

и на фоне стандартной терапии ($12,40 \pm 2,31$ мг/л при норме до 7,0 мг/л). При оптимизации терапия лазерным комплексом позволила снизить показатели СРБ в 2–3 раза до нормальных цифр ($4,35 \pm 1,45$ мг/л и $6,78 \pm 1,32$ мг/л), особенно в группе до 50 лет.

Таким образом, применение лазерного комплекса оказывает существенное влияние на динамику клинической симптоматики ЯБ и лабораторных показателей.

Полученные данные свидетельствуют о выраженном положительном воздействии неинвазивного лазерного комплекса в сочетании с медикаментозной терапией на исход клинической симптоматики гастродуоденальных язв, эрадикацию *Helicobacter pylori* и рубцевание язвенного дефекта.

По результатам проведенного исследования можно сделать вывод, что применение сочетанной лазеротерапии по разработанной и предлагаемой методике в комплексе с медикаментозной терапией повышает эффективность лечения больных язвенной болезнью и сократить сроки пребывания в стационаре. Все это позволяет улучшить качество жизни больных гастродуоденальными язвами и в какой то степени способствовать их медицинской и социальной реабилитации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алебастров А. П. Возможности альтернативной немедикаментозной терапии язвенной болезни желудка / А. П. Алебастров., М. А. Бутов // Клиническая медицина. – 2005. – № 11. – С. 69–71.
2. Боголюбов В. М. Пути оптимизации параметров физиотерапевтических воздействий // Вопр. курортологии. – 1998. – № 2. – С. 3–6.
3. Буйлин В. А. Низкоинтенсивные лазеры в терапии различных заболеваний / В. А. Буйлин, С. В. Москвин. – М.: Техника, 2001. – С. 34–36.
4. Бурдули Н. М. Влияние низкоинтенсивной лазерной терапии на некоторые показатели системы гемостаза у больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки // Лазерная медицина. – 2003. – № 7. – С. 4–7.
5. Бурков С. Г. Современные принципы фармакотерапии язвенной болезни // CONSILIUM-PROVISORUM TOM 04/N 3/2006.

6. Брилли Г. Е. Низкоинтенсивная лазеротерапия. / Физиотерапия национальное руководство. – Москва. – 2009. – 189 с.
7. Гейниц А. В. Генетические обоснования низкоинтенсивной лазерной терапии (обзор литературы) // Лазерная медицина. – 2004. – № 8. – С. 57–59.
8. Григорьев Б. Я., Яковенко А. В. Клиническая гастроэнтерология. – Москва. – МИА. – 2001. – 692 с.
9. Иванова Г. Г. Применение сочетанной лазерной терапии в комплексном лечении эрозивно-язвенных поражений верхних отделов желудочно-кишечного тракта у детей // Лазерная медицина. – 2000. – № 4. – С. 41–42.
10. Лазеры в клинической медицине (руководство для врачей) под ред. С. Д. Плетнева. – М.: Медицина. – 1981. – 400 с.
11. Низкоинтенсивная лазерная терапия / Сборник трудов под ред. С. В. Москвина, В. А. Буйлина. – Москва, ТОО фирма «Техника». – 2000. – 724 с.
12. Пархотик И. И. Средства и методы реабилитации при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки // Физическая реабилитация при заболеваниях органов брюшной полости. – Киев. – 2003. – С. 39–41.
13. Пономаренко Г. Н. Физиотерапевтические аспекты медицинской реабилитации / Физиотерапия. Национальное руководство. – М.: ГЭОТАР Медиа. – 2009. – С. 87–89.
14. Улащик В. С. Физические лечебные факторы в комплексном лечении больных / Физиотерапия Национальное руководство. – М.: ГЭОТАР Медиа. – 2009. – С. 87–89.
15. Частная физиотерапия – М.: Медицина. – 2005. – С. 142–150.
16. Харченко Н. В. Современные подходы к лечению язвенной болезни. Применение «β-клатинола» в схемах антихеликобактерной терапии / Н. В. Харченко, Е. В. Родонежская, Д. В. Токарь, И. Н. Червак, О. Ю. Крюкова // Сучасна гастроентерологія. – 2007. – № 2 (34).
17. Циммерман Я. С. Физиотерапевтическое лечение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки // Клиническая медицина. – 2003. – Том 81, № 7. – С. 8–15.
18. Циммерман Я. С. Актуальные проблемы гастроэнтерологии в нашей стране // Клиническая медицина. – 2003. – Т. 81, № 4. – С. 4–11.

Поступила 14.08.2009

Л. В. КАУШАНСКАЯ

МЕДИЦИНСКИЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

*Федеральное государственное учреждение «Ростовский научно-исследовательский институт акушерства и педиатрии Федерального агентства по высокотехнологичной медицинской помощи»,
Россия, 344012, г. Ростов-на-Дону, ул. Мечникова, 43.
E-mail: kaushan60@mail.ru, тел. (863) 298-08-75*

Проведен анализ результатов обследования больных с ВБ на догоспитальном этапе в зависимости от объема оперативного вмешательства в последующем. Результаты исследования показали, что догоспитальный этап – важное звено в диагностике прогрессирующей беременности. Установлены показания к госпитализации: при задержке менструации на 10–13 дней, нарастание концентрации ХГ менее чем на 50% от исходного, отсутствие плодного яйца в полости матки; либо при задержке менструации на 14–21 день однократный положительный мочевой тест на беременность или ХГ в сыворотке крови, отсутствие плодного яйца в полости матки. Указанные диагностические критерии госпитализации позволили установить ВБ в сроке не более 3–4 недель беременности, что в последующем позволило выполнить органосохраняющие операции в оптимальных условиях.

Ключевые слова: внематочная беременность, догоспитальный этап, ТВУЗИ, хорионический гонадотропин в сыворотке крови.

THE MEDICAL AND ORGANIZATIONAL ASPECTS OF THE ABDOMINAL GESTATION DIAGNOSTICS DURING THE PRE-ADMISSION PERIOD

*Federal State Institution «Rostov Scientific Research Institute of Obstetrics and Pediatrics
of the Federal Agency in high-tech medical aid»,
Russia, 344012, Rostov-on-Don, Metchnikova street, 43. E-mail: kaushan60@mail.ru, tel. (863) 298-08-75*

The analysis of patients' investigations results with the abdominal gestation was carried out during the pre-admission period depending on the surgical intervention volume in future. The results of the investigation showed that pre-admission period is an important link in the progressive pregnancy diagnostics. The indications for hospitalization were determined: during the delay of menstruation on 10–13 days, the increase of HCG concentrations less than on 50% from that of the original, the fetal egg absence in the uterine cavity or during the delay of menstruation on 14–21 day of a single positive uterine pregnancy test or HCG in the blood serum, the fetal egg absence in the uterine cavity. The indicated diagnostic criteria for hospitalization allowed determining the abdominal gestation in terms not more than 3–4 gestational weeks that in subsequent conditions permitted to fulfill preserving organs operations in the optimal conditions.

Key words: abdominal pregnancy, pre-admission, TVUS, human chorionic gonadotropin in blood serum.

Введение

Внематочная беременность (ВБ) – беременность, которая представляет серьезную угрозу для жизни женщины. На фоне неблагоприятной демографической ситуации в России ВБ является одной из составляющих репродуктивных потерь, существенно влияющих на показатели рождаемости [5, 6, 7]. В последние годы наблюдается значительный рост заболеваемости в двух возрастных группах: среди подростков и женщин от 30 до 39 лет. В настоящее время во всех странах мира, согласно результатам мировой статистики, около 1% всех беременностей – внематочные [9].

Ежегодно в России диагностируются 44–45 тыс. случаев внематочной беременности. Несмотря на то, что риск смерти от эктопической беременности снизился, данная патология остается на 4-м месте в структуре материнской смертности и в разные годы составляет 5,8–8% [8].

Диагностика прогрессирующей ВБ представляет наиболее актуальную задачу проблемы ВБ в целом, так как своевременная диагностика ВБ позволяет не только предотвратить возможную острую кровопотерю, связанную с разрывом маточной трубы, но и обеспечить максимально «идеальные» условия для органосохраняющего лечения пациенток, заинтересованных в сохранении репродуктивной функции. Следует особо подчеркнуть, что момент, когда «остановятся часы» трубной беременности и «разразится катастрофа», невозможно предугадать [9].

Тщательно собранный анамнез в сочетании с физикальным обследованием являются по-прежнему определяющими в ранней диагностике эктопической беременности [7]. Однако, если учесть достоверное увеличение частоты данной патологии с атипичической клинической картиной, становится ясно, что не случайно внематочная беременность имеет репутацию одного из самых коварных заболеваний, для диагностики которого требуется применение дополнительных методов исследования [1, 4].

Внедрение в практику гинеколога современных медицинских технологий (определение хорионического гонадотропина (ХГ) в сыворотке крови, трансвагинальное ультразвуковое исследование (ТВУЗИ), лапароскопия) не снизили частоту разрыва маточной

трубы, сопровождающейся значительной кровопотерей. Это вынуждает хирургов выполнять радикальные операции [2].

Степень деструкции маточной трубы находится в прямо-пропорциональной зависимости от топографии плодного яйца и гестационного срока. В связи с этим особое значение приобретает совершенствование методов диагностики эктопической имплантации blastocysts, способных обнаружить ее до формирования необратимых изменений в стенке трубы, что позволит выполнить органосохраняющие операции в оптимальных условиях [9].

Целью исследования явилось определение регламентированных сроков обследования больных с внематочной беременностью (ВБ) в зависимости от срока задержки менструации и клинических проявлений заболевания на догоспитальном этапе.

Методика исследования

В I группу включено 330 женщин с ВБ, которым проведены радикальные операции. Во II группу включены 350 женщин с ВБ, которым выполнены органосохраняющие операции. Распределение больных по возрастным группам достоверно не отличалось ($p > 0,05$). Максимальное число пациенток было в возрасте до 35 лет (84,8% и 85,1%, соответственно).

Были проведены общеклиническое обследование, исследование крови для выявления β -субъединицы хорионического гонадотропина (β -ХГ), трансвагинальное ультразвуковое исследование (УЗИ) органов малого таза, лапароскопия; использованы морфологические, статистические методы.

Результаты исследования

Для обследуемого контингента женщин характерна высокая частота бесплодия (12,7% и 12,6%), как первичного, так и вторичного. У большинства женщин с ВБ (89,7% и 90,3%) отмечены искусственные и самопроизвольные аборты, что является факторами риска развития ВБ, отмечена высокая частота (67,9% и 66,6%) воспалительных заболеваний внутренних гениталий, в 47,9% и 47,1% случаев обусловленных инфекцией, передаваемой половым путем. По сравнению с частотой в популяции оперативные вмешательства на органах

Таблица 1

Каналы госпитализации больных с ВБ

Группы больных	N	По направлению женской консультации		СП, минуя женскую консультацию		Самостоятельно	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%
I группа	330	190	57,6*	130	39,4**	10	3***
II группа	350	286	81,7*	10	2,9**	54	15,4***

Примечание: * $p < 0,05$ – указанные параметры достоверно отличались;
 ** $p < 0,05$ – указанные параметры достоверно отличались;
 *** $p < 0,05$ – указанные параметры достоверно отличались;

Таблица 2

Сроки задержки менструации при первичном обращении больных с ВБ

Группы больных	N	Задержка менструации до 10–13 дней		Задержка менструации на 14–21 день		Задержка менструации более 21 дня	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%
I группа	330	47	14,2*	226	68,5**	57	17,3***
II группа	350	276	78,9*	42	12**	32	9,1***

Примечание: * $p < 0,05$ – указанные параметры достоверно отличались;
 ** $p < 0,05$ – указанные параметры достоверно отличались;
 *** $p < 0,05$ – указанные параметры достоверно отличались.

Таблица 3

Основные жалобы больных с ВБ при первичном обращении в женскую консультацию

Группы больных	N	Резкая боль внизу живота с иррадиацией в прямую кишку		Схваткообразные боли внизу живота различной интенсивности		Периодические слабые тянущие боли внизу живота либо отсутствие боли		Кровянистые выделения из половых путей	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
I группа	330	57	17,3*	96	29,1**	37	11,2***	153	46,4#
II группа	350	0	0*	10	2,9**	276	78,9 ***	10	2,9 #

Примечание: * $p < 0,05$ – указанные параметры достоверно отличались;
 ** $p < 0,05$ – указанные параметры достоверно отличались;
 *** $p < 0,05$ – указанные параметры достоверно отличались.

малого таза и брюшной полости в обеих группах встречались чаще (36,7% и 36,3%).

Проведен анализ ведения женщин обеих групп на догоспитальном этапе. Результаты проведенных исследований показали, что в женскую консультацию обратились 190 (57,6%) женщин I группы и 286 (81,7%) женщин II группы.

В I группе 57 (17,3%) женщин поздно обратились в женскую консультацию. При обращении они указывали жалобы на задержку менструации более 21 дня, сильные боли внизу живота с иррадиацией в прямую кишку, головокружение и кровянистые выделения из половых

путей. Этим больным в женской консультации проведено гинекологическое исследование, измерение пульса, АД, температуры. По экстренным показаниям они были госпитализированы в гинекологический стационар машиной скорой помощи (СП) с диагнозом «подозрение на внематочную беременность». В стационаре пациенткам проведено хирургическое лечение (тубэктомия) по поводу прервавшейся ВБ по типу разрыва маточной трубы, сопровождающейся значительной кровопотерей.

В I группе 96 (29,1%) женщин обратились с незначительными кровянистыми выделениями из половых путей, схваткообразными болями внизу живота и

задержкой менструации на 14–21 день. Этим пациентам проведено ТВУЗИ, и в экстренном порядке они были госпитализированы по СП.

Неадекватная терапия проведена в женской консультации у 37 (11,2%) женщин I группы, обратившихся с жалобами на задержку менструации до 10–13 дней, незначительные периодические боли внизу живота. Этим больным наряду с общим осмотром и гинекологическим исследованием рекомендовано общеклиническое обследование, исследование β -ХГЧ в сыворотке крови, ТВУЗИ, гормональное исследование. До получения результатов обследования назначена противовоспалительная терапия. Через 2–5 дней в связи с ухудшением состояния они были госпитализированы в стационар с внутрибрюшным кровотечением.

Во II группе 286 (81,7%) женщин обратились в женскую консультацию с жалобами на задержку менструации. Задержку менструации на 14–21 день, незначительные кровянистые выделения из половых путей и периодические схваткообразные боли внизу живота отмечали 10 (2,9%) женщин. Этим пациенткам проведены тест на беременность и ТВУЗИ. С подозрением на внематочную беременность они были госпитализированы в гинекологический стационар. 77 (22%) женщин обратились с задержкой менструации менее 7 дней. Этим женщинам проведено ТВУЗИ и β -ХГЧ в динамике с интервалом в 2 дня. По ТВУЗИ плодное яйцо в полости и вне полости матки не обнаружено, но, учитывая прирост β -ХГЧ менее 50%, они были госпитализированы с подозрением на внематочную беременность. Остальные 199 (56,8%) женщин были также госпитализированы, учитывая задержку менструации до 10–13 дней, положительные значения β -ХГЧ в сыворотке крови и ультразвуковые признаки внематочной беременности.

130 (39,4%) пациенток I группы в женскую консультацию не обращались и в связи с ухудшением состояния были доставлены машиной СП в гинекологический стационар с признаками внутрибрюшного кровотечения. Эти пациентки отмечали задержку менструации на 14–21 день, кровянистые выделения из половых путей и боли внизу живота различной интенсивности.

Во II группе 10 (2,9%) женщин в женскую консультацию не обращались и были доставлены машиной СП с жалобами на задержку менструации более 21 дня, кровянистыми выделениями из половых путей и сильными болями внизу живота.

Самостоятельно в гинекологический стационар, минуя женскую консультацию, в дневное время обратились 10 (3,0%) женщин I группы с жалобами на задержку менструации до 10–13 дней, отсутствием кровянистых выделений и положительным мочевым тестом на беременность, схваткообразными болями внизу живота. Пациенткам проведено ТВУЗИ, общеклиническое обследование. С диагнозом «подозрение на внематочную беременность» они были госпитализированы. После общеклинического дообследования им была выполнена эндоскопическая тубэктомия.

Во II группе самостоятельно в гинекологический стационар обратилось 54 (15,4%) женщины. Жалобы на задержку менструации более 21 дня, сильные боли внизу живота, слабость, кровянистые выделения из половых путей наблюдались у 22 (6,3%) женщин. Отмечали задержку менструации на 14–21 день, кровянистые выделения из половых путей и схваткообразные боли внизу живота 32 (9,1%) женщины.

Обсуждение

Анализ ведения женщин с ВБ на догоспитальном этапе в обеих группах выявил, что каналы госпитализации были различны (табл. 1).

Установлено, что при первичном обращении женщин обеих групп сроки задержки менструации были также различны (табл. 2).

Помимо задержки менструации при первичном обращении основными жалобами пациенток являлись боли различной интенсивности, кровянистые выделения из половых путей (табл. 3).

При гинекологическом исследовании наиболее часто отмечен цианоз слизистой влагалища и шейки матки – у 153 (46,4%) и 209 (59,7%) женщин; размягчение матки и ее некоторое увеличение – у 133 (40,3%) и 209 (59,7%) женщин; болезненность в области придатков матки – у 133 (40,3%) и 209 (59,7%) женщин в I и II группе. Однако такие симптомы, как чрезмерная подвижность матки, резкая болезненность шейки матки при ее смещении, сглаженность и болезненность заднего и бокового сводов влагалища, определялись только в I группе (у 57 (17,3%) женщин). Кровянистые выделения из цервикального канала визуализировались у 153 (46,4%) женщин I группы и у 10 (2,9%) – во II группе.

При обращении пациенток в женскую консультацию концентрацию β -ХГЧ в сыворотке крови определяли у 37 (11,2%) женщин I группы и у 286 (81,7%) II группы. Значительно меньшее количество больных в I группе, которым определялась концентрация β -ХГЧ в сыворотке крови, было обусловлено несколькими причинами. Во-первых, большинство больных обратились с признаками внутрибрюшного кровотечения и были госпитализированы по экстренным показаниям. Во-вторых, у части больных был однократно проведен данный анализ. Учитывая длительность выполнения данного исследования, низкие значения β -ХГЧ, отсутствие возможности срочного выполнения ТВУЗИ и β -ХГЧ мониторинга привело к поздней диагностике прогрессирующей внематочной беременности.

При обращении в женскую консультацию ТВУЗИ проведено у 133 (40,3%) женщин I группы и 286 (81,7%) II группы. Значительно меньшее количество больных в I группе, которым проведено ТВУЗИ, объяснялось отсутствием возможности выполнения срочного трансвагинального исследования.

Таким образом, раннее обращение больных за медицинской помощью (задержка менструации до 10–14 дней), возможность срочного определения концентрации ХГ в сыворотке крови и ТВУЗИ позволили госпитализировать большинство больных (78,9%) II группы с прогрессирующей ВБ.

Это стало возможным благодаря санитарно-просветительной работе врачей амбулаторного звена с женщинами группы риска по развитию внематочной беременности, высокой квалификации врачей и наличию материально-технической базы современных поликлиник/женских консультаций. Результаты исследования позволили установить сроки обследования больных с ВБ на догоспитальном этапе. При обращении в женскую консультацию женщин с задержкой менструации 10–13 дней возможно определение β -ХГЧ в сыворотке крови и ТВУЗИ в динамике. При нарастании концентрации β -ХГЧ менее чем на 50% от исходного, отсутствии плодного яйца в полости матки необходима госпитализация в гинекологический стационар. При задержке менструации на 14–21 день и положительном тесте

на беременность или β -ХГЧ в сыворотке крови, а также отсутствии плодного яйца в полости матки показана госпитализация. Указанные диагностические критерии госпитализации позволили диагностировать ВБ в сроке не более 3–4 недель, что в последующем позволило выполнить органосохраняющие операции в оптимальных условиях.

Таким образом, совершенствование медицинских технологий (β -ХГ-мониторинг, УЗИ-мониторинг) и организационных мероприятий на догоспитальном этапе – позволяет диагностировать ВБ в прогрессирующей стадии. Внедрение современных стандартов должно стать приоритетным при оказании помощи женщинам с ВБ на догоспитальном этапе.

ЛИТЕРАТУРА

1. Айламазян Э. К., Рябцева И. Т. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в гинекологии. – М.: Медицинская книга, 2003. – 193 с.
2. Гаспаров А. С., Косаченко А. Г., Торгомян А. А., Меликян А. Г. Оптимизация тактики ведения больных с острыми гинекологическими заболеваниями // Акуш. гинекол. – 2003. – № 1. – С. 40–41.

3. Гаспаров А. С., Бабичева И. А., Косаченко А. Г. Экстренная хирургическая помощь в гинекологии. Органосохраняющие операции: Метод. рекомендации. – М., 2000. – 24 с.

4. Гаспаров А. С., Хубоншоева Л. Ю., Хилькевич Е. Г. и др. Эktopическая беременность: проблемы диагностики и лечения // Материалы IV Российского форума «Мать и дитя»: Тез. докл. – М., 2002. – С. 104–105.

5. Кулаков В. И., Гаспаров А. С., Косаченко А. Г. Ургентная гинекология: новый взгляд // Журн. акуш. и жен. Бол. – 2001. – Вып. III. – Т. 1. – С. 15–18.

6. Кулаков В. И., Гаспаров А. С., Косаченко А. Г. и др. Современная концепция оказания помощи больным с острыми гинекологическими заболеваниями // Акуш. и гин. – 2006. – № 2. – С. 45–49.

7. Кулаков В. И., Серов В. Н., Гаспаров А. С. Гинекология: учеб. для студентов мед. вузов. – М., 2005. – 616 с.

8. Некоторые показатели деятельности акушерско-гинекологической службы Российской Федерации, в разрезе федеральных округов (статистические материалы). – М., 2007. – 24 с.

9. Стрижаков А. Н., Давыдов А. И., Шахламова М. Н. и др. Внематочная беременность. – М.: Медицина, 2001. – 215 с.

Поступила 16.07.2009

Л. В. КАУШАНСКАЯ

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ

Федеральное государственное учреждение

«Ростовский научно-исследовательский институт акушерства и педиатрии

Федерального агентства по высокотехнологичной медицинской помощи»,

Россия, 344012, г. Ростов-на-Дону, ул. Мечникова, 43. E-mail: kaushan60@mail.ru, тел. (863) 298-08-75

Сокращение сроков обследования больных с внематочной беременностью на догоспитальном этапе до 24–48 часов позволило госпитализировать 78,9% женщин с прогрессирующей беременностью, что в последующем при наличии круглосуточной эндоскопической службы ТВУЗИ мониторинга обеспечило условия для выполнения органосохраняющих операций у всех больных. Результаты проведенных исследований позволили установить, что 3–4 недели беременности являются оптимальным сроком для выполнения органосохраняющих операций.

Ключевые слова: внематочная беременность, органосохраняющие операции, лапароскопия, срок беременности.

L. V. KAUSHANSKY

THE TACTICS OF MANAGEMENT OF PATIENTS WITH ECTOPIC PREGNANCY

*Federal State Institution «Rostov Scientific Research Institute of Obstetrics and Pediatrics
of the Federal Agency of hi-tech medical care»,*

Russia, 344012, Rostov-on-Don, Mechnikova street, 43. E-mail: kaushan60@mail.ru, tel. (863) 298-08-75

Reductions in the examination of patients with ectopic pregnancy in the prehospital phase to 24–48 hours allowed to be hospitalized 78,9% of women with advanced pregnancies that subsequently in the presence of clock endoscopic TVUZI monitoring service provided facilities for the performance of organ-operation in all patients. Studies have revealed that 3–4 weeks of pregnancy is best to perform organ-preserving operations.

Key words: ectopic pregnancy, organ-preserving surgery, laparoscopy, pregnancy.

Введение

В структуре острых гинекологических заболеваний внематочная беременность (ВБ) занимает первое место. В Российской Федерации в 2007 году отмечено 43 800 случаев внематочной беременности [4].

Повторная ВБ встречается у 7,5–22% женщин. У 36–80% она является фактором, предрасполагающим к развитию вторичного бесплодия [3].

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. Необходима детализация показаний к тому или иному методу лечения с точки зрения будущей репродуктивной функции женщины [2].