6. *Поташов, Л.В.* Сравнительная характеристика непосредственных результатов традиционного и лапароскопического ушивания перфоративных пилородуоденальных язв / Л.В. Поташов, В.В. Васильев, В.М. Савранский [и др.] // *Эндоскопическая хирургия*. — 2000. — № 3. — С.5—7.
7. *Руководство по неотложной хирургии* / под ред. В.С. Савельева. — М.: Триада-Х, 2005. — 640 с.
8. *Рысс, Е.С.* Фармакотерапия язвенной болезни / Е.С. Рысс, Э.Э. Звартау. — СПб.; М.: Невский диалект — Изд-во «БИНОМ», 1998. — 253 с.: ил.
9. *Сажин, В.П.* Лапароскопические вмешательства у больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки / В.П. Сажин, А.В. Федоров, В.П. Жаболенко // *Эндоскопическая хирургия*. — 1999. — № 3. — С.16—21.
10. *Сухопара, Ю.Н.* Основы неотложной лапароскопической хирургии / Ю.Н. Сухопара, Н.А. Майстренко, В.М. Тришин. — СПб.: ЭЛБИ-СПб., 2003. — 192 с.
11. *Ходаков, В.В.* Отдаленные результаты лечения больных с перфоративными язвами пилородуоденальной зоны, оперированных с использованием малоинвазивных технологий / В.В. Ходаков, А.В. Малинkin // *Вестник Уральской медицинской академической науки*, 2007. — № 1. — С.75—78.
12. *Шалимов, А.А.* Хирургия пищеварительного тракта / А.А. Шалимов, В.Ф. Саенко. — К.: Здоровья, 1987. — 568 с.
13. *Rohss, K.* Esomeprasol 40 mg provides more effective acid control then standart doses of all other proton inhibitors / K. Rohss, C.H. Wilder-Smith, C. Claar-Nilsson [et al.] // *Gastroenterology*. — 2001. — Vol. 120. — A2140.
14. *Takahara, T.* Laparoscopic closure of perforated duodenal ulcer / T. Takahara, I. Uyama, H. Ogiwara [et al.] // *Min. Invas. Ther. & Allied Technol.* — 1996. — Vol. 5. — P.473—475.
3. *Evseev, M.A.* Antisekretornye preparaty v neotlozhnoi hirurgicheskoi gastroenterologii / M.A. Evseev. — М.: ООО ИС «КВАНТ», 2009. — 173 с.
4. *Kruger, A.G.* Opasnosti, oshibki i oslozhneniya pri laparoskopicheskom ushivanii perforativnyh gastroduodenal'nyh yazv / A.G. Kruger, K.E. Rzebeaev // *Vestnik hirurgii*. — 1999. — № 3. — С.7—10.
5. *Pahomova, G.V.* Videolaparoskopiya pri probodnoi yazve zheludka i dvenadcatiperstnoi kishki / G.V. Pahomova, A.A. Gulyaev, P.A. YArcev [i dr.] // *Endoskopicheskaya hirurgiya*. — 2010. — № 1. — С.8—12.
6. *Potashov, L.V.* Sravnitel'naya harakteristika neposredstvennyh rezul'tatov tradicionnogo i laparoskopicheskogo ushivaniya perforativnyh piloroduodenal'nyh yazv / L.V. Potashov, V.V. Vasil'ev, V.M. Savranskii [i dr.] // *Endoskopicheskaya hirurgiya*. — 2000. — № 3. — С.5—7.
7. *Rukovodstvo po neotlozhnoi hirurgii* / pod red. V.S. Savel'eva. — М.: Triada-H, 2005. — 640 с.
8. *Ryss, E.S.* Farmakoterapiya yazvennoi bolezni / E.S. Ryss, E.E. Zvartau. — SPb.; М.: Nevskii dialekt — Izd-vo "BINOM", 1998. — 253 s.: il.
9. *Sazhin, V.P.* Laparoskopicheskie vmeshatel'stva u bol'nyh yazvennoi bolezniyu zheludka i dvenadcatiperstnoi kishki / V.P. Sazhin, A.V. Fedorov, V.P. Zhabolenko // *Endoskopicheskaya hirurgiya*. — 1999. — № 3. — С.16—21.
10. *Suhopara, Yu.N.* Osnovy neotlozhnoi laparoskopicheskoi hirurgii / Yu.N. Suhopara, N.A. Maistrenko, V.M. Trishin. — SPb.: ELBI—SPb., 2003. — 192 s.
11. *Hodakov, V.V.* Otdalennye rezul'taty lecheniya bol'nyh s perforativnymi yazvami piloroduodenal'noi zony, operirovannyh s ispol'zovaniem maloinvazivnyh tehnologii / V.V. Hodakov, A.V. Malinkin // *Vestnik Ural'skoi medicinskoi akademicheskoi nauki*, 2007. — № 1. — С.75—78.
12. *Shalimov, A.A.* Hirurgiya pischevaritel'nogo trakta / A.A. Shalimov, V.F. Saenko. — К.: Zdorov'ya, 1987. — 568 s.
13. *Rohss, K.* Esomeprasol 40 mg provides more effective acid control then standart doses of all other proton inhibitors / K. Rohss, C.H. Wilder-Smith, C. Claar-Nilsson [et al.] // *Gastroenterology*. — 2001. — Vol. 120. — A2140.
14. *Takahara, T.* Laparoscopic closure of perforated duodenal ulcer / T. Takahara, I. Uyama, H. Ogiwara [et al.] // *Min. Invas. Ther. & Allied Technol.* — 1996. — Vol. 5. — P.473—475.

REFERENCES

1. *Baloglanov, D.A.* Hirurgicheskoe lechenie perforativnyh yazv dvenadcatiperstnoi kishki / D.A. Baloglanov // *Hirurgiya*. — 2010. — № 11. — С.76—79.
2. *Vasilenko, V.H.* Bolezni zheludka i dvenadcatiperstnoi kishki / V.H. Vasilenko, A.L. Grebnev. — М.: Medicina, 1981. — 342 с.

© Р.И. Габидуллина, Л.И. Сирматова, Э.М. Кислицина, С.Е. Савельев, 2013

УДК 618.31-07

ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

РУШАНЯ ИСМАГИЛОВНА ГАБИДУЛЛИНА, докт. мед. наук, профессор кафедры акушерства и гинекологии № 2 ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, тел. 8(917)289-93-10, e-mail: ru.gabidullina@yandex.ru

ЛЯЙСАН ИНДУСОВНА СИРМАТОВА, зав. гинекологическим отделением ГАУЗ «Городская клиническая больница» № 7 г. Казани, тел. (843) 237-72-48

ЭЛЬЗА МУКТАСИМОВНА КИСЛИЦИНА, врач гинекологического отделения ГАУЗ «Городская клиническая больница» № 7 г. Казани, тел. 8(905) 026-10-43

СТАНИСЛАВ ЕВГЕНЬЕВИЧ САВЕЛЬЕВ, врач гинекологического отделения ГАУЗ «Городская клиническая больница» № 7 г. Казани, тел. 8(917) 253-81-10

Реферат. Проведен ретроспективный анализ 390 историй болезней пациенток, поступивших в гинекологическое отделение с подозрением на внематочную беременность. В первые часы после поступления в стационар у 358 пациенток (91,8%) установлен диагноз и выполнено оперативное лечение. Анализированы 32 случая затруднения верификации диагноза у пациенток с эктопической беременностью и увеличения сроков дооперационного пребывания в стационаре. Выявлено, что в 71,9% случаев причинами выжидательной тактики явились интерстициальная локализация и прогрессирующая трубная беременность. При внематочной беременности до 4 нед (задержка менструации до 10—14 дней) критериями правильной постановки диагноза является прирост β -субъединицы хорионического гонадотропина в динамике. При задержке менструации более 14 дней достаточно определения положительных значений β -субъединицы хорионического гонадотропина в сыворотке крови, либо положительного мочевого теста на беременность в сочетании с квалифицированным трансвагинальным ультразвуковым исследованием.

Ключевые слова: внематочная беременность, диагностика, трансвагинальное УЗИ, ХГЧ.

PROBLEMS IN DIAGNOSIS OF ECTOPIC PREGNANCY

RUSHANYA I. GABIDULLINA, of MD, professor kafedry akusherstva i ginekologiya № 2 GBOU VPO KGMU MZ RF, tel. 8 (917) 289-93-10, ru.gabidullina@yandex.ru

LYAYSAN I. SIRMATOVA, the manager. gynecologic office of GAUZ GKB № 7 of Kazan, tel. (843) 237-72-48

ELZA M. KISLITSINA, the doctor of gynecologic office of GAUZ GKB № 7 of Kazan, tel. 8(905)026-10-43

STANISLAV E. SAVELYEV, the doctor of gynecologic office of GAUZ GKB № 7 of Kazan, tel. 8(917) 253-81-10

Abstract. Retrospective analysis of 390 women case histories, that admitted to the gynecological department with ectopic pregnancy suspicion is carried out. In case of 358 patients (91.8%) proper diagnosis was made during first hours after hospital admission and operative treatment was carried out. 32 case of ectopic pregnancy diagnosis verification troubles and increasing terms of preoperative hospital staying were analyzed. We find out that in case of 71.9% of expectant tactic were interstitial location and progressive tubal pregnancy. In case of ectopic pregnancy before 4 week (menstruation delay till 10—14 day) proper diagnosis criterion is dynamic increase of beta-subunit of human chorionic gonadotropin. In case of menstrual delay more than 14 day, determine of positive value beta-subunit of human chorionic gonadotropin in blood serum or positive urine pregnancy test in combination with qualified transvaginal ultrasound examination is enough.

Key words: ectopic pregnancy, diagnosis, chorionic gonadotropin, transvaginal ultrasound examination.

Введение. До настоящего времени внематочная беременность (ВБ) занимает второе место в структуре острых гинекологических заболеваний и первое — среди нозологических форм, сопровождающихся внутрибрюшным кровотечением [8, 9]. Эктопическая беременность является причиной каждого девятого случая материнской смерти и удерживает первое место среди причин смерти в первом триместре беременности [5]. За последнее десятилетие отмечена тенденция к неуклонному росту частоты внематочной беременности во всем мире. Указанную тенденцию связывают с бурным ростом воспалительных заболеваний внутренних половых органов [1]. Несмотря на значительный прогресс за последние 20—30 лет, проблема диагностики и лечения внематочной беременности остается по-прежнему актуальной. На смену уже решенным задачам приходят новые, более высокого уровня сложности [3].

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ 390 историй болезней пациенток, поступивших в гинекологическое отделение ГБУЗ ГKB № 7 г. Казани (гл. врач к.м.н. М.Н. Садыков) с подозрением на внематочную беременность. Произведена выборка и ретроспективный анализ медицинской документации 32 пациенток, у которых диагностика внематочной беременности и соответственно оперативное вмешательство выполнены с отсрочкой более чем на 2 сут.

Методы исследования включали общеклинические, лабораторные (β -субъединица хорионического гонадотропина), эхографические (трансабдоминальное и трансвагинальное УЗИ), морфологическое, эндоскопические, статистические.

Результаты и их обсуждение. В результате исследования было выявлено, что диагностика нарушенной внематочной беременности, во всех случаях с локализацией в маточной трубе, не представляла трудностей. Принятый на современном этапе алгоритм диагностики, включающий определение β -субъединицы хорионического гонадотропина (β -ХГЧ) и трансвагинальное ультразвуковое исследование (ТВУЗИ), позволяет достаточно быстро верифицировать диагноз внематочной беременности и провести своевременное лечение. В первые часы после поступления в гинекологический стационар у 358 пациенток (91,8%) установлен диагноз и выполнено оперативное лечение. У 32 пациенток (8,2%) с подозрением на внематочную беременность диагностика была затруднена, в связи с чем была принята выжидательная тактика, длительность доопераци-

онного пребывания пациенток в стационаре составила от 2 до 22 сут. В настоящем исследовании проведен анализ затруднительных случаев диагностики внематочной беременности.

Средний возраст исследуемых пациенток составил $(28,7 \pm 4,9)$ года, их было до 30 лет 18 (56%). Состояли в браке 19 женщин (59,4%). Нерожавшие пациентки составили 34,4% (11 женщин), количество родов в среднем — $1,18 \pm 0,5$. Половине пациенток (16 женщин) ранее были произведены медицинские аборт, из них каждой третьей женщине повторно, причем у одной пациентки — 5, у другой — 6 аборт. Гинекологические заболевания в анамнезе выявлены у 18 пациенток (56,3%): сальпингоофорит — у 10 женщин (31%), киста яичника — у 4 (12,5%), постабортный эндометрит — у 2 (6,3%), эндоцервицит — у 9 женщин (28,1%). Ранее были оперированы 16 пациенток (50%), в том числе по поводу внематочной беременности — 6 (18,8%), tuboовариального образования — 1 (3,1%), кисты яичников — 4 (12,5%), бесплодия — 2 пациентки (6,3%). Кесарево сечение было выполнено у 3 женщин (9,4%). Сопутствующая экстрагенитальная патология выявлена у 11 женщин (34,4%): заболевания сердечно-сосудистой системы — 2 (6,3%), заболевания органов желудочно-кишечного тракта — 6 (18,8%), заболевания органов мочеполовой системы — 2 (6,3%), сахарный диабет — 1 (3,2%) женщина.

Прогрессирующая трубная беременность выявлена у 19 женщин (59,4%); прервавшаяся по типу трубного аборта — у 9 женщин (28,1%); в интерстициальном отделе маточной трубы — у 4 (12,5%). Чаще трубная беременность развивалась в правой маточной трубе у 20 (62,5%) женщин, в левой маточной трубе — у 12 (37,5%).

Лапароскопическим доступом оперированы 24 женщины (75%), лапаротомным — 8 (25%). Тубэктомия с одной стороны провели у 23 больных (71,9%), выдавливание плодного яйца — у 9 (28,1%).

При поступлении в стационар пациентки жаловались на задержку месячных в 19 случаях (59,4%), боли внизу живота — в 16 (50%) и кровянистые выделения из половых путей — в 18 (56,2%) (рисунки). Задержка месячных составляла от 7 до 27 дней, в среднем $(11,6 \pm 6,2)$ дня. Качественный анализ на ХГЧ с применением тестовых систем у всех больных оказался положительным.

При количественном исследовании β -субъединицы хорионического гонадотропина у 11 пациенток опреде-

лялись высокие значения — более 2 тыс. межд.ед/л. У всех пациенток по результатам ТВУЗИ при поступлении плодное яйцо не визуализировалось, толщина эндометрия составляла от 5 до 16 мм, в среднем — $(11,5 \pm 4,1)$ мм. Жидкость в брюшной полости определялась у 10 (31,2%) больных. Выжидательная тактика в течение 2—3 сут применялась у 11 больных (34,4%), 4—5 сут — у 9 (28,1%), 7—8 сут — у 6 (18,7%), 10—15 сут — у 5 (15,6%) и 22 сут — у 1 (3,2) женщины.

При анализе причин отсроченного оперативного вмешательства при значениях ХГЧ более 2 тыс. межд.ед/л оказалось, что у 2 пациенток при значениях ХГЧ 2000—2500 межд.ед/л, наличии жидкости в брюшной полости, результаты пункции брюшной полости через задний свод были сомнительными: у одной — пунктат не был добыт, у 1 женщины была выделена серозная жидкость в незначительном количестве. Повторное УЗИ позволило выявить плодное яйцо в маточной трубе. На операции была подтверждена внематочная беременность, прервавшаяся по типу трубного аборта. Длительное наблюдение за этими пациентками в связи повторными исследованиями составило 2—3 дня.

У 5 пациенток наблюдалось падение уровня ХГЧ в динамике, у одной из них вплоть до 0 ед. При этом боли сохранялись, кровянистые выделения продолжались. Повторное ультразвуковое исследование, в том числе и трансабдоминальным способом, с использованием доплеровских методик позволило визуализировать плодное яйцо. У этих пациенток наблюдение осуществлялось от 4 до 7 дней. При лапароскопии во всех случаях была обнаружена внематочная беременность, прервавшаяся по типу трубного аборта, причем плодное яйцо располагалось в ампулярном отделе маточной трубы.

У 4 пациенток со значениями ХГЧ от 8 до 22 тыс. межд.ед/л была выявлена беременность в интерстициальном отделе маточной трубы. В этих случаях выжидательная тактика составляла от 10 до 15 дней. У одной из этих пациенток с замершей беременностью визуализации плодного яйца мешал интерстициально-субмукозный узел лейомиомы в трубном угле матки диаметром 5 см, наблюдательный период составил 22 сут. Лапароскопия у данной пациентки не позволила выявить изменений в маточных трубах, при гистероскопии обзору трубного угла препятствовал миоматозный узел. При повторных исследованиях ХГЧ у нее наблюдались монотонно высокие показатели на уровне

10 тыс межд.ед/л, кровянистые выделения возникали периодически. У остальных пациенток в динамике наблюдался рост значений ХГЧ и плодное яйцо было выявлено вне матки при ТВУЗИ.

У остальных пациенток трудности возникли в случаях прогрессирующей внематочной беременности, особенно на ранних сроках. При сроке внематочной беременности до 3—4 нед (задержка месячных до 10—14 дней) наиболее информативным был мониторинг β -субъединицы хорионического гонадотропина в сыворотке крови. При этом необходимо отметить возможность отсутствия каких-либо жалоб у женщин и низкие значения β -субъединицы хорионического гонадотропина (менее 50 межд.ед/л) при первом исследовании. Сочетание исследования ХГЧ с трансвагинальным ультразвуковым исследованием (ТВУЗИ) повышало эффективность диагностики до 70,5%. Проведение лапароскопии не имело высокой диагностической ценности в связи с отсутствием визуализации изменений маточной трубы при небольших размерах плодного яйца. Указанные причины приводили к тому, что сроки госпитализации в этой группе женщин увеличивались.

При сроке беременности более 4—5 нед (задержка менструации более 14 дней) информативность ультразвукового исследования повышалась, причем не только трансвагинального, но и трансабдоминального. Значимость лапароскопии повышалась до 97,4%. К этому сроку большинство пациенток имели жалобы на боли в животе и/или кровянистые выделения.

Эктопическая беременность является многоликим заболеванием и остается одной из наиболее сложных патологий в плане диагностики [6]. Правильный диагноз в момент поступления устанавливается далеко не у всех пациенток. Особенно это касается больных с ранними сроками прогрессирующей трубной беременности без четкой клинической картины заболевания [4]. По данным литературы, наиболее трудной для диагностики является эктопическая беременность с интерстициальной локализацией трофобласта, так как она характеризуется более длительным течением гестационного процесса, что нередко имитирует маточную беременность [12]. На долю интерстициальной беременности приходится от 2 до 5% наблюдений [7]. Интерстициальная локализация и прогрессирующая трубная беременность в совокупности составили 71,9% всех случаев затрудненной диагностики в настоящем исследовании.

Для своевременной постановки диагноза нарушенной внематочной беременности, где клиника более четкая, достаточно использовать УЗИ и кульдоцентез [3]. В проведенном нами исследовании при нарушенной беременности правильный диагноз был поставлен уже в приемном покое у 91,8% пациенток. В алгоритм диагностики входили, кроме указанных методов, качественный анализ на ХГЧ. Как известно, трансвагинальное УЗИ-исследование существенно превосходит по чувствительности трансабдоминальное. Тем не менее диагностическая точность ТВУЗИ находится в значительной зависимости как от навыка и опыта выполняющего его специалиста, так и сочетания с определением ХГЧ [2]. Показатели информативности в группе больных, у которых осуществлялся рутинный ТВУЗИ без предварительного качественного ХГЧ (тестирования, по данным А.А. Махотина и соавт.), составили: чувствительность — 65%, специфичность — 72%, точность — 63% [5].

В современном мировом здравоохранении приоритетное значение в диагностике прогрессирующей ВБ имеет исследование сыворотки крови на наличие β -субъединицы хорионического гонадотропина человека (β -ХГЧ) в сочетании с трансвагинальным ультразвуковым исследованием органов малого таза (ТВУЗИ) и лапароскопией [8]. Вместе с тем клиническое использование серийного β -ХГ для диагностики внематочной беременности ограничивается рядом факторов. Во-первых, его проведение не всегда возможно, так как требует дополнительного времени и откладывает диагностическое решение. Во-вторых, серийное определение не позволяет строго дифференцировать внематочную и нарушенную маточную беременность. В-третьих, у 17% больных с внематочной беременностью имеет место положительный тест удвоения концентрации β -ХГ, как при нормальной маточной беременности [15]. Именно необходимость повторного лабораторного исследования, часто неоднократного, при достаточно низких значениях β -ХГ (менее 1000 межд. ед/л), а также падение его уровня создавали трудности в верификации диагноза и являлись причиной увеличения дооперационного пребывания в стационаре у большей части обследованных пациенток. По данным зарубежной литературы, уровни ХГЧ 1000 межд. ед/л, 1500 межд. ед/л и 2000 межд. ед/л считаются избирательными уровнями [10]. Если уровни сывороточного ХГЧ ниже избирательной зоны (<1000 межд. ед.) и на снимке трансвагинальной ультрасонографии беременность (внутриматочная или внематочная) не видна, то ее можно описать как беременность неизвестной локализации [13]. В 5 обзорных исследованиях показано, что 44–69% беременностей неизвестной локализации самопроизвольно разрешаются при выжидательной тактике лечения [14]. Если уровни сывороточного ХГЧ поднимаются выше избирательного уровня (1000 межд. ед/л) или перестают изменяться, следует рассматривать вопрос активного вмешательства в процесс [11]. В проведенном нами исследовании при низких значениях ХГЧ выжидательная тактика не привела к самостоятельному разрешению эктопической беременности, и во всех случаях диагноз внематочной беременности подтвердился при оперативном вмешательстве лапароскопическим доступом.

Заключение. Выявлено, что в 71,9% причинами выжидательной тактики явились интерстициальная локализация эктопической беременности и прогрес-

сирующая трубная беременность. При внематочной беременности до 4 нед (задержка менструации до 10–14 дней), при отсутствии жалоб пациенток критериями правильной постановки диагноза является прирост β -субъединицы хорионического гонадотропина в динамике. При задержке менструации более 14 дней достаточно определения положительных значений β -субъединицы хорионического гонадотропина в сыворотке крови, либо положительного мочевого теста на беременность при квалифицированном ТВУЗИ. Лапароскопия у больных на этих сроках и/или при ХГЧ более 2000 межд. ед/л позволяет уточнить диагноз и провести органосохраняющее малотравматичное вмешательство.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Бондарева, Л.В.* Анализ пролеченных больных с внематочной беременностью в условиях экстренного гинекологического отделения / Л.В. Бондарева, С.Я. Дубошина, Н.Н. Кузнецова, А.А. Лемешко // Медицина в Кузбассе. — 2006. — № 4. — С. 37–38.
2. *Давыдов, А.И.* Роль трансвагинальной эхографии в системе диагностики внематочной беременности / А.И. Давыдов, В.С. Попова // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. — 2011. — Т. 10, № 3. — С. 80–86.
3. *Каушанская, Л.В.* Современные технологии в диагностике внематочной беременности на госпитальном этапе / Л.В. Каушанская, И.А. Салов // Саратовский научно-медицинский журнал. — 2009. — Т. 5, № 4. — С. 537–540.
4. *Компличенко, Э.В.* Внематочная беременность — современные аспекты диагностики и лечения. Клинико-экономический эффект использования современных медицинских технологий в лечении трубной беременности / Э.В. Компличенко, Б.Л. Цивьян, Р.В. Уракова // Журнал акушерства и женских болезней. — 2003. — Т. LII, вып. 3. — С. 28–33.
5. *Махотин, А.А.* Оптимизация протокола ранней неинвазивной диагностики эктопической беременности / А.А. Махотин, Н.Е. Махотина, А.И. Шевела // Вестник НГУ. — 2011. — Т. 9, вып. 2. — С. 82–85. (Сер.: Биология, клиническая медицина).
6. *Сергеев, А.П.* Современные подходы к диагностике прервавшейся внематочной беременности на догоспитальном этапе (скорая помощь) / А.П. Сергеев, А.С. Латыпов, Н.Н. Глебова [и др.] // Мать и дитя в Кузбассе. — 2006. — № 3(26). — С. 40–43.
7. *Янушко, Т.В.* Прогрессирующая эктопическая беременность: современная диагностика и методы лечения / Т.В. Янушко, А.Р. Плоцкий, А.Е. Костяхин [и др.] // Репродуктивное здоровье. Восточная Европа. — 2012. — № 2 (20). — С. 52–58.
8. *Фаткуллин, И.Ф.* Результаты комплексного лечения трубной беременности с применением мини-инвазивных эндоскопических технологий и современного противовоспалочного барьера / И.Ф. Фаткуллин, Ш.А. Алыев // Медицинский альманах. — 2009. — № 4(9). — С. 86–89.
9. *Alkatout, I.* Clinical diagnosis and treatment of ectopic pregnancy / I. Alkatout, U. Honemeyer, A. Strauss [et al.] // Obstet. Gynecol. Surv. — 2013. — Vol. 68(8). — P. 571–581.
10. *Ankum, W.* Management of suspected ectopic pregnancy: impact of new diagnostic tools in 686 consecutive cases / W. Ankum, P. Hajenius, L. Schrevel, F. Van der Veen // J. Reprod. Med. — 1996. — Vol. 41. — P. 724–728.
11. *Banerjee, S.* Expectant management of early pregnancies of unknown location: a prospective evaluation of methods to predict spontaneous resolution of pregnancy / S. Banerjee, N. Aslam, B. Woelfer [et al.] // BJOG. — 2001. — Vol. 108. — P. 158–163.
12. *Bannon, K.* Diagnosis and management of intramural ectopic pregnancy / K. Bannon, C. Fernandez, D. Rojas

[et al.] // J. Minim. Invasive Gynecol. — 2013. — Vol. 20(5). — P.697—700.

13. *Cacciatore, B.* Diagnosis of ectopic pregnancy by vaginal ultrasonography in combination with a discriminatory serum hCG level of 1000 iu/l (IRP) / B. Cacciatore, U. Stenman, P. Ylöstolalo // Br. J. Obstet.Gynaecol. — 1990. — Vol. 97. — P.904—908.
14. *Hahlin, M.* The expectant management of early pregnancies of uncertain site / M. Hahlin, J. Thorburn, I. Bryman // Hum. Reprod. — 1995. — Vol. 10. — P.1223—1227.
15. *Henry-Suchet, J.* PID: clinical and laparoscopic aspects / J. Henry-Suchet // Ann. N. Y. Acad. Sci. — 2000. — Vol. 900. — P.301—308.

REFERENCES

1. *Bondareva, L.V.* Analiz prolechennyh bol'nyh s vnematochnoi beremennost'yu v usloviyah ekstrennogo ginekologicheskogo otdeleniya / L.V. Bondareva, S.YA. Duboshina, N.N. Kuznecova, A.A. Lemesheko // Medicina v Kuzbasse. — 2006. — № 4. — S.37—38.
2. *Davydov, A.I.* Rol' transvaginal'noi ehografii v sisteme diagnostiki vnematochnoi beremennosti / A.I. Davydov, V.S. Popova // Voprosy ginekologii, akusherstva i perinatologii. — 2011. — T. 10, № 3. — S.80—86.
3. *Kaushanskaya, L.V.* Sovremennye tehnologii v diagnostike vnematochnoi beremennosti na gosptal'nom etape / L.V. Kaushanskaya, I.A. Salov // Saratovskii nauchno-meditsinskii zhurnal. — 2009. — T. 5, № 4. — C.537—540.
4. *Komlichenko, E.V.* Vnematochnaya beremennost' — sovremennye aspekty diagnostiki i lecheniya. Kliniko-ekonomicheskii effekt ispol'zovaniya sovremennyh medicinskih tehnologii v lechenii trubnoi beremennosti / E.V. Komlichenko, B.L. Civ'yan, R.V. Urakova // ZHurnal akusherstva i zhenskikh boleznei. — 2003. — T. LII, vyp.3. — S.28—33.
5. *Mahotin, A.A.* Optimizatsiya protokola rannei neinvazivnoi diagnostiki ektopicheskoi beremennosti / A.A. Mahotin, N.E. Mahotina, A.I. Shevela // Vestnik NGU. — 2011. — T. 9, vyp. 2. — S.82—85. — (Ser.: Biologiya, klinicheskaya medicina).
6. *Sergeev, A.P.* Sovremennye podhody k diagnostike prervavsheysya vnematochnoi beremennosti na dogospital'-

nom etape (skoraya pomoshch') / A.P. Sergeev, A.S. Latypov, N.N. Glebova [i dr.] // Mat' i ditya v Kuzbasse. — 2006. — № 3(26). — S.40—43.

7. *Yanushko, T.V.* Progressiruyuschaya ektopicheskaya beremennost': sovremennaya diagnostika i metody lecheniya / T.V. Yanushko, A.R. Plockii, A.E. Kostyagin [i dr.] // Reproductivnoe zdorov'e. Vostochnaya Evropa. — 2012. — № 2 (20). — S.52—58.
8. *Fatkullin, I.F.* Rezul'taty kompleksnogo lecheniya trubnoi beremennosti s primeneniem mini-invazivnyh endoskopicheskikh tehnologii i sovremennogo protivospaechnogo bar'era / I.F. Fatkullin, Sh.A. Alyev // Medicinskii al'manah. — 2009. — № 4(9). — S. 86—89.
9. *Alkatout, I.* Clinical diagnosis and treatment of ectopic pregnancy / I. Alkatout, U. Honemeyer, A. Strauss [et al.] // Obstet. Gynecol. Surv. — 2013. — Vol. 68(8). — P.571—581.
10. *Ankum, W.* Management of suspected ectopic pregnancy: impact of new diagnostic tools in 686 consecutive cases / W. Ankum, P. Hajenius, L. Schrevel, F. Van der Veen // J. Reprod. Med. — 1996. — Vol. 41. — P.724—728.
11. *Banerjee, S.* Expectant management of early pregnancies of unknown location: a prospective evaluation of methods to predict spontaneous resolution of pregnancy / S. Banerjee, N. Aslam, B. Woelfer [et al.] // BJOG. — 2001. — Vol. 108. — P.158—163.
12. *Bannon, K.* Diagnosis and management of intramural ectopic pregnancy / K. Bannon, C. Fernandez, D. Rojas [et al.] // J. Minim. Invasive Gynecol. — 2013. — Vol. 20(5). — P.697—700.
13. *Cacciatore, B.* Diagnosis of ectopic pregnancy by vaginal ultrasonography in combination with a discriminatory serum hCG level of 1000 iu/l (IRP) / B. Cacciatore, U. Stenman, P. Ylöstolalo // Br. J. Obstet.Gynaecol. — 1990. — Vol. 97. — P.904—908.
14. *Hahlin, M.* The expectant management of early pregnancies of uncertain site / M. Hahlin, J. Thorburn, I. Bryman // Hum. Reprod. — 1995. — Vol. 10. — P.1223—1227.
15. *Henry-Suchet, J.* PID: clinical and laparoscopic aspects / J. Henry-Suchet // Ann. N. Y. Acad. Sci. — 2000. — Vol. 900. — P.301—308.