітності з різною крововтратою і обґрунтований об’єм оперативного втручання. Розроблено інструментальне забезпечення та спосіб оперативної техніки, що надало можливість провести лікування перерваної позаматкової вагітності з помірною і масивною крововтратою за допомогою кровозберігальної та малоінвазійної ендохірургічної технології. Доведено технічну і економічну ефективність розробленої лікувальної технології та її позитивний вплив на стан хворих. Основні результати праці знайшли клінічне впровадження при ендохірургічному лікуванні перерваної позаматкової вагітності з різною крововтратою в черевну порожнину. |

 |
|

|  |
| --- |
| У роботі на сучасному рівні приведено нове рішення важливої задачі сучасної гінекології та акушерства *–*підвищенняефективності діагностики та оперативного лікування перерваної ПВ з помірною та масивною крововтратою. На підставі вивчення клінічного стану, рівня сироваткового -ХГ, ехоструктурних і ендоскопічних особливостей внутрішніх статевих органів, гістоструктури маткових труб та хоріону обґрунтований об’єм оперативного втручання, розроблений ендоскопічний пристрій для аспірації та спосіб кровозберігального ендохірургічного лікування перерваної ПВ з помірною та масивною крововтратою, що привело до скорочення часу виконання оперативного втручання, терміну перебування хворої в стаціонарі та зменшення економічних витрат на лікування.1. Число хворих, госпіталізованих в гінекологічний стаціонар з підозрою на ПВ, варіює в межах від 1 до 12 %. У 11,92 % хворих переривання ПВ відбувається з помірною та у 8,28 % – з масивною крововтратою в черевну порожнину, що на сучасному етапі робить необхідним розробку неінвазійних критеріїв діагностики та технології кровозберігального малоінвазійного ендохірургічного лікування.2. Виявлено, що при перериванні ПВ з масивною крововтратою у 74,60 % пацієнток з втратою ОЦК понад 30 %, зниженням серцевого викиду, неможливістю адаптаційних механізмів систем гомеостазу компенсувати знижений ОЦК спостерігається зниження АТ до 93,02±2,49/57,46±2,24 мм рт. ст. (рм-п<0,01, рм-к<0,01), прискорення пульсу до 115,13±1,73 ударів за хвилину (рм-п<0,01, рм-к<0,01) і підвищення шокового індексу Альговера до 1,31±0,05 (рм-п<0,01, рм-к<0,01) з розвитком геморагічного шоку І стадії у 11,11 %, ІІ – у 42,86 %, ІІІ – у 20,63 % хворих, що потребує проведення трансфузіологічної замісної корекції гострої крововтрати. У 25,40 % пацієнток з втратою ОЦК 20-30 % внаслідок компенсованих адаптаційних механізмів гомеостазу не спостерігається зниження АТ, і шоковий індекс Альговера (0,87±0,03, р<0,01) не перевищує одиницю, але частота пульсу (99,25±2,69, р<0,01) цих пацієнток перевищує таку в контролі в 1,41 рази.3. Встановлено, що у 17,19 % пацієнток при перериванні ПВ з гострою помірною крововтратою розвивається геморагічний шок І стадії з підвищенням індексу Альговера до 1,32±0,04 (рп-к<0,01) за рахунок прискорення пульсу до 124,55±1,62 ударів за хвилину (рп-к<0,01) і зниження систолічного АТ до 96,36±3,10 мм рт. ст. (рп-к<0,01). У 82,81 % пацієнток з помірною крововтратою спостерігається компенсація зменшення ОЦК за рахунок централізації кровообігу, спазму периферичних судин та збільшення серцевого викиду, що проявляється збереженням цифр АТ в нормі або навіть підвищенням (109,94±1,22/69,77±1,00 мм рт. ст., pп-к>0,05) та зниженням індексу Альговера (0,89±0,04, рп-к<0,01) менше одиниці.4. Доведено, що основними ехографічними критеріями перерваної ПВ з масивною та помірною крововтратою є візуальна реєстрація вільної рідини і/або зсідків крові в поглибленнях малого тазу (100 % та 100 %); збільшення розмірів матки при відсутності плодового яйця в порожнині матки – (80,95 % і 64,06 %); потовщення серединного М-ехо (44,44 % та 43,75 %); наявність екстраоваріального утворення (95,24 % і 96,87 %) в проекції одного з додатків матки у вигляді рідинної структури з гіперехогенним обідком навколо (57,14 % і 29,69 %), ехоструктури солідної (4,76 % і 12,50 %) або комплексної побудови (33,33 % і 54,69 %).5. Встановлено, що у пацієнток з ПВ, яка переривається з масивною та помірною крововтратою, мають місце підвищені життєздатні властивості хоріону і більш сприятливі умови для його розвитку, що проявляється пролонгацією терміну переривання вагітності порівняно з ПВ з легкою крововтратою відповідно в 1,30 та в 1,20 рази, збільшенням продукції -ХГ в 3,37 і 1,55 рази (кореляційна залежність між об’ємом крововтрати в черевну порожнину і рівнем -ХГ в сироватці крові – r=0,47, p<0,01), підвищенням проліферативної активності хоріону. Глибоке проростання проліферувальних ворсин хоріону в стінку труби та її судини з розвитком інтерстиційних кровотеч і/або розриву труби, реактивного серозного сальпінгіту або загострення хронічного сальпінгіту з фіброзуванням стінки та ворсин труби приводять до виразних гістоструктурних змін маткових труб, що потребує проведення оперативного втручання в об’ємі сальпінгоектомії.6. При перериванні ПВ кров в черевній порожнині представлена рідинним компонентом та зсідками у різних співвідношеннях, а у 34,92 % пацієнток з масивною і у 37,50 % з помірною крововтратою – переважно зсідками. Плодове яйце при перерваній ПВ має пухку консистенцію і діаметр понад 2 см у 96,83 % хворих з масивною крововтратою (4,51±0,18 см) і 89,06 % з помірною (4,05±0,18 см). Розроблений пристрій для ендоскопічної аспірації дає змогу швидкого видалення з черевної порожнини будь-яких об’ємів та в’язкості рідини незалежно від наявності зсідків та тканинних компонентів у аспіраті, а також маткової труби з плодовим яйцем пухкої консистенції будь-яких розмірів, що у сукупності забезпечує можливість проведення оперативних втручань при перерваній ПВ зі значними крововтратами в черевну порожнину лапароскопічним доступом.7. Розроблений спосіб оперативного лікування перерваної ПВ забезпечує можливість реалізації кровозберігальної та малоінвазійної ендохірургічної технології в умовах помірної та масивної кровотечі в черевну порожнину і дозволяє: зменшити тривалість оперативного втручання при масивній крововтраті порівняно з лапаротомним способом в 2,30 (р<0,01), при помірній порівняно з традиційним ендохірургічним – в 1,45 рази (р<0,01); прискорити при застосуванні інтраопераційної реінфузії автокрові виведення хворої з геморагічного шоку і нормалізацію показників червоної крові (на 5-у добу після операції рівень гемоглобіну вище на 6,56 г/л (р<0,01), кількість еритроцитів – на 0,28 Т/л (р<0,01), гематокрит – на 2,5 % (р<0,01)); скоротити термін перебування пацієнток з масивною крововтратою в стаціонарі в 1,64 рази (р<0,01); зменшити економічні витрати на медичну допомогу пацієнткам при перерваній ПВ з масивною крововтратою в 2,49, з помірною – в 1,19 рази. |

 |