

ременности до рождения человека. Основные мероприятия медицинского реабилитации включают: планирование семьи, коррекцию до наступления беременности врожденных аномалий развития органов и систем (хирургическую и консервативную), полноценную санацию обоих супругов, патогенетическую терапию невынашивания беременности медикаментозными и немедикаментозными средствами до и во время беременности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Андреев А.Н., Якушев А.М., Шардин С.А. и др.//Международная научная конференция. Тезисы докладов. Екатеринбург, 1994.С.19-20.
2. Гуртовой В.Л.//Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. 1994. N1. С.16-20.
3. Калюш А.В. Эпидемиология невынашивания беременности в условиях крупного промышленного центра Среднего Урала: Автореф.дис... канд.мед.наук. М., 1992.
4. Кулаков В.И., Вихляева Е.М.// Акуш. и гин. 1995. № 4. С.3-6.
5. Сидельникова В.М. Невынашивание беременности. М:Медицина, 1986. С.5-9.
6. Симакова М.Г., Смирнова В.С., Дурова А.А, Овечко-Филиппова Л.И.// Акуш. и гин. 1995. N4. С.7.
7. Таптунова А.И., Головачев Г. Д., Хачатуров Т.В.// Акуш. и гин. 1985. N10.С.43.
8. Халемин А.Я., Батыршина С.В., Сидорова Л.А. и др.// Республиканская научно-практическая конференция - Тезисы докладов. Екатеринбург, 1994. С.16.

УДК 618.31:618.15-006.2-072.1-08

О.И.Мазуров, М.К.Киселева

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ Кафедра акушерства и гинекологии

Подавляющее число хирургических вмешательств с использованием классических лапаротомных способов доступа у гинекологических больных производится по поводу внематочной беременности.

После оперативных вмешательств при трубной беременности, выполненных обычным способом, увеличивается вероятность нарушений репродуктивной функции, таких как развитие трубного и перитонеального бесплодия у 18-73% больных, возникновение дисгормональных нарушений у 73,2-92,2%, возрастает риск повторной эктопической беременности 4-20%, а также возможно развитие спаечной болезни и возникновение грыж [1,2,9,14].

Наряду с факторами операционной агрессии существенная роль в развитии трубно-перитонеального бесплодия принадлежит инфекции, передающимся половым путем, в первую очередь хламидийной [8,10,12].

Предложенные меры реабилитации репродуктивной функции после внематочной беременности зачастую не дают желаемого результата, так как в последующем маточная беременность наступает не чаще, чем в 23-40% случаев [3].

В современных условиях имеет место тенденция к формированию нового направления в оперативной гинекологии - малой функциональ-

ной хирургии. Выделяются три направления: лапароскопические операции; выполнение операций на ранних стадиях заболевания в минимальном объеме и разработка альтернативных вмешательств [7,11,15,16].

Применение эндоскопических операций зачастую оказывается предпочтительнее традиционных. Широта выбора оперативных вмешательств и их безопасность при эндоскопии зависят от оснащенности специальной техникой и инструментами [6,13,17].

Как метод малоинвазивной хирургии, большой практический интерес представляют варианты лапароскопических операций на органах брюшной полости, разработанные И.Д.Прудковым и М.И.Прудковым. Использование минидоступа при ряде гинекологических операций на придатках матки представляется более выгодным для больных, экономически оправданным и целесообразным.

За период с 1989 по 1994 г. под наблюдением находились 155 женщин, оперированных по поводу внематочной беременности. Первую группу обследованных составили 87 пациенток, которые ранее оперировались в различных гинекологических клиниках города и области с использованием общепринятых лапаротомных способов доступа и были вынуждены обратиться в гинекологическую клинику ГКБ N 40 по поводу бесплодия. Вторую группу обследованных составили 68 больных, оперированных в клинике с использованием минилапаротомии и способа открытого лапароскопического оперирования. В контрольную группу вошли 30 практически здоровых женщин в возрасте от 20 до 28 лет с регулярным менструальным циклом и сохраненной репродуктивной функцией.

В работе использованы следующие диагностические методы: общеклиническое и гинекологическое обследование, обследование по тестам функциональной диагностики, краниография, гистеросальпингография, определение 17-КС в суточной моче, лапароскопия с хромогидротубацией и биопсией яичников, аспирация содержимого кист и гидросальпинксов, гистологическое исследование биоптатов и цитологическое исследование аспиратов, контрольная лапароскопия, динамическое определение концентрации гонадотропных и стероидных гормонов в плазме крови радиоиммунологическими методами в течение менструального цикла.

Функциональное состояние вегетативной нервной системы исследовалось с помощью математического анализа ритма сердца.

Для обнаружения урогенитальной инфекции проводилась бактериоскопия мазков, окрашенных по Граму. Диагностика хламидиоза метода ДНК-зондовой гибридизации. Наличие уреазы определялось с помощью теста на уреазу путем культивирования на специальных жидких средах. Забор материала для исследования проводился из двух локализаций - уретры и цервикального канала.

При выполнении операций через минидоступ использовался специальный комплект инструментов медицинской компании "SAN ltd.", г. Екатеринбург. Общей конструктивной особенностью большинства указанных инструментов являлось соответствие их формы оси операционного действия и параметрам операционного пространства.

В обеих группах преобладали больные в возрасте от 25 до 35 лет, которые составили 69% от числа обследованных в 1 группе и 75% во 2-й.

Средний возраст менархе составил $13,3 \pm 1,9$ год в 1 группе больных и $13,5 \pm 1,5$ года во 2 группе.

В 1 группе больных продолжительность бесплодия после оперативного вмешательства составляла от 1 до 9 лет. Первичное бесплодие до операции имелось у 25 (28,7%) больных 1 группы и 11 (16,1%) больных 2 группы. Вторичное бесплодие предшествовало опе-

рации у 9 (10,3%) больных 1 группы и 4 (5,8%) больных 2 группы.

ВМК ранее использовали 10 (11,4%) пациенток 1 группы и 12 (17,6%) пациенток 2 группы. Медицинские аборт (от одного до шести) в анамнезе были более чем у трети пациенток обеих групп. Самопроизвольные выкидыши (от одного до трех) происходили у 30 (34,4%) обследованных 1 группы и 19 (27,9%) пациенток 2 группы.

Воспалительные заболевания матки и придатков перенесли до операции 59 (67,8%) больных 1 группы и 33 (48,5%) больных 2-й.

В качестве метода лечения трубного бесплодия и реабилитации репродуктивной функции после внематочной беременности 37 (42,5%) больных 1 группы получали курсы лечебных гидротубаций с лидазой, антибиотиками, гидрокортизоном. Пациентки 2 группы гидротубаций не получали.

Инфекционный индекс (более 2-3 инфекционных заболеваний в анамнезе) составил у больных первой группы 71% и 73% у больных второй группы.

Индекс массы тела (ИМТ) колебался в пределах от 16,6 до 31,7 и составил в среднем $23,3 \pm 5,3$, что соответствует показателям индекса высокофертильных женщин средней полосы России.

Средняя величина экскреции 17-КС у обследованных больных из обеих групп составила $22,6 \pm 53,34$ ммоль/сутки, что соответствовало норме клинически здоровых женщин.

При бактериологическом и бактериоскопическом исследовании содержимого уретры и цервикального канала больных 1 группы, страдающих бесплодием, хламидии были обнаружены у 67,2% оперированных ранее по поводу внематочной беременности. Уреаплазмы^o были диагностированы у 42,5%, банальная инфекция у 74,7% больных.

Во 2-й группе пациенток, из 32 оперированных по поводу трубной беременности, хламидии были выявлены у 68,7%, уреаплазмы у 34,3%, банальная инфекция у 53,1%.

У 72% пациенток 1 группы отмечено изменение микробного состава влагалища: в мазках преобладала смешанная микрофлора - грамположительные и/или грамотрицательные палочки и/или кокки, обнаруживались грибки *Candida*, *Leptotrix*, *Mobiluncus*, *Corynebacterium*.

Бактериоскопические признаки вагиноза в сочетании с жалобами на бели имелись у 28,7% больных с бесплодием после операции и у 28,1% больных 2 группы оперированных в клинике по поводу внематочной беременности.

В контрольной группе данный признак отсутствовал и четко преобладали *Lactobacillus* над представителями другой микрофлоры, не обнаруживалась *Gardnerella*.

Изучение спектра чувствительности к антибиотикам выявило, что в 38,1% случаев выделенная кокковая и колибациллярная микрофлора устойчива или малочувствительна к действию наиболее часто употребляемых антибиотиков. Отсутствие жалоб и клинических проявлений воспалительного процесса свидетельствует о толерантности организма больных к выявленным инфекционным агентам.

подавляющее большинство пациенток 1 группы ранее уже проходили обследование по поводу бесплодия и получали различные виды консервативного лечения, поэтому их дальнейшее обследование не представлялось возможным без проведения лапароскопии.

В большинстве наблюдений большой сальник оказывался подпаянным к брюшине передней брюшной стенки в области послеоперационного рубца, что имело место в 97% наблюдений после внематочной беременности оперированных из обычных видов оперативного доступа. Спайки между большим сальником и органами малого таза были обнаружены у 87% пациенток, бесплодных после внематочной беременности.

Отличительными признаками спаечного процесса с участием тонкой кишки было наличие пленчатых и струновидных спаек с органами малого таза, в то время как толстая кишка имела тенденцию к плоскостному подпаиванию к области придатков. Несмотря на выраженность спаечного процесса, клинических проявлений абдоминальной спаечной болезни не отмечено.

Изменение размеров матки в сторону уменьшения имелось более чем у трети обследованных после внематочной беременности, в том числе у больных с беременностями и родами в анамнезе.

Спайки с мочевым пузырем в основном были следствием проведенной перитонизации за счет фиксации пузырноматочной складки к передней поверхности матки и маточному углу.

Спаечный процесс в позади-маточном углублении с вовлечением брюшины малого таза и близлежащих органов от единичных спаек до полной облитерации позади-маточного углубления имелся у 95,1% после внематочной беременности.

Выраженный спаечный процесс с вовлечением яичника после сальпингэктомии имелся у 85,4% и был обусловлен предшествующей перитонизацией круглой и широкой связками. Примерно в половине наблюдений - 52,7% в спаечный процесс с яичником вовлекались большой сальник и/или предлежащие петли кишечника, преимущественно толстого. Спаечный процесс 1-2 стадии имелся только у 8 (14,6%) больных, что было обусловлено сохранением трубы или ее проксимального отдела, вследствие выполнения консервативно-пластической операции у 3 и сохранения истмического отдела и части ампулярного у 5 пациенток.

Овуляторная способность яичника (после сальпингэктомии) оценивалась по наличию геморрагического желтого тела с овуляторной стигмой и перитонеального светло-геморрагического серозного выпота в малом тазу. Признаки, характерные для овуляции, были обнаружены у 5 пациенток в тех случаях, где имело место сохранение трубы или ее фрагмента, а также в 1 случае, где большой сальник был подпаян непосредственно к яичнику и компенсировал дефицит кровоснабжения.

Во всех случаях, где имела место сопутствующая резекция яичника, последний оказывался покрытым плотными фибринозными васкуляризованными спайками и был уменьшен в размерах.

Яичник после сальпингэктомии претерпевал ряд изменений. Капсула его выглядела утолщенной, присущий ей дольчатый рельеф был сглажен или полностью отсутствовал. Цвет ее варьировал от перламутрового до желтоватого оттенков, имелись участки разрастания тека-ткани по капсуле. В 8 случаях яичник был уменьшен в размерах по сравнению с нормой, уплотнен и склерозирован, что объяснялось предшествующей его резекций. В 37 наблюдениях яичник был увеличен в размерах за счет атретических фолликулярных кист от 1,5 до 5 см в диаметре. Морфологическому исследованию подверглись 25 биоптатов яичников после сальпингэктомии. Белочная оболочка яичников была утолщена. Имелся выраженный склероз коркового вещества. Большую часть во всех исследованных препаратах занимала фиброзная ткань с преобладанием волокнистого компонента над клеточным. В поверхностной зоне яичника появлялись единичные крупные сосуды с гиалинозом стенки. Обнаруживались мелкие и крупные кистозные атрезированные фолликулы, стенка которых была выстлана кубическим эпителием. В случае выраженных дистрофических изменений в яичнике появлялись крупные кисты без выстилки, стенка которых была представлена гиалиновой тканью. В препаратах практически отсутствовали примордиальные фолликулы, а представленные имели признаки дистрофических изменений.

После внематочной беременности единственная маточная труба была непроходима у 82% женщин, с преобладанием выраженных поствоспалительных изменений у 67,2% из числа обследованных женщин. Пройодимость маточной трубы у 11 женщин была подтверждена хромогидротубацией с индигокармином. Изменения пространственных взаимоотношении между проходимой трубой и яичником имелись у 8 больных, вследствие вовлечения трубы и яичника в спаечный процесс.

Полученные данные противоречат сложившимся представлениям о необходимости обязательного использования гидротубации в реабилитационных мероприятиях непосредственно после оперативного лечения внематочной беременности и трубного бесплодия. Кроме того, у тех больных, которые получали гидротубации в послеоперационном периоде, при лапароскопии нами были обнаружены наиболее грубые анатомические изменения маточных труб.

Показатели динамики КПИ свидетельствуют о наличии у большинства пациенток выраженной эстрогенной недостаточности и достоверно отличаются от показателей здоровых женщин ($p > 0,05$).

Достоверное снижение концентрации эстрадиола, по сравнению с женщинами контрольной группы, было выявлено у всех пациенток после односторонней сальпингэктомии. Низкие показатели эстрадиола у больных после сальпингэктомии связаны с вовлечением яичников в воспалительный процесс и их дистрофическими изменениями.

Содержание прогестерона также было снижено по сравнению со здоровыми женщинами. Таким образом, у больных, оперированных ранее по поводу внематочной беременности и страдающих после этого бесплодием, имело место снижение функциональных способностей яичника во все фазы яичникового цикла. Пролактин, напротив, был повышен и у 64 человек превышал нормальные показатели. У обследованных здоровых женщин на основании анализа кардиоинтервалограмм достоверных изменений симпатического компонента - медленный спектр волн и парасимпатического компонента - дыхательный спектр волн по фазам менструального цикла выявлено не было.

У пациенток после операций симпатический и парасимпатический компоненты в фолликулярную фазу соответствовали контрольным показателям. В лютеиновую фазу цикла у них имелось достоверное преобладание медленного спектра волн над дыхательным на высоте ортостатической пробы, что свидетельствует о преобладании симпатического отдела ВНС над парасимпатическим.

По данным эндоскопического исследования реконструктивно-пластическую операцию на единственной маточной трубе было целесообразно выполнить не более чем у 22% пациенток. В остальных случаях оперативное лечение было не показано в силу выраженности воспалительных склеротических изменений труб.

Непосредственно при проведении лапароскопии сальпингоовариолизис в полном объеме был выполнен 12 больным. После лапароскопии через лапаротомный доступ были оперированы 7 пациенток, которым в сочетании с сальпингоовариолизисом были выполнены фимбриопластика - 3, сальпингостоматопластика - 2, сальпингонеостомия - 2. Маточная беременность наступила у 4 пациенток после лапароскопического сальпингоовариолизиса, у 1 пациентки после фимбриопластики и у 1 после сальпингостоматопластики. Внематочная беременность после лапароскопического сальпингоовариолизиса наступила у 2 больных. После операций, выполненных, через лапаротомный доступ внематочная беременность возникла у 1 пациентки после сальпингонеостомии. Таким образом, хотя в плане оперативного лечения трубноперитонеального бесплодия оперативным путем мы добились достаточно высоких результатов 31,5% оперированных женщин забеременели, но только

4 из 6 женщин успешно выносили беременность. Внематочная беременность возникла у 16% оперированных.

Операции при внематочной беременности выполнялись в следующей схематической последовательности (по И.Д.Прудкову):

1. Доступ для ориентировочного этапа (прокол или минилапаротомия).

2. Ориентировочный или диагностический этап (лапароскопическая ревизия).

3. Хирургический доступ к объекту операции (лапароскопические манипуляции, минилапаротомия).

4. Оперативный прием (общехирургическая техника оперирования).

5. Завершающий этап операции (контрольный лапароскопический осмотр, ушивание ран и проколов).

Посредством описанной выше методики были выполнены следующие оперативные вмешательства по поводу внематочной беременности: линейная сальпинготомия - 25, удаление дистальной части трубы - 38; резекция истмического отдела трубы с наложением анастомоза -1, без наложения анастомоза -2; резекция маточного рога при интрамуральной трубной беременности - 2. Дополнительно были выполнены операции - сальпингоовариолизис -18, стерилизация - 5, удаление узла миомы матки - 5, энуклеация кисты или резекция яичника - 3, фимбриопластика с противоположной стороны - 5.

Проведенные на операционном столе контрольные измерения показали, что средняя длина минилапаротомного разреза составила 4,3 см, нижней срединной лапаротомии 12.6 см, разреза Пфанненштиля 13,6 см или почти в 3 раза больше ($P < 0,01$).

Средний периметр используемого минилапаротомного разреза составлял 8,6 см, а средний периметр нижней срединной лапаротомии 25,2 см. Соответственно после растяжения краев раны и достижения четырехугольной формы стороны этих четырехугольников составляли 2,3 см и 6,3 см (соотношение 1:2,7). Поперечные сечения ран составляли соответственно 5,3 и 39,7 см (соотношение 1:7,5).

Угол операционного действия был более предпочтительным при традиционном разрезе и в точке ворот яичников составлял в среднем 47 градусов. При этом ни разу величина данного параметра не достигала 25 градусов, критических для общехирургической техники оперирования.

Создаваемое в брюшной полости за счет использования специального ранорасширителя свободное пространство, значительно большее, чем при обычной минилапаротомии, и увеличение зоны доступности обеспечивали вполне реальную возможность уверенного оперирования.

Контрольная лапароскопия была выполнена у 29 больных, 12 из которых были оперированы с использованием элементов микрохирургии по поводу трубно-перитонеального бесплодия из обычного хирургического доступа; 13 больных были оперированы по поводу трубной беременности в сочетании с дополнительной операцией на противоположной трубе с использованием техники открытой лапароскопии; 4 больных в объеме кистэктомии в сочетании с овариосальпинголизисом на противоположных придатках, также с использованием минидоступа.

После обычного хирургического доступа (разрез Пфанненштиля) к 6-8 суткам послеоперационного периода сохранялись умеренный отек брюшины и гиперемия тканей, имелись внутрибрюшинные, преимущественно петехиальные, кровоизлияния (100%). У 67% пациенток большой сальник был рыхло подпаян к брюшине передней брюшной стенки в зоне послеоперационного шва. После отделения сальника существенных дефектов брюшины передней брюшной стенки обнаружено на доступных участках не было. После минидоступа подпаивание

сальника к брюшине передней брюшной стенки мы обнаружили только у 3 (18%) больных из 17. Отек и гиперемия брюшины отсутствовали у 12 больных и были заметны в меньшей степени, чем при обычном лапаротомном доступе, у 5 (29%) пациенток.

По данным контрольной лапароскопии установлено, что применение лапароскопии и минилапаротомии способствовали снижению травматизации и вовлечения в спаечный процесс, органов малого таза с близлежащими органами, преимущественно большим сальником. В процентном отношении образование свежих спаек непосредственно с участием оперированного органа не отличалось от вида операционного доступа. В остальном же использование минилапаротомии и открытой лапароскопии нам представляется гораздо более выгодным для больных, по сравнению с обычными видами доступа.

Образование спаек имело место у 17 больных, несмотря на проведение терапевтических мероприятий направленных на их предотвращение. Контрольная лапароскопия позволила их своевременно диагностировать и с большой степенью вероятности предотвратить.

Согласно 3-х балльной градационной шкале, сильную боль в первые сутки после операции, выполненной через минидоступ испытывали только 2 больных. К концу третьих суток боли не беспокоили каждую четвертую пациентку, остальные расценивали боль как незначительно выраженную или легкую, что не связывало их активность. На третьи сутки примерно половина больных (37) отказывалась от инъекций анальгетиков.

Средняя продолжительность операции удаления дистальной части маточной трубы составила $42 \pm 2,5$ мин., линейной сальпинготомии - $53 \pm 3,6$ мин. с учетом выполненных сопутствующих операций.

После операций с использованием минилапаротомного доступа восстановление моторики кишечника отмечалось к концу первых суток и каких-либо средств для восстановления моторики кишечника не требовалось.

С целью ускорения репаративных процессов и коррекции вегето-гормональных нарушений на 6-8-е сутки послеоперационного периода больным проводился курс инъекций звези плаценты - 4 инъекции на курс.

Вторым этапом реабилитации репродуктивной функции являлась ликвидация урогенитальной инфекции в супружеской паре и восстановление влагалищной микрофлоры. Если после проведения курса доксициклина не наступало излечение хламидиоза, проводился повторный курс лечения с использованием офлоксацина или ципрофлоксацина в течение 10 дней. Упорное течение хламидиоза имело место у 5 больных (22,7%) из 22.

При проведении лечения бактериального вагиноза отдавалось предпочтение тинидазолу. Для местной терапии использовалось ультразвуковое озвучивание стенок влагалища растворами антисептиков и ИК-лазеротерапия по влагалищной методике, метронидазол в дозе 0,5 г интравагинально либо свечи или крем с нифурателом. Затем в качестве восстановительной терапии применялись влагалищные спринцевания с молочной кислотой и тампоны с лактобактерином и бифидумбактерином. После проведения такого лечения клинические проявления вагиноза были ликвидированы у всех больных. Изменение состава микрофлоры в пользу нормального отмечено у 23 из 26 больных.

Беременность в течение первого года после операции наступала у 18 (56,3%) больных и закончилась родами у 14 (43,7%), самопроизвольными выкидышами у 3 (9,3%), медицинским абортom у 1-ой пациентки. В течение последующего года беременность наступила еще у 4-х больных (12,5%). У 2-х больных на втором году после операции возникла внематочная беременность. Таким образом, маточная беременность

после консервативно-пластических операций с использованием комбинированной техники наступила у 66,75% больных. Внематочная беременность имела место в 6,25% случаев. Наблюдение ограничено двумя годами.

На основании представленного материала можно сделать следующие выводы:

1. Недооценка роли микробного фактора у пациенток после внематочной беременности при проведении послеоперационной реабилитации с использованием гидротубаций ведет к обострению хронического воспалительного процесса и необратимым изменениям маточных труб. Наличие хламидийной инфекции диагностировано у 67,2% бесплодных больных после внематочной беременности 1-й группы и 66,7% больных 2-й группы, уреоплазменная инфекция обнаружена соответственно у 42,5 и 34,3%, банальная у 74,7 и 53,1% больных. Перитонеальный фактор бесплодия выявлен у 70,5% больных после эктопической беременности, трубный у 82 и 53,5%.

2. По данным эндоскопического и патоморфологического исследований сальпингэктомия при трубной беременности приводит к дистрофическим изменениям в яичнике и утрате им овуляторной способности у 91% больных, что подтверждает целесообразность выполнения органосберегающих операций.

3. Контрольная лапароскопия позволяет оценить качество произведенного оперативного вмешательства, течение репаративного процесса и ликвидировать образовавшиеся спайки.

4. В комплекс мер по реабилитации репродуктивной функции больных после операций по поводу трубной беременности должно входить целенаправленное обследование супругов на наличие урогенитальных инфекций второго поколения и проводиться своевременное этиотропное лечение с последующим обязательным восстановлением резидентной микрофлоры влагалища.

5. Использованный метод малоинвазивного хирургического вмешательства совмещает положительные качества лапароскопического и классического оперирования и может быть доступен широкому кругу оперирующих гинекологов.

6. После операций, выполненных с использованием минилапаротомии и техники открытого лапароскопического оперирования, а также осуществления реабилитационных мероприятий маточная беременность после внематочной наступила у 68,8% больных в течение 2-х лет после операции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Воскресенская И.С. Реабилитация генеративной функции после операции по поводу внематочной беременности//Автореф.дис. ... канд.мед.наук. М. 1975.

2.Грязнова И.М.Внематочная беременность. М.:Медицина. 1980.

3.Давыдов С.Н. Консервативно-пластические операции при трубной беременности//Акуш. и гин. 1985. N 3. С.11-15.

4. Прудков И.Д., Ходаков В.В., Прудков М.И. Очерки лапароскопической хирургии. Свердловск: Изд-во Урал, ун-та, 1989, 144с.

5.Прудков М.И. Минилапаротомия и "открытая" лапароскопия в лечении больных желчнокаменной болезнью//Дис... докт. мед. наук. М. 1993, 53 с.

6. Савельева Г.М., Пшеничникова Т.Я. Роль и место эндоскопической хирургии в современной гинекологической науке и клинической практике//Акуш. и гин. 1990. N 6. С.75-76.

7.Савицкий Г.А., Иванова Р.Д., Лукин А.В., Шевчукова Н.Ф., Цуладзе Л.К., Коршунов М.Ю., Волков Н.И. Проблемы "малой" функци-

ональной хирургии в гинекологии//Тез. докл.научн. конф."Состояние и актуальные проблемы оперативной гинекологии". СПб. 1992.С.75-76.

8. Bruncham R.C., Binns B., McDowell J. Chlamydia Trachomatis infection in women with ectopic pregnancy//Obstet. Gynec.N 67. P.722.

9. Dorfman S.F. Epidemiology of ectopic pregnancy//Clin. Obstet. Gynec. 1987. v.30. N 1. P.173-180.

10. Henry-Suchet J., Velure M., Pja P. Etude statistique des facteurs influencant le pronostic des plasties tubaires. Importance de l'etat de la muqueuse ampullaire//J. Gynecol. Obstetr. Biol. Reprod. 1989. Vol. 18. N 5. P.571-580.

11. Leach R.E., Ory S.L. Modern management of ectopic pregnancy//J. reprod. Med. 1989. Vol. 34. N 5. P.324-338.

12. Paavonen J., Saikku P., von Knorring J. Assotiation of infection wath Chlamydia trachomatis with Fitz-Hugh-Curtis syndrome//Am. J. Obstet. Gynecol. 1980. Vol. 138. P.1034- 1038.

13. Phillips J., Hulka J., Keith D. et al. Laparoscopie procedures: A national survey for 1975//J. Reprod.Med. 1977. Vol.18. N 5. P.219-225.

14. Reich H.//J. reprod. Med. 1987. Vol. 32. N 10. P.736-742.

15. Rodi I.A., Sauer M.V., Gorrill M.J. The medical treatment of unruptured ectopic pregnancy with metotrexate end eitrovorum rescue: Preliminary experence//Fertil. Steril. 1986. Vol.46. N 5/6. P.275-279.

16. Shapiro H.I., Addler D.H. //Amer. J. Obsfcet. Gynec. 1973. Vol. 117. P.290-291.

17. Semm K. Pelviskopische Chirurgie in der Gynakologie//Geburts- Frauenheilk. 1977. Bd.37. N 11. S.909-920.

УДК 618.2 + 618.3]:615.851

В.Н. Прохоров

ПРИНЦИПЫ ПРОВЕДЕНИЯ ПСИХОТЕРАПИИ БЕРЕМЕННЫМ

Кафедра акушерства и гинекологии педиатрического факультета

У многих женщин при физиологическом и практически всегда при патологическом течении беременности отмечается повышенный уровень тревожности, нередко встречаются различные депрессивные состояния. Факторами риска возникновения нарушений психоэмоционального состояния беременных являются некоторые особенности личности, наличие в прошлом и настоящем психотравмирующих ситуаций семейного, производственного и социального характера; юный /17 и менее лет/ и старший /30 и более лет/ возраст первородящей, наличие отягощенного акушерско-гинекологического анамнеза и соматической патологии [3,4].

Исследования с помощью модифицированного Миннесотского многопрофильного личностного теста показали, что для беременных женщин в отличие от небеременных характерно стремление выглядеть перед окружающими в более благоприятном свете; отмечены выраженная тревога за состояние своего физического здоровья и повышенный уровень общей тревожности. Стабильное чувство тревоги обусловлено мыслями о будущем ребенке, беспокойством за его физическое и психическое здоровье. Нередко выявляется склонность к депрессии, что сопровождается снижением интересов и влечений к активной дея-