

39. Pourrat O., Gougion G.M. // World Apheresis Association, 6th International Congress. Abstr. Book. — Florence, Italy, 1996, p. 256.
40. Pouta A., Vuolteenaho O. Plasma Endothelin in preeclampsia // Acta Obst. Gynec. Scand, 1998, 76. — 21 p.
41. Pouta A., Vuolteenaho O. The association of plasma endothelin with clinical parameter in preeclampsia // Fin. Hypertens. Pregnancy, 1998, 17, № 2, p. 135—145.
42. Raff R.A., Kaufman T.C. Embryos, genes, and evolution. — New York, 1990.
43. Shaarawy M., Aref A. Radical-scavenging antioxidants in preeclampsia and eclampsia // Int. G. Gynec. Obstet, 1998, 60, № 2, p. 123—128.
44. Smith J. Angles on activin's absence // Nature, 1995, 374, p. 311—312.

MODERN ASPECTS OF GESTOSIS ORIGIN. THE REVIEW OF THE LITERATURE

N.T. KHAHVYA, T.V. GALINA, Sh. RAMPADARAT, A.A. ORAZMURADOV

Department of obstetrics and gynecology with the course of perinatology
Russian University of Peoples' Friendship
Miklukho-Maklaya st., 8, Medical Faculty, 117198 Moscow, Russia

S.G. MOROZOV

Municipal hospital № 29
Department of clinical and experimental immunology
Gospitalnaya sq., 2, 111020 Moscow, Russia

The review of the literature for last five years devoted to the basic theories of gestosis origin, problems of its forecasting is submitted. The special place in clause is given to immunologic aspects of pathogenesis, interrelation of immune system with genetic determinants to given obstetric pathology.

УДК 618.31-089-07:618.17-07

РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ПАЦИЕНТОК ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Е.Ю. БАНИ ОДЕХ, А.О. ДУХИН, А.Х. КАРАНАШЕВА

Кафедра акушерства и гинекологии с курсом перинатологии
Российский университет дружбы народов
Ул. Миклухо-Маклая, 8, Медицинский факультет, 117198 Москва, Россия

В обзорной статье проведен анализ данных литературы о состоянии репродуктивного здоровья пациенток после различных методов лечения внематочной беременности. Приведены современные сведения о радикальных и органосохраняющих хирургических и нехирургических медикаментозных методах лечения. Показано, что перенесенная внематочная беременность существенно нарушает репродуктивную функцию женщин. Подчеркнуто, что улучшение эффективности восстановления репродуктивного здоровья пациенток после хирургического лечения трубной беременности является актуальной проблемой и требует дальнейшего ее изучения.

Внематочная беременность является тяжелой патологией, которая, несмотря на все достижения современной гинекологии, представляет непосредственную угрозу не только здоровью, но и жизни женщины.

Средней величиной распространенности этой патологии в индустриально развитых странах большинство авторов считают 12—14 на 1000 беременностей [34, 39]. В Российской Федерации по данным [5] она составляет 11,3—12 на 1000 беременностей.

За последние 20 лет частота эктопической беременности возросла в 4 раза [11, 14, 52]. Отмечена явная тенденция к ее увеличению (за период с 1996 по 2000 гг.) по отношению к общему количеству гинекологических больных, поступивших в стационар [9].

Кроме значительного повышения частоты внематочной беременности, эта проблема привлекает к себе внимание также в силу большого удельного веса материнской смертности [2, 10]. В России она в 2—3 раза выше, чем в странах Европы [5]. Эта патология занимает второе место в структуре причин материнской смертности в цивилизованных странах мира [3, 10, 11].

Важную роль в увеличении показателей заболеваемости играют, с одной стороны, постоянный рост воспалительных процессов внутренних половых органов [32, 35], увеличение числа хирургических вмешательств на маточных трубах, проводимых с целью сохранения детородной функции [40], увеличение количества женщин, пользующихся внутриматочными и гормональными методами контрацепции, широкое внедрение в практику лечения бесплодия индукторов овуляции [33]. С другой стороны, за последние годы возросли диагностические возможности, позволяющие выявлять ненарушенную эктопическую беременность [34, 52].

Из всех форм внематочной беременности наиболее часто встречается трубная [22, 25].

В современной практике применяются как хирургические [1, 14, 52], так и медикаментозные [30, 42, 44, 46, 49] методы лечения трубной беременности. Терапия метотрексатом позволяет избежать хирургического вмешательства, однако его применение ограничено лишь случаями развивающейся ненарушенной внематочной беременности и требует тщательного наблюдения пациентки в условиях хирургического стационара [28, 31, 37, 41, 49]. Оперативное же лечение может быть осуществлено на любом этапе трубной беременности, как в радикальном, так и органосохраняющем объеме, с использованием лапаротомического или лапароскопического доступов [38, 47, 48, 50]. Доступ и тактика хирургического лечения внематочной беременности зависят от конкретной клинической ситуации [1, 2, 14, 52].

Наиболее распространенным методом лечения прервавшейся трубной беременности является тубэктомия [2, 29].

Эктопическая беременность играет важную роль в ежегодном ухудшении показателей репродуктивного здоровья женщин; отдаленные результаты лечения нельзя считать благополучными [38]. Удаление маточной трубы, незаменимого звена репродуктивной системы, может иметь негативные последствия: образование спаечного процесса в малом тазу, повторную внематочную беременность, развитие вторичного бесплодия, нейроэндокринные нарушения. В 25—40% случаев женщины остаются бесплодными, в 5—30% — имеют повторную трубную беременность [12]. По данным других авторов вторичное бесплодие после перенесенной операции встречалось у 70—80% пациенток [23, 29].

Сохранение или восстановление репродуктивной функции женщин зависит от быстроты диагностики внематочной беременности, особенностей клинического течения, от объема и техники выполненного оперативного вмешательства, полноты и продолжительности реабилитационных мероприятий в послеоперационном периоде [12].

Согласно данным литературы, у пациенток, перенесших лапаротомию и одностороннюю тубэктомию по поводу трубной беременности, в 50—75% случаев в дальнейшем диагностируют бесплодие. Из них около 17% подвержены риску повторной трубной беременности [16, 24, 48].

Стойкое вторичное бесплодие после удаления маточной трубы по поводу трубной беременности является следствием анатомических [45] и функциональных нарушений репродуктивной системы женщины [51]. По тестам функциональной диагностики лишь у 24% больных не отмечалось нарушение функции яичников, у 63,2% — выявлена недостаточность лютеиновой фазы, а у 12,8% — недостаточность обеих фаз менструального цикла. Полная проходимость остав-

шейся трубы диагностирована у 32%, при этом имело место вторичное бесплодие. Перитубарный спаечный процесс выявлен у 74,5% больных. Таким образом оставшаяся маточная труба более чем у половины больных была неполноценной, а нейроэндокринные нарушения наблюдались у 76% больных [23].

По мнению некоторых авторов, маточная беременность наступает чаще после консервативных, чем после радикальных операций на маточных трубах [11, 20].

Года И.Б. (2000) отмечал, что после органосохраняющих операций маточная беременность наступила у 21% женщин, в то время как после тубэктомии только у 8,1% [7].

По данным измерения базальной температуры было установлено, что нормальный двухфазный цикл после органосохраняющих операций наблюдался значительно чаще, а лютеиновая недостаточность значительно реже, чем после удаления маточной трубы. Существенной зависимости от метода органосберегающих операций выявлено не было. После удаления маточной трубы овуляция сохранялась только у 71,9% пациенток [7].

Частота наступления маточной беременности после тубэктомии составила 10,1%, после органосохраняющих-микрохирургических операций — 26,3% [8].

Белозерова Т.А. (1997), проследив отдаленные результаты органосохраняющих операций у 44 больных, показала, что маточная беременность наступила у 21 (47,7%) женщины, у 6 — через единственную оперированную маточную трубу. Повторная трубная беременность в прооперированной трубе не наступила ни в одном случае [4].

В то же время выполнение органосберегающей операции при отсутствии морфологических изменений противоположной (интактной) маточной трубы не привело к достоверному улучшению показателей фертильности, по сравнению с тубэктомией [21].

По мнению ряда авторов [21, 36, 38, 52], общее число беременностей не зависело от объема операции на маточных трубах. Следовательно, не была доказана целесообразность выполнения органосберегающих операций при неизменной второй маточной трубе с целью улучшения репродуктивных показателей и качества жизни больных. Изучение фертильности женщин с выраженными изменениями интактной маточной трубы доказало необходимость выполнения, по возможности, пластических операций на беременной маточной трубе, что дало шанс наступления физиологической беременности у 3,1% пациенток, однако увеличило риск развития повторной эктопической беременности с 3,4% (после тубэктомии) до 21,1% (после туботомии) [21].

Вероятно, это объясняется тем, что после радикальных операций повторная трубная беременность может наступать в одной оставшейся трубе, а после консервативных — в обеих.

Проведенный Цраевой И.Б. (1999) анализ проходимости маточных труб после оперативного лечения внематочной беременности позволил выявить, что оперированная маточная труба была проходима у 68%, при этом противоположная маточная труба оказалась проходимой только у 46% больных [27].

Адамян Л.В. и соавт. (2000) отмечали, что у пациенток, перенесших консервативную операцию по поводу трубной беременности, риск возникновения повторной внематочной беременности составил примерно 12—15% [1].

Микрохирургические консервативно-пластические операции на маточных трубах способствуют восстановлению только проходимости маточных труб, но не их перистальтики [39, 40, 45].

По данным контрольной лапароскопии, произведенной в ближайшие дни (3—10) после микрохирургической операции, в полости малого таза наблюдался рецидив спайкообразования у 50—60% больных и реокклюзия маточных труб в 3,5—10% случаев [15].

О морфологических изменениях прооперированной маточной трубы и некотором нарушении ее функциональных свойств косвенно свидетельствует тот факт, что после консервативных вмешательств по поводу предыдущих эктопических

беременностей у 13 из 15 (86,7%) женщин повторная внематочная беременность развилась в оперированной маточной трубе [21].

Основными причинами неудач при оперативном лечении внематочной беременности, по мнению О.Г. Литвак (2001), являлись не только неадекватная оценка глубины морфологических изменений маточных труб, но и недостаточный учет других патогенетических механизмов, в том числе иммунных. Автор отметила, что 16 из 18 пациенток, имевших в анамнезе внематочную беременность, относились к группе больных с аномалиями в содержании эмбриональных антигенов, обеспечивающих регуляцию процессов оплодотворения и имплантации и объективно отражающих общее состояние репродуктивной функции женщины. При патологических изменениях содержания таких регуляторов эмбриогенеза едва ли возможно рассчитывать на успех в лечении трубной беременности, даже при успешной коррекции анатомических изменений маточных труб [13]. Приведенные данные представляют несомненный интерес, но основаны на анализе результатов небольшого числа пациенток, что не доказывает достоверность этой тенденции и требует дальнейшего изучения данного аспекта проблемы.

Все существующие методы хирургического лечения эктопической беременности оказывают выраженное отрицательное влияние на качество жизни больных [38, 40, 46, 48]. Однако есть данные [21] о том, что использование лапароскопической оперативной техники позволяет снизить это влияние благодаря уменьшению образования спаек в брюшной полости, укорочению сроков стационарного лечения, сохранению функции маточных труб у 88,2% женщин, а также их нормальной проходимости — у 70,6% пациенток (после лапаротомий — у 33,3%).

С другой стороны, данные литературы, посвященные сравнению результатов органосохраняющих операций, выполненных при лапароскопии и лапаротомии, противоречивы [38, 40, 47]. Согласно одним публикациям, частота осложнений одинакова в этих группах и колеблется от 4% до 6%. По мнению других авторов, процент неудач достаточно высок при эндохирургических операциях (15,5%) и низок при чревосечении (1,8%) [19].

Другого мнения придерживается Рухляда Н.Н. (2000), который отмечает, что эндовидеохирургические вмешательства в 94,1% наблюдений не оказали негативного влияния на проходимость маточных труб после операции, тогда как лапаротомии в 11,1% наблюдений привели к их окклюзии [21].

По данным же Года И.Б. (2000), после микрохирургических операций проходимость оперированной маточной трубы удалось сохранить у 64,7% женщин. Наиболее оптимальные результаты были получены в результате лапароскопических консервативно-пластических операций, после которых оперированная маточная труба оказалась проходимой у 72,4% женщин [7]. Справедливости ради следует отметить, что таких высоких цифр мы не нашли ни в одном другом источнике доступной нам мировой литературы.

Лапароскопический доступ обеспечил значительно меньшую травматизацию тканей и нередко позволил сохранить маточную трубу, но не избавил от повторной трубной беременности 2—21% и бесплодия 70—80% оперированных женщин [20].

Адамян Л.В. и соавт. (2000) отмечали, что после эндоскопических операций внематочная беременность наступала (12,5%) реже, чем после традиционного метода (20%) [1].

По данным же Гинзбурга И.М. и Гвенетадзе А.Г. (1999) после лапароскопического лечения внематочная беременность не была зарегистрирована, а наступление маточной беременности было отмечено у 59,1% больных [6].

Изучение репродуктивного здоровья женщин после хирургических вмешательств показало, что лапароскопические операции позволили повысить фертильность пациенток до 71,7%, что достоверно выше по сравнению с лапаротомиями (52,2%). Число родов также было выше после эндовидеохирургических операций и составило 54,7% [21].

По мнению же других авторов, частота наступления маточной и повторной внематочной беременности, а также частота осложнений сопоставимы при обоих доступах (лапаротомическом или лапароскопическом), но лапароскопия способ-

ствовала более быстрому выздоровлению пациенток и обеспечивала в дальнейшем лучшее качество жизни [1].

В целом следует отметить, что результаты [6, 7, 21] из Грузии и Санкт-Петербурга являются маргинальными по результативности эндоскопического лечения, опубликованы в 1999 и 2000 гг. и, без сомнения, нуждаются в получении более отдаленных результатов.

Серьезного внимания заслуживает проблема фертильности пациенток после различных методов лапароскопического лечения трубной беременности [47, 50, 53].

Грищенко В.И. и соавт. (2000) оценивали эффективность лапароскопической тубэктомии и лапароскопической сальпингостомии. Через год после оперативного вмешательства маточная беременность наступила только у 5% женщин, перенесших тубэктомию, и у 33% — после сохраняющей операции на маточной трубе [9].

Цраева И.Б. и соавт. (1999) провели анализ 62 оперативных лапароскопий. При оценке анатомического состояния маточной трубы в зависимости от техники оперативного воздействия существенных различий выявлено не было. При наблюдении в течение одного года после оперативного вмешательства маточная беременность наступила у 34% пациенток. Повторная трубная беременность диагностирована у 3,2% женщин [27].

Овчинников А.Г., Коротких И.Н. (2000) изучали отдаленные результаты у 45 больных после линейной сальпингостомии и 48 больных — после операции выдавливания плодного яйца из трубы. Проходимость маточных труб сохранилась соответственно у 37 (82,2%) и 47 (97,9%) пациенток. Частота развития послеоперационных спаек после выдавливания плодного яйца была ниже (10,4%), чем после линейной сальпингостомии (26,7%). Повторная трубная беременность наступила у 6 (13,6%) больных после линейной сальпингостомии и у 4 (8,3%) — после выдавливания плодного яйца, маточная беременность была соответственно у 24 (53,3%) и 28 (58,3%) женщин. Таким образом по мнению авторов операция выдавливания плодного яйца из трубы имеет ряд преимуществ перед операцией линейной сальпингостомии [17].

Выбор способа лечения внематочной беременности имеет важное практическое значение, так как большинство женщин желает сохранить детородную функцию. С внедрением методов ранней диагностики появилась возможность избежать разрыва маточной трубы с последующим ее удалением [10, 25, 29]. За рубежом с 80-х гг. XX в. достаточно широко применяется консервативное лечение внематочной беременности в том числе метотрексатом [31, 36, 41—43, 53].

Фокиной Е.А. (2000) проанализированы показатели восстановления репродуктивного здоровья: наступление беременности в 86,4% случаев после консервативного лечения и в 64,6% — после тубэктомии; частота повторной трубной беременности — 4,5% после консервативного лечения по сравнению с 18,8% — после тубэктомии; вторичное бесплодие реже у пациенток после консервативного лечения — 9,1%, чем после тубэктомии — 16,6% [26].

Погорелова А.Б. и соавт. (2000) провели сравнительную оценку консервативного и хирургических методов лечения трубной беременности. Сравнивая результаты различных методов лечения внематочной беременности, исследователи отметили, что методом выбора может являться оперативное лечение лапароскопическим доступом. Терапия метотрексатом не исключает оперативных вмешательств после применения препарата — операция была произведена в 36% случаев при отсутствии эффекта от консервативного лечения. Лапароскопическая тубэктомия показана женщинам с выраженной деструкцией маточной трубы. В целях сохранения репродуктивной функции желательным является осуществление туботомии. Эктопическая беременность в 50% приводит к развитию вторичного бесплодия, в 10% — повторной внематочной беременности [18].

Таким образом, внематочная беременность является как проявлением, так и причиной глубоких нарушений репродуктивной функции.

В современной литературе дискутируются различные подходы к методам лечения и ведения больных с эктопической беременностью. Разноречивы сведения о состоянии репродуктивного здоровья женщин в отдаленные сроки после опе-

ративного лечения трубной беременности. Дискутабельным остается вопрос о выборе наиболее оптимального метода или объема хирургического лечения внематочной беременности.

Однако причины, приводящие к трубной беременности, после операции не устраняются, что не дает возможности восстановить последующую репродуктивную функцию без учета фоновой патологии половых органов.

В целом следует признать, что к началу XXI в. статистические сведения о внематочной беременности позволяют выделить ее в основную программу репродуктивного здоровья, отметив высокий удельный вес этой болезни в материнской смертности, infertility, нарушении репродуктивного и физического здоровья, ухудшении качества жизни. С другой стороны ни этиология, ни патогенез внематочной беременности не могут считаться раскрытыми, что препятствует рациональной терапии и реабилитации женщин с этой патологией.

Следовательно, улучшение эффективности восстановления репродуктивного здоровья пациенток после хирургического лечения трубной беременности является актуальной проблемой и требует дальнейшего ее изучения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адамян Л.В. и соавт. Современные подходы к хирургическому лечению внематочной беременности. Эндоскопия в диагностике, лечении и мониторинге женских болезней. — М., 2000, с. 533—556.
2. Айламазян Э.К., Рябцева И.Т. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в гинекологии. — Н. Новгород: НГМА, 1997. — 172 с.
3. Акопян А.С. и соавт. // Акуш. и гинек., 1999, № 6, с. 3—5.
4. Белозерова Т.А. Оптимизация диагностики и хирургического лечения внематочной беременности / Автореф. дисс. к. м. н. — М., 1998.
5. Бурдули Г.М., Фролова О.Г. Репродуктивные потери. — М: Триада-Х, 1997. — 188 с.
6. Гинзбург И.М., Гвенетадзе А.Г. Сравнительный анализ эффективности лапаротомического и лапароскопического лечения трубной беременности // Мед. новости Грузии, 1999, № 2, с. 45—47.
7. Года И.Б. Клинико-морфологическое обоснование органосохраняющих операций при трубной беременности / Автореф. дисс. к. м. н. — СПб., 2000.
8. Гринченко Т.Ф. Клиническое значение реконструктивно-пластических операций в повышении эффективности восстановления репродуктивной функции у больных с трубной беременностью / Автореф. дисс. к. м. н. — М., 1998.
9. Грищенко В.И., Козуб Н.И., Ткачев А.И. Новые подходы к лапароскопическому лечению трубной беременности. Эндоскопия в диагностике, лечении и мониторинге женских болезней. — М., 2000, с. 561—563.
10. Кулаков В.И., Адамян Л.В. Хирургическая лапароскопия в гинекологии // Акушерство и гинекология, 1995, № 1, с. 35—38.
11. Кулаков В.И., Голубев В.А., Пиганова Н.Л. Некоторые современные аспекты проблемы внематочной беременности // Акуш. и гинек., 1993, № 6, с. 3—6.
12. Кулаков В.И., Селезнева Н.Д., Краснополяский В.И. // Акуш. и гинек., 1997, № 2, с. 45—46.
13. Литвак О.Г. Прогнозирование исхода лапароскопической коррекции трубно-перитонеального бесплодия / Автореф. дисс. к. м. н. — М., 2001.
14. Мазитова М.И. Современные подходы к лечению трубной беременности // Казанск. мед., 1998, № 4, с. 294—296.
15. Мынбаев О.А., Радченко Н.А. // Акуш. и гинек., 1995, № 10, с. 38—41.
16. Овсянникова Т.В., Степанов В.В., Корнеева И.Е. и др. Диагностика и лечение бесплодия в браке. — М., 1996, с. 40.
17. Овчинников А.Г., Коротких И.Н. Лапароскопические возможности при лечении внематочной беременности. Эндоскопия в диагностике, лечении и мониторинге женских болезней. — М., 2000, с. 563—565.

18. Погорелова А.Б. и соавт. Сравнительная оценка консервативного и хирургических методов лечения внематочной беременности. Эндоскопия в диагностике, лечении и мониторинге женских болезней. — М., 2000, с. 559—561.
19. Радченко Н.А. // Пробл. репрод., 1996, № 4, с. 60—61.
20. Реваденко Т.Н., Шапранова Э.Д. Реабилитация репродуктивной функции при трубной беременности. Диагностика и реконструктивно-хирургические методы лечения заболеланий репродуктивной системы женщины / Республ. сб. науч. тр. — М., 1990, с. 149—156.
21. Рухляда Н.Н. Пути улучшения качества жизни больных с эктопической беременностью / Автореф. дисс. к. м. н. — СПб., 2000.
22. Савельева Г.М. и соавт. // Акуш. и гинек., 1995, № 2, с. 36—39.
23. Соколова Е.А., Даниленко Л.Г. Состояние репродуктивной системы женщин, страдающих бесплодием после трубной беременности // Дальневост. мед. журн., 1999, № 2, с. 62—64.
24. Стрижаков А.Н., Давыдов А.И. Оперативная лапароскопия в гинекологии. — М.: Медицина, 1995. — 176 с.
25. Стрижаков А.Н., Давыдов А.И., Шахламова М.Н., Белоцерковцева Л.Д. Внематочная беременность. — М.: Медицина, 1998. — 215 с.
26. Фокина Е.А. Консервативное лечение прогрессирующей трубной беременности / Автореф. дисс. к. м. н. — М., 2000.
27. Цраева И.Б. и соавт. Роль оперативной лапароскопии в восстановлении репродуктивной функции у женщин с трубной беременностью // Проблемы репродукции, 1999, № 2, с. 45—47.
28. Altaras M., Cohen I., Cordova M. Treatment of an ectopic pregnancy with actinomycin-D. / Br. J. Obstetr. Gynecol., 1998, vol. 95, p. 1321—1323.
29. Beckmann C.R.B., Ling F.W., Herbert W.N.P., Laube D.W., Smit R.P., Barzansky B.M. Obstetrics and Gynecology. Third Edition. — Baltimore: Williams & Wilkins, 1998, p. 182—195.
30. Benifla J.L., Fernandez H., Sebban E., Darai E., Frydman R., Madelant P. Alternative to surgery of treatment of unruptured interstitial pregnancy: 15 cases of medical treatment // Eur. J. Obstetr. Gynecol. Reprod. Biol., 1996, Dec., vol. 70, № 2, p. 151—156.
31. Brown D.L., Feccker R.E., Stowall T. et al. Serial endovaginal sonography of ectopic pregnancy treated with methotrexate / Obstetr. Gynecol., 1997, vol. 77, № 3, p. 406—409.
32. Brunham R.S., Binns B., McDowell J., Papaskevus M. Chlamidia trachomatis infection in women with ectopic pregnancy / Obstetr. Gynecol., 1996, vol. 67, № 5, p. 722—726.
33. Constantopoulos P., Tissot H., Brun G. Grossesse extra-uterine apres stimulation de l'ovulation et insemination artificielle intra-uterine (revue de litterature a propos de deux cas) // Fertil. Contracept. Sexual., 1998, vol. 17, № 1, p. 25—28.
34. Dorfman S.F. Epidemiology of ectopic pregnancy // Clin. Obstetr. Gynecol., 1997, vol. 30, № 1, p. 173—180.
35. Dubuisson J.B., Aubriot F.X., Sombardier E., Henrion R. La serologie des infections a Chlamidia trachomatis an cours des grossesses tubaires / J. Gynecol. Obstetr. Biol. Repord, 1997, vol. 16, № 5, p. 553—554.
36. Fernandez H., Reinhorn J.D., Papiernik E. Spontaneous resolution of ectopic pregnancy / Obstetr. Gynecol., 1998, vol. 71, № 2, p. 171—174.
37. Hajenius P.J., Voigt R.R., Engelsbel S. Serum human chorionic gonadotropin clearance curves in patients with interstitial pregnancy treated with systemic methotrexate // Fertil. Steril., 1996, vol. 66, № 5, p. 723—728.
38. Hidlebaugh D., O'Mara P. Clinical and financial analyses of ectopic pregnancy management at a large health plan // J. Am. Assoc. Gynecol. Laparosc., 1997, vol. 4, № 2, p. 207—213.
39. Job-Spira N., Bouer J., Pouly H. et al. // Hum. Reprod, 2000, vol. 11, p. 99—104.
40. Lavi G., Diamond M.P. Ectopic pregnancy: Its relationship to tubal reconstructive surgery // Fertil. Steril, 1997, vol. 47, № 3/4, p. 543—556.
41. Lipscomb G.H., Mc Cord M., Stovall T. et al. Predictors of Methotrexate Treatment in Women with Tubal Ectopic Pregnancies // N. Engl. J. Med., 1999, vol. 341, № 26, p. 1974—1978.

42. Ory S.J. Nonsurgical treatment of ectopic pregnancy // *Fertil. Steril*, 1996, vol. 46, № 5/6, p. 767–769.
43. Ory S.J. Chemotherapy for ectopic pregnancy // *Obstetr. Gynecol. Clin. North. Am.*, 1997, vol. 18, № 1, p. 123–134.
44. Paris F.X., Henry-Suchet I. Interet d'un steroide a action antiprogesteron dans le traitement de la grossesse extra-uterine // *Rev. Franc. Gynecjl. Obstetr*, 1996, vol. 81, № 1, p. 33–35.
45. Philippe E., Satge D. Etude Histologique de 100 trompes grawides // *J. Obstetr. Gynecol. Reprod. Biol.*, 1998, vol. 17, № 4, p. 467–476.
46. Pouly J.L., Manhes H. Traitement conservateur de la grossesse extra-uterine // *Rev. Franc. Gynecjl. Obstetr*, 1996, vol. 81, № 11, p. 584–590.
47. Reich H., Freifeld M.L., McGlynn F., Reich E. Laparoscopic treatment of tubal pregnancy // *Obstet. and Gynecol.*, 1997, vol. 69, № 2, p. 275–279.
48. Reich H., Johns D.A., De Caprio, Me Glynn F., Reich F. Laparoscopic treatment of 109 consecutive ectopic pregnancies // *Reprod. Med.*, 1988, № 33, p. 885–889.
49. Sauer M.V., Greenberg Gorrill M.J., Bustillo M., Rodi I.A., Gunning J.E., Buster J.E. Nonsurgical management of unruptured ectopic pregnancy: An extended clinical trial // *Fertil. Steril.*, 1997, vol. 48, № 5/6, p. 752–755.
50. Taylor R.N. Ectopic pregnancy and reproductive technology // *J. Amer. Med. Ass.*, 1998, vol. 259, № 12, p. 1862–1864.
51. Tuomivaara L., Kauppila A. Ectopic pregnancy: A case-control study of aetiological risk factors // *Arch. Gynecol.*, 1998, vol. 243, № 1, p. 5–11.
52. Vejtorp M. Extrauterine pregnancy: diagnosis and treatment // *Ugeskr. Laeger*, 1996, vol. 158, № 45, p. 6424–6431.
53. Zilber U., Pansky M., Bukovsky I., Golan A. Laparoscopic salpingostomy versus laparosco-pic local methotrexate // *Amer. J. Obstet. Gynecol.*, 1996, vol. 175, № 3, pt. 1, p. 600–602.

REPRODUCTIVE HEALTH OF PATIENTS AFTER SURGICAL TREATMENT OF ECTOPIC PREGNANCY

E.Y. BANI ODEH, A.O. DUKHIN, A.H. KARANASHEVA

Department of Obstetrics and Gynaecology with course of Perinatology
Russian University of Peoples' Friendship
Miklukho-Maklaya str., 8, Medical Faculty, 117198 Moscow, Russia

We analyzed the literature devoted to the present state of the reproductive health after the surgical treatment of ectopic pregnancy. Data concerning palliative and radical, conservative and surgical methods of the treatment were presented. It was shown, that ectopic pregnancy in the history coursed a reproductive disturbances in patients. There fore, the problem of the reproductive health of patients after surgical treatment of tubal pregnancy is very actual and demands further study.

УДК 618.14-006.36-089.87-07:618.17-07

РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИН ПОСЛЕ КОНСЕРВАТИВНОЙ МИОМЭКТОМИИ

Э.Х. ФАХРУТДИНОВА, А.О. ДУХИН, А.Я. ГОЛДИНА, Н.П. ЕРМОЛОВА

Кафедра акушерства и гинекологии с курсом перинатологии
Российский университет дружбы народов
Ул. Миклухо-Маклая, 8, Медицинский факультет, 117198 Москва, Россия

Приведены результаты научных публикаций последних лет о роли консервативной миомэктомии в восстановлении генеративной функции.