

Андреева Е.В., Хворик Ф.Д.

**МИКРОХИРУРГИЧЕСКОЕ ВОССТАНОВЛЕНИЕ МАТОЧНЫХ ТРУБ
ПОСЛЕ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ ОТ ОПЕРАЦИОННОЙ ТЕХНИКИ
ДО НАСТУПЛЕНИЯ МАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ**

Научный руководитель: д-р мед. наук, проф. Иванов М.А.

Кафедра общей хирургии

*Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова,
г. Санкт-Петербург*

Актуальность. Трубная локализация эктопической беременности диагностируется в 97–99% случаев данной патологии, а её общая частота среди беременных достигает приблизительно 2%. Рост заболеваемости напрямую коррелирует с увеличением распространённости воспалительных процессов органов малого таза и инфекционных поражений генитального тракта. Данное состояние занимает одну из ключевых позиций в структуре материнской летальности в I триместре гестации, что обусловлено значительным риском массивного гемоперитонеума. В рамках современной клинической практики предпочтительным методом лечения выступает микрохирургическая реконструкция истмико-ампулярного отдела маточной трубы, включающая иссечение изменённого фрагмента с последующим формированием тубо-тубоанастомоза.

Цель: оценить результативность симультанных хирургических вмешательств у пациенток с прогрессирующей эктопической беременностью трубной локализации.

Материалы и методы. Проведено ретроспективное исследование 81 случая внематочной беременности с подтверждённой трубной локализацией плодного яйца. Пациентки распределены на две группы: 30 женщин с трубным абортom (первая группа) и 51 женщина с прогрессирующей трубной беременностью (вторая группа). В первой группе во всех наблюдениях выполнена тубэктомия. Во второй группе после диагностической лапароскопии осуществлён переход на мини-лапаротомию по Пфанненштилю, что обеспечило возможность микрохирургической резекции участка маточной трубы и наложения анастомоза конец в конец.

Результаты и их обсуждение. Для микрохирургического восстановления маточной трубы привлекались сосудистые хирурги. Выполнялась резекция поражённого сегмента с плодным яйцом и формирование анастомоза «конец в конец». Послеоперационный период во всех случаях протекал без осложнений, выписка на 5–6 сутки. Уровень β -ХГЧ при маточной беременности значимо выше, чем при трубной, с более медленным приростом в последнем случае. Стартовое УЗИ не визуализировало плодное яйцо ни в одной группе, через 2 дня при маточной беременности визуализация стала успешной. В 1-й группе (без органосохраняющих операций) 13,3% пациенток потребовались ВРТ (вспомогательные репродуктивные технологии) из-за двусторонней тубэктомии. Во 2-й группе после микрохирургической реконструкции единственной трубы беременность наступила у 27,5% женщин через 6–12 месяцев (все случаи – маточная беременность, 35,8% из них завершились срочными родами). Рецидив трубной беременности отмечен в 9,8% наблюдений.

Выводы. Использование симультанных хирургических вмешательств при эктопической имплантации плодного яйца в просвет маточной трубы даёт возможность сохранить женщине фертильный ресурс и минимизировать риск удаления репродуктивного органа. Согласно представленным данным, прогрессирующий вариант трубной гестации в 90,2% случаев выявляется у пациенток, имеющих в анамнезе две и более предшествующих беременностей.