

DOI 10.23946/2500-0764-2018-3-1-42-50

# ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕЗЕКЦИИ ЧАСТИ АМПУЛЯРНОГО ОТДЕЛА МАТОЧНОЙ ТРУБЫ С ПЛОДНЫМ ЯЙЦОМ И ПОСЛЕДУЮЩЕЙ НЕОСТОМАТОПЛАСТИКОЙ ПРИ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ В СОХРАНЕНИИ ФЕРТИЛЬНОСТИ

ФЕТИЩЕВА Л.Е.<sup>1</sup>, МОЗЕС В.Г.<sup>2</sup>, ЗАХАРОВ И.С.<sup>2</sup><sup>1</sup>ГАОУЗ КО «Областная клиническая больница скорой медицинской помощи им. М.А. Подгорбунского», Кемерово, Россия<sup>2</sup>ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения России, Кемерово, Россия

## ORIGINAL ARTICLE

### EFFICIENCY OF PARTIAL RESECTION OF AMPULLA OF UTERINE TUBE WITH THE FOLLOWING SALPINGOSTOMY IN PATIENTS WITH ECTOPIC PREGNANCY TO PRESERVE THEIR FERTILITY

LARISA E. FETISCHEVA<sup>1</sup>, VADIM G. MOZES<sup>2</sup>, IGOR S. ZAKHAROV<sup>2</sup><sup>1</sup>Regional Clinical Emergency Hospital (22, Nikolaya Ostrovskogo Street, Kemerovo, 650099), Russian Federation<sup>2</sup>Kemerovo State Medical University (22a, Voroshilova Street, Kemerovo, 650056), Russian Federation

## Резюме

**Цель.** Сравнить эффективность сальпингостомии и резекции части ампулярного отдела маточной трубы с плодным яйцом и последующей неостоматопластикой.

**Материалы и методы.** Сплошным методом были отобраны 182 женщины с прогрессирующей либо прервавшейся внематочной трубной беременностью, которые были рандомизированы на 2 группы. В группе А (n=58) была выполнена резекция части ампулярного отдела маточной трубы с плодным яйцом и последующей неостоматопластикой; в группе В (n=124) была проведена эндоскопическая сальпингостомия. Через 3 месяца всем пациенткам для оценки исходов операции и изучения проходимости маточных труб была выполнена лапароскопия second look с хромогидротубацией; объективная оценка степени спаечного процесса в малом тазу – по методике определения перитонеального спаечного индекса PAI; по классификационной системе R-AFS; модифицированному методу классификации спаечного процесса в малом тазу после кесарева сечения. Исходы операции оценивались через 12 ме-

сяцев по восстановлению фертильности и данным метросальпингографии.

**Результаты.** Ближайшие результаты оперативного лечения показали преимущества альтернативной методики – оперированная маточная труба чаще сохранялась проходимой; частота и степень выраженности спаечного процесса в малом тазу при оценке его объективными методами была меньше; реже выявлялись ранние послеоперационные осложнения в виде персистенции трофобласта. Сальпингостомия также показала определенные преимущества – меньший хронометраж выполнения операции, большую возможность для проведения повторных реконструктивных операций, тем самым увеличивая шанс пациентки на сохранение функции маточной трубы. При оценке отдаленных исходов у женщин, прооперированных альтернативной методикой, выявлена более высокая частота проходимости оперированной маточной трубы и восстановления фертильности.

**Заключение.** Резекция части ампулярного отдела маточной трубы с плодным яйцом и последующей неостоматопластикой является эффективной альтернативой сальпингостомии

и может применяться у женщин с трубной беременностью, желающих сохранить репродуктивную функцию.

**Ключевые слова:** внематочная беременность, сальпингостомия, резекция маточной трубы, неостоматопластика.

## Abstract

**Aim.** To evaluate the efficacy of partial resection of ampulla of uterine tube followed by salpingostomy compared to salpingostomy alone in patients with tubal pregnancy.

**Materials and Methods.** We recruited 182 females with tubal pregnancy who were then randomized to undergo either endoscopic partial resection of ampulla of uterine tube followed by salpingostomy (n = 58) or endoscopic salpingostomy alone (n = 124). After 3 months, all patients underwent a second-look laparoscopy combined with hydrotubation to evaluate the outcome and Fallopian tube patency. Semi-quantitative assessment of pelvic adhesions was carried out by calculation of peritoneal adhesion index, by revised American Fertility Society classification system (r-AFS), and by modified classification of pelvic adhesions after caesarean section. In 12 months, the final outcome was evaluated by means of restored fertility and according to hysterosalpingography.

**Results.** In 3 months postoperation, patients who underwent partial resection of ampulla of uterine tube followed by salpingostomy were characterized by higher Fallopian tube patency, lower prevalence and severity of pelvic adhesions, and lower prevalence of persistent trophoblastic disease. Single salpingostomy also showed certain advantages such as lower time of surgery and better opportunities for repeated reconstructive operations. In 12 months, restored fertility was more prevalent in patients who underwent partial resection of ampulla of uterine tube followed by salpingostomy that was in keeping with higher Fallopian tube patency.

**Conclusion.** Partial resection of ampulla of uterine tube followed by salpingostomy is an efficient alternative to salpingostomy alone and can be used in women with tubal pregnancy to increase their chances to restore fertility.

**Keywords:** tubal pregnancy, salpingostomy, Fallopian tube resection.

◀ English

## Введение

Несмотря на развитие медицины, эктопическая беременность остается ведущей проблемой современной гинекологии. Частота заболевания в популяции достигает 1,4-2,0% от всех беременностей, возрастая в программах вспомогательных репродуктивных технологий до 35% [1]. Внематочная беременность относится к неучитываемым репродуктивным потерям, напрямую влияя на фертильность женщины, формирование трубно-перитонеального бесплодия, хронических тазовых болей и т.п. Тем не менее, существующие технологии органосохраняющих операций увеличивают шанс сохранения фертильности у таких пациенток и являются хорошим резервом сохранения у них репродуктивного здоровья [2].

Основной техникой органосохраняющей операции при внематочной беременности является сальпингостомия, однако существует альтернатива – резекция части ампулярного отдела маточной трубы с плодным яйцом и последующей неостоматопластикой. Предполагается, что при этой операции меньше риск персистенции трофобласта, формирования спаечно-

го процесса, грубого рубца и непроходимости маточной трубы [3]. Однако существует мало исследований, доказывающих или опровергающих эти предположения, что определило цель исследования.

## Цель исследования

Сравнить эффективность сальпингостомии и резекции части ампулярного отдела маточной трубы с плодным яйцом и последующей неостоматопластикой.

## Материалы и методы

Исследование проводилось на базе Государственного автономного учреждения здравоохранения Кемеровской области «Областная клиническая больница скорой медицинской помощи им. М.А. Подгорбунского». Исследование было проведено с соблюдением этических норм в соответствии с Хельсинкской декларацией Всемирной медицинской ассоциации «Этические принципы проведения научных медицинских исследований с участием человека» и «Правилами клинической практики в Российской Федерации», утвержденными Приказом

Минздрава РФ от 19.06.2003 г. № 266. Всего было три этапа исследования.

На первом этапе исследования сплошным методом были отобраны 182 женщины с прогрессирующей либо прервавшейся внематочной трубной беременностью. Критериями включения на этом этапе являлись: желание пациенток сохранить и реализовать в дальнейшем репродуктивную функцию; наличие прогрессирующей, либо прервавшейся трубной беременности; наличие у пациентки условий для выполнения органосохраняющей операции (стабильная гемодинамика; целостность стенки маточной трубы; беременность в маточной трубе, ранее не подвергавшейся консервативной операции по поводу трубной беременности и пластическим операциям по поводу трубно-перитонеального бесплодия; отсутствие глубоких морфологических изменений трубы, вызванных инвазией трофобласта; размер плодного яйца не более 3-4 см; расположение плодного яйца в ампулярном отделе; отсутствие выраженного спаечного процесса в малом тазу 3-4 степени); отсутствие тяжелой соматической патологии по основным классам заболеваний (МКБ-10); информированное согласие на участие в исследовании.

Критериями исключения женщин из этого этапа исследования были: нежелание сохранить и реализовать в дальнейшем репродуктивную функцию; отсутствие у пациентки условий для выполнения органосохраняющей операции; наличие тяжелой соматической патологии по основным классам заболеваний (МКБ-10); отсутствие информированного согласия на участие в исследовании.

Объем инструментально-лабораторного исследования всех женщин соответствовал Приказу МЗ РФ № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)»», рубрика О00 Внематочная (эктопическая) беременность.

Всем пациенткам проводилась лапароскопия с объективной оценкой степени спаечного процесса в малом тазу по методике определения перитонеального спаечного индекса PAI (Peritoneal adhesion index), по классификационной системе Американского общества фертильности (R-AFS), модифицированный метод классификации спаечного процесса в малом тазу после кесарева сечения [4].

Непосредственно перед выполнением оперативного лечения все пациентки при помощи шестигранного кубика были рандомизированы на 2 группы: группа А (n=58), в которой больным выполнялась резекция части ампулярного отдела маточной трубы с плодным яйцом и последующей неостоматопластикой; группа В (n=124), в которой больным осуществлялась эндоскопическая сальпингостомия.

Интраоперационно проводился хронометраж времени выполнения этапа органосохраняющей операции. Первой фиксажной точкой у пациенток группы А являлась биполярная коагуляция мезосальпинкса до проксимальной части расположения плодместилища; у пациенток группы В – разрез трубы над проекцией плодного яйца в противоположном от брыжейки участке трубы. Вторые фиксажные точки в обеих группах совпадали и являлись биполярной коагуляцией кровотокащих участков.

Всем пациенткам проводилось стандартное послеоперационное ведение; были даны стандартные рекомендации по послеоперационной реабилитации на амбулаторном этапе по общепринятой методике с указанием обязательного использования комбинированной гормональной контрацепции в течение минимум 6 месяцев с последующей их отменой.

Второй этап исследования проводился через 3 месяца после проведенного оперативного лечения: осуществлялась переоценка критериев включения и исключения; всем пациенткам осуществлялась лапароскопия second-look с хромогидротубацией по общепринятой методике; интраоперационная объективная оценка степени спаечного процесса в малом тазу по шкале PAI, AFS, модифицированный метод классификации спаечного процесса в малом тазу после кесарева сечения. При наличии технической возможности выполнялся сальпинголизис с пластикой непроходимой маточной трубы по общепринятой методике.

Всем женщинам были даны стандартизированные рекомендации по послеоперационной реабилитации на амбулаторном этапе по общепринятой методике с указанием обязательного использования комбинированной гормональной контрацепции в течение 3 месяцев с последующей их отменой; всем партнерам женщин были даны рекомендации провести контроль фертильности, а при ее снижении пройти лечение у уролога-андролога.

Третий этап исследования проводился через 12 месяцев после операции: осуществлялась переоценка критериев включения и исключения; оценивалась частота наступления маточной и рецидивов внематочной беременности; пациенткам, у которых не наступила беременность, проводилась метросальпингография по общепринятой методике с оценкой проходимости маточных труб.

Статистический анализ осуществлялся при помощи программы Statsoft Statistica 6,0. Выборочные параметры, приводимые в таблицах, имеют следующие обозначения: n – объем анализируемой подгруппы, p – достигнутый уровень значимости. Абсолютные значения, представленные дискретными показателями, описывались медианой (Me) и межквартильным интервалом, относительные величины – процентными долями. При

сравнении количественных признаков двух независимых групп использовали непараметрический U-критерий Манна-Уитни. Оценка статистической значимости частотных различий в двух независимых группах осуществлялась при помощи критерия Пирсона  $\chi^2$  и точного критерия Фишера. При проверке нулевых гипотез критическое значение уровня статистической значимости принималось равным 0,05.

## Результаты

Пациентки в обеих группах были сопоставимы по большинству критериев. Средний возраст женщин статистически значимо не различался и составил  $29,2 \pm 3,8$  лет в группе А и  $28,8 \pm 4,9$  лет в группе В,  $p=0,68$ .

Результаты лапароскопии на первом этапе исследования представлены в **таблице 1**.

Признак Feature	Группа А <i>Partial resection of ampulla of uterine tube followed by salpingostomy</i> (n=58)		Группа В <i>Salpingostomy alone</i> (n=124)		p
	n	%	n	%	
Спаечный процесс в малом тазу <i>Pelvic adhesions</i>	37	63	36	29	0,001
Внематочная беременность в единственной маточной трубе <i>Tubal pregnancy in a single Fallopian tube</i>	6	10,3	19	15,3	0,363
Внематочная беременность прогрессирующая <i>Progressing tubal pregnancy</i>	10	17,2	32	25,8	0,20
Внематочная беременность прервавшаяся по типу трубного выкидыша <i>Interrupted tubal pregnancy</i>	48	82,7	92	74,1	0,20
Сактосальпинкс контралатеральной маточной трубы <i>Sactosalpinx of contralateral Fallopian tube</i>	5	8,6	12	9,6	0,819

**Таблица 1.**  
Результаты  
лапароскопии  
(первый этап  
исследования)

**Table 1.**  
Immediate results of  
the laparoscopy

При субъективной оценке спаечный процесс в малом тазу чаще выявлялся у пациенток группы А, однако объективная оценка степени спаечного процесса в малом тазу не выявила статистически значимого различия между пациентками обеих групп (**рисунок 1**).

Степень спаечного процесса, по данным индекса PAI, составила 2(0;6) балла в группе А и 0 (0;6) баллов в группе В,  $p=0,68$ ; по классификационной системе R-AFS – 1(0;1) и 0 (0;1) баллов соответственно,  $p=0,34$ ; по модифици-

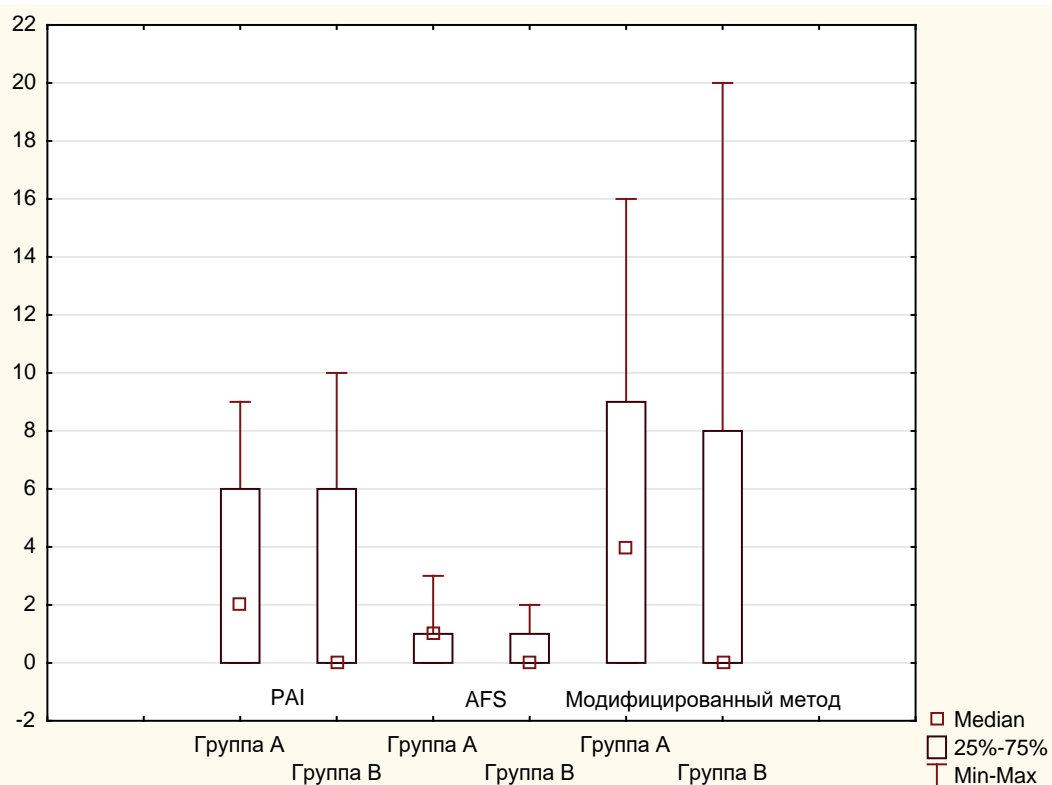
рованному методу 4(0;9) и 0 (0;8) баллов соответственно,  $p=0,34$ .

В обеих группах чаще всего выявлялась прервавшаяся внематочная беременность по типу трубного выкидыша, в остальных показателях статистически значимого различия между группой А и В не выявлено (**таблица 1**).

Проведенный хронометраж этапа выполнения органосохраняющей операции в группе А составил  $21 \pm 2$  минуты; в группе В –  $11,8 \pm 1,5$  минут,  $p=0,001$ .

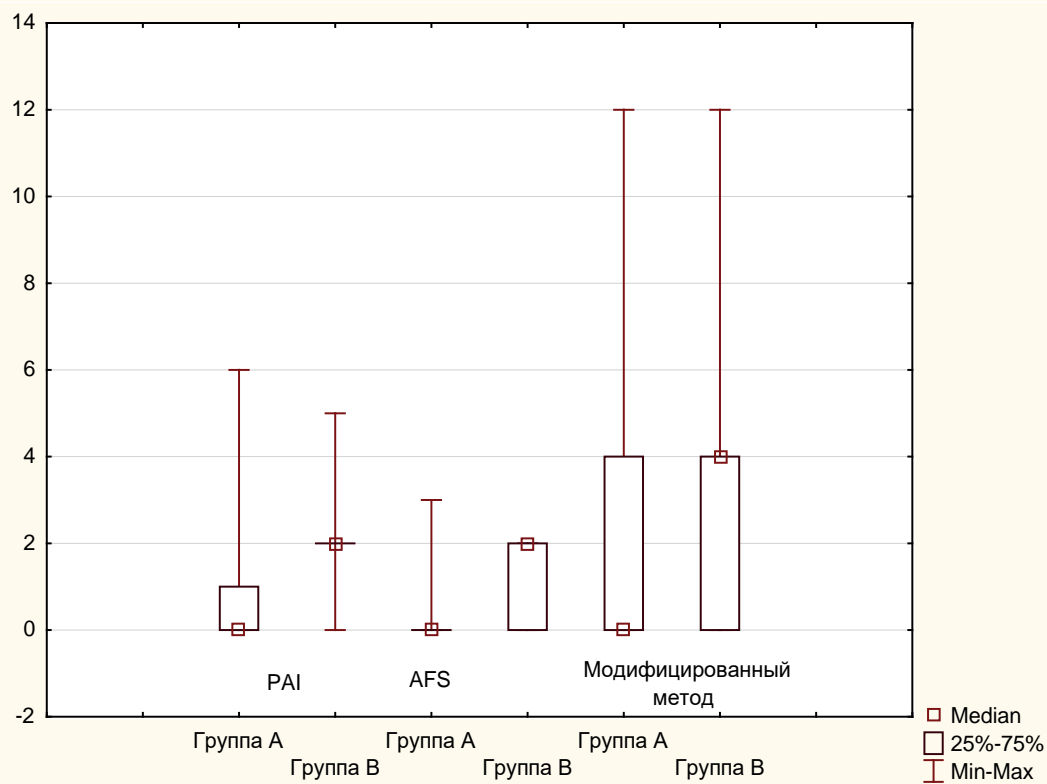
**Рисунок 1.** Объективная оценка степени спаечного процесса в малом тазу у исследуемых женщин (первый этап исследования)

**Figure 1.** Evaluation of pelvic adhesions at the time of surgery



**Рисунок 2.** Объективная оценка степени спаечного процесса в малом тазу у исследуемых женщин (второй этап исследования)

**Figure 2.** Evaluation of pelvic adhesions 3 months postoperation.



Ранний послеоперационный период в группе А протекал без осложнений, тогда как в группе В у 5,6% женщин (0% в группе А,  $p=0,065$ ) выявлена персистенция трофобласта, потребовавшая повторного оперативного вмешательства и выполнения радикального оперативного лечения – эндоскопической сальпингэктомии.

Поздний послеоперационный период в обеих группах протекал без осложнений, все пациентки были своевременно выписаны из стационара.

Результаты лапароскопии second-look с хромогидротубацией представлены в **таблице 2**.

У пациенток группы В спаечный процесс в малом тазу не только чаще выявлялся при субъ-

Признак Feature	Группа А Partial resection of ampulla of uterine tube followed by salpingostomy (n=58)		Группа В Salpingostomy alone (n=124)		p
	n	%	n	%	
Спаечный процесс в малом тазу <i>Pelvic adhesions</i>	23	39,6	112	90,3	0,001
Сактосальпинкс оперированной маточной трубы <i>Sactosalpinx of the operated Fallopian tube</i>	24	41,3	79	63,7	0,001
Сактосальпинкс контралатеральной маточной трубы <i>Sactosalpinx of contralateral Fallopian tube</i>	5	8,6	12	9,6	0,819
Оперированная маточная труба проходима <i>Primary patency of the operated Fallopian tube</i>	34	58,6	38	30,6	0,001
Оперированная маточная труба непроходима \отсутствует (удалена в 0 точке) <i>Obstruction or absence of the operated Fallopian tube</i>	24	41,3	86	69,3	0,001
Контралатеральная маточная труба проходима <i>Primary patency of contralateral Fallopian tube</i>	47	81	93	75	0,367
Контралатеральная маточная труба непроходима <i>Obstruction of contralateral Fallopian tube</i>	5	8,6	12	9,6	0,819
Контралатеральная маточная труба отсутствует <i>Absence of contralateral Fallopian tube</i>	6	10,3	19	15,3	0,363
Пластика оперированной маточной трубы <i>Reconstruction of the operated Fallopian tube</i>	0	0	50	40,3	0,001
Проходимость оперированной маточной трубы после пластики восстановлена <i>Successful reconstruction of the operated Fallopian tube</i>	0	0	50	40,3	0,001
Пластика контралатеральной маточной трубы <i>Reconstruction of contralateral Fallopian tube</i>	2	3,4	8	6,4	0,407
Проходима контралатеральная маточная труба после пластики <i>Successful reconstruction of contralateral Fallopian tube</i>	2	3,4	8	6,4	0,407
Сальпингэктомия оперированной маточной трубы <i>Salpingectomy of the operated Fallopian tube</i>	24	41,3	29	23,3	0,012
Сальпингэктомия единственной оперированной маточной трубы <i>Salpingectomy of the operated single Fallopian tube</i>	2	3,4	7	5,6	0,524

**Таблица 2.**  
Результаты лапароскопии second look с хромогидротубацией (второй этап исследования)

**Table 2.**  
Results of the second-look laparoscopy combined with hydrotubation (3 months postoperation)

ективной оценке (таблица 2), но и имел более высокую степень тяжести при объективной оценке (рисунок 2).

Степень спаечного процесса, по данным индекса PAI, составила 0(0;1) балла в группе А и 2 (2;2) балла в группе В,  $p=0,004$ ; по классифика-

ционной системе R-AFS – 0(0;0) и 2(0;2) балла соответственно,  $p=0,003$ ; по модифицированному методу – 0(0;4) и 4(0;4) балла соответственно,  $p=0,262$ .

При лапароскопии и хромогидротубации в группе А выявлены лучшие исходы (**таблица 2**): на оперированной маточной трубе реже формировался сактосальпинкс, и она чаще была проходимой. Частота формирования сактосальпинкса и непроходимости контралатеральных маточных труб в обеих группах статистически значимо не различалась.

В группе В реже непроходимость оперированной маточной трубы сопровождалась сальпингэктомией в связи с наличием технических возможностей ее повторной пластики (**таблица 2**). В этой же группе попытка повторной пластики оперированной маточной трубы чаще приводила к восстановлению ее проходимости.

Ни у одной пациентки в обеих группах не было выявлено послеоперационных осложнений, все были своевременно выписаны из стационара.

Результаты третьего этапа исследования представлены в **таблице 3**.

К двенадцатому месяцу наблюдения частота спонтанной маточной беременности у женщин группы А была статистически значимо выше. Статистической разницы в частоте прогрессирующей беременности между обеими группами не выявлено (**таблица 3**), однако у женщин группы А беременность чаще заканчивалась самопроизвольным выкидышем. В обеих группах происходили рецидивы внематочной беременности как в оперированных, так и в контралатеральных маточных трубах, однако статистической разницы в частоте данного осложнения между обеими группами не выявлено.

По данным метросальпингографии, прооперированные маточные трубы были чаще проходимы в группе А. Частота проходимых контралатеральных маточных труб у пациенток обеих групп статистически значимо не различалась (**таблица 3**).

Частота спонтанной маточной беременности и частота проходимости маточных труб по данным метросальпингографии у пациенток обеих групп с единственной оперированной маточной трубой к двенадцатому месяцу наблюдения статистически значимо не различались (**таблица 3**).

## Обсуждение

Развитие технологий, широкое внедрение эндоскопических и органосохраняющих опера-

ций позволили снизить репродуктивные потери при внематочной беременности. Однако большинством авторов подчеркивается, что имеющиеся достижения не исчерпывают развитие органосохраняющих операций при внематочной беременности. Общепринятым стандартом органосохраняющей операции при внематочной беременности является сальпингостомия. Тем не менее, сальпингостомия часто приводит к нарушению функции и проходимости маточной трубы, поэтому эффективность данной техники не превышает 50,9% [5].

В современной гинекологии не ослабевает высокий интерес к поиску путей повышения эффективности сальпинготомии, включая разработку альтернативных методов оперативного лечения. Перспективной альтернативой сальпингостомии является применение резекции части ампулярного отдела маточной трубы с плодным яйцом и последующей неостоматопластикой [6]. Предполагается, что данная методика позволяет избежать формирования грубого рубца в маточной трубе и выраженного спаечного процесса в брюшной полости. Проведенное исследование подтвердило это предположение: ближайшие результаты оперативного лечения альтернативной методикой по сравнению с сальпингостомией показали лучшие исходы в отношении формирования проходимости маточной трубы, частоты и степени выраженности спаечного процесса в малом тазу при оценке его объективными методами и формирования ранних послеоперационных осложнений в виде персистенции трофобласта.

Тем не менее, сальпингостомия имеет и определенные преимущества: если при лапароскопии second look после альтернативной методики лечения выявляется непроходимость маточной трубы, то это служит показанием для ее удаления. Проведенная же ранее сальпингостомия дает возможность провести реконструктивную операцию, увеличивая шанс пациентки на сохранение функции маточной трубы. Еще одним преимуществом сальпингостомии является то, что эта операция более проста и имеет более короткий хронометраж.

Большинство исследователей сходятся во мнении, что наличие проходимости маточной трубы после органосохраняющей операции еще не означает сохранение ее функции [7]. По результатам исследования, альтернативное лечение в отдаленном исходе показало более высокую частоту проходимости оперированных ма-

Признак <i>Feature</i>	Группа А <i>Partial resection of ampulla of uterine tube followed by salpingostomy (n=58)</i>		Группа В <i>Salpingostomy alone (n=124)</i>		р
	п	%	п	%	
Наступило маточных беременностей всего <i>Total number of tubal pregnancies</i>	17	29,3	16	12,9	0,007
Самопроизвольный выкидыш <i>Miscarriage</i>	8	13,7	6	4,8	0,034
Беременность на момент третьего этапа исследования <i>Pregnancy at 12 months postoperation</i>	9	15,5	10	8,1	0,125
Рецидив внематочной беременности в оперированной трубе <i>Relapse of tubal pregnancy in the operated Fallopian tube</i>	1	1,7	5	4	0,402
Рецидив внематочной беременности в контралатеральной трубе <i>Relapse of tubal pregnancy in contralateral Fallopian tube</i>	4	6,8	5	4	0,406
МСГ - оперированная труба проходима <i>Primary patency of the operated Fallopian tube at hysterosalpingography</i>	24	41,3	33	26,6	0,045
МСГ - оперированная труба непроходима <i>Obstruction of the operated Fallopian tube at hysterosalpingography</i>	25	43,1	81	65,3	0,045
МСГ - контралатеральная труба проходима <i>Primary patency of contralateral Fallopian tube at hysterosalpingography</i>	13	22,4	44	35,4	0,076
МСГ - контралатеральная труба непроходима <i>Obstruction of contralateral Fallopian tube at hysterosalpingography</i>	36	62,1	70	56,4	0,076
Пациенток с единственной оперированной маточной трубой <i>Patients with the operated single Fallopian tube</i>	4	6,8	10	8	0,911
Наступило маточных беременностей у пациенток с единственной оперированной маточной трубой <i>Tubal pregnancies in patients with the operated single Fallopian tube</i>	3	5,1	1	0,8	0,061
Беременность у пациенток с единственной оперированной маточной трубой на момент третьего этапа исследования <i>Pregnancies in patients with the operated single Fallopian tube</i>	3	5,1	1	0,8	0,061
МСГ – единственная оперированная маточная труба проходима <i>Primary patency of the operated single Fallopian tube</i>	0	0	2	1,6	0,331
МСГ – единственная оперированная маточная труба непроходима <i>Obstruction of the operated single Fallopian tube</i>	1	3,4	7	5,6	0,229

**Таблица 3.**  
Отдаленные исходы  
лечения (третий этап  
исследования)

**Table 3.**  
Long-term results  
of the surgical  
treatment (12 months  
postoperation)

точных труб. Однако для пациенток главным критерием эффективности органосохраняющей операции является сохранение функции маточной трубы и восстановление фертильности. По-

лученные результаты показали, что альтернативное оперативное лечение обладает лучшими исходами в отношении наступления спонтанной маточной беременности, чем сальпингостомия.



Еще одной важной задачей является поиск путей сохранения репродуктивной функции у женщин с внематочной беременностью в единственной трубе. По данным литературы, шанс наступления спонтанной беременности после органосохраняющих операций у таких больных невысокий [8]. Несмотря на то, что обе методики привели к положительным исходам у пациенток с единственной маточной трубой, следует согласиться с мнением авторов, что резервом для повышения эффективности органосохраня-

ющих операций является внедрение в рутинную практику врачей акушеров-гинекологов микрохирургических технологий [9].

## Заключение

Резекция части ампулярного отдела маточной трубы с плодным яйцом и последующей неостоматопластикой является эффективной альтернативой сальпингостомии и может применяться у женщин с внематочной беременностью, желающих сохранить репродуктивную функцию.

## Литература / References:

1. ACOG Practice Bulletin No. 191 Summary: Tubal Ectopic Pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2018; 131 (2): 409-411.
2. Fetisheva LE, Zakharov IS, Ushakova GA, Moses VG, Demyanova TN, Vasyutinskaya YuV, et al. Interstitial pregnancy – difficult diagnosis. *Mother and Newborn in Kuzbass.* 2017; (2): 55-58. Russian (Фетищева Л.Е., Захаров И.С., Ушакова Г.А., Мозес В.Г., Демьянова Т.Н., Васютинская Ю.В. и др. Интерстициальная беременность – трудности диагностики (клинический случай) // *Мать и дитя в Кузбассе.* 2017. №2. С. 55-58).
3. Nishida M, Miyamoto Y, Kawano Y, Takebayashi K, Narahara H. A case of successful laparoscopic surgery for tubal stump pregnancy after tubectomy. *Clin Med Insights Case Rep.* 2015; 8: 1-4.
4. Wang W, Li R, Fang T, Huang L, Ouyang N, Wang L, et al. Endometriosis fertility index score maybe more accurate for predicting the outcomes of in vitro fertilisation than r-AFS classification in women with endometriosis. *Reprod Biol Endocrinol.* 2013; (11): 112.
5. Li J, Jiang K, Zhao F. Fertility outcome analysis after surgical management of tubal ectopic pregnancy: a retrospective cohort study. *BMJ Open.* 2015; (5): 9.
6. Sun HD, Horng HC, Liu CH, Hsiao SM, Chen YJ, Chang WH, et al. Comparison of single-port and three-port laparoscopic salpingectomy in the management for tubal pregnancy. *J Chin Med Assoc.* 2017; (17): 30-34.
7. Mol F, Strandell A, Jurkovic D, Yalcinkaya T, Verhoeve HR, Koks CA, et al. The ESEP study: Salpingostomy versus salpingectomy for tubal ectopic pregnancy; The impact on future fertility: A randomised controlled trial. *Womens Health.* 2008; (8): 11.
8. Valle JA, Lifchez AS. Reproductive outcome following conservative surgery for tubal pregnancy in women with a single Fallopian tube. *Fertil Steril.* 1983; (3): 316-20.
9. Ai J, Zhang P, Jin L, Li Y, Yue J, Ma D, et al. Fertility outcome analysis after modified laparoscopic microsurgical tubal anastomosis. *Front Med.* 2011; (3): 310-314.

## Сведения об авторах

**Фетищева Лариса Егоровна**, врач акушер - гинеколог гинекологического отделения ГАУЗ КО «Областная клиническая больница скорой медицинской помощи им. М.А. Подгорбунского», Кемерово, Россия.

**Вклад в статью:** концепция исследования, получение данных, интерпретация результатов.

**Мозес Вадим Гельевич**, профессор, доктор медицинских наук, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии №1, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Кемерово, Россия.

**Вклад в статью:** написание статьи.

**Захаров Игорь Сергеевич**, профессор, доктор медицинских наук, профессор кафедры акушерства и гинекологии №1, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Кемерово, Россия.

**Вклад в статью:** анализ данных.

### Корреспонденцию адресовать:

Мозес Вадим Гельевич,  
650056, г. Кемерово, ул. Ворошилова, д. 22а  
E-mail: vadimmoses@mail.ru

**Выражение признательности:** авторы выражают глубокую благодарность своему учителю, доктору медицинских наук, профессору Ушаковой Галине Александровне, которая стояла у истоков научной гипотезы этого исследования и осуществляла научное руководство на большем этапе его проведения.

## Authors

**Dr. Larisa E. Fetisheva**, MD, Gynecologist, Gynecology Unit, Regional Clinical Emergency Hospital, Kemerovo, Russian Federation.

**Contribution:** conceived and designed the study; recruited the patients; performed the data analysis.

**Prof. Vadim G. Mozes**, MD, PhD, Head of the Department of Obstetrics and Gynecology #1, Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russian Federation.

**Contribution:** wrote the manuscript.

**Prof. Igor S. Zakharov**, MD, PhD, Professor, Department of Obstetrics and Gynecology #1, Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russian Federation.

**Contribution:** performed the data analysis.

### Corresponding author:

Prof. Vadim G. Mozes,  
22a Voroshilova Street, Kemerovo, 650056, Russian Federation  
E-mail: vadimmoses@mail.ru

**Acknowledgements:** the authors express their deep gratitude to their supervisor Prof. Galina A. Ushakova who conceived and designed this study. There was no funding for this project.

Статья поступила: 05.02.18 г.

Принята к печати: 01.03.18 г.