

нарушенных гемодинамических показателей и при необходимости реабилитации репродуктивной функции.

При установлении как прерванной, так и прогрессирующей внематочной беременности проводят экстренную операцию. Доступ определяется с учетом состояния больной. Показанием к незамедлительной лапаротомии является геморрагический шок. Лапаротомический доступ рекомендуется также при спаечном процессе в брюшной полости IV степени.

Наилучшим доступом для проведения операции по поводу эктопической беременности является *лапароскопия*, обладающая неоспоримым преимуществом перед лапаротомией: малый разрез, меньшая продолжительность операции, незначительная частота осложнений, возможность осуществления органосохраняющих принципов, сокращение сроков пребывания пациентки в стационаре, ранняя физическая и социальная реабилитация.

Наиболее часто при трубной беременности удаляют трубу (тубэктомия). Однако в некоторых случаях при соответствующих условиях для сохранения репродуктивной функции выполняют органосохраняющие (консервативно-пластические) операции: выталкивание плодного яйца «milking» (при его локализации в фимбриальном отделе), туботомию (рис. 17.5) — разрез маточной трубы в месте расположения плодного яйца с последующим его удалением (при небольших размерах плодного яйца), резекцию сегмента маточной трубы. Показаниями к тубэктомии служат повторная беременность в маточной трубе, подвергавшейся ранее консервативному вмешательству, рубцовые изменения в маточной трубе, нежелание иметь беременность в дальнейшем, разрыв маточной тру-

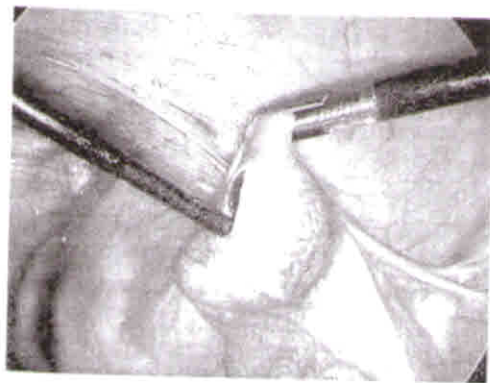


Рис. 17.5. Туботомия. Лапароскопия

бы, диаметр плодного яйца более 3,0 см. При локализации плодного яйца в интрамуральном (интерстициальном) отделе маточной трубы, отсутствии возможности проведения органосохраняющей операции и/или неинтересованности пациентки в сохранении репродуктивной функции выполняется тубэктомия с иссечением угла матки (рис. 17.6).