

© ДИВАКОВА Т.С., САЧЕК Ю.А., 2005

РОЛЬ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ТРУБНОЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ

ДИВАКОВА Т.С., САЧЕК Ю.А.

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет»,
кафедра акушерства и гинекологии*

Резюме. В статье проведена сравнительная оценка информативности методов диагностики эктопической беременности, результатов лечения 133 пациенток с прогрессирующей трубной беременностью, трубным абортom и разрывом маточной трубы при использовании лапароскопии (88 больных) и лапаротомии (45 больных). Определены условия для эндохирургического вмешательства. Освещены ошибки и осложнения, причины перехода от лапароскопического доступа к традиционному. Приведены пути устранения ошибок и осложнений. Показаны преимущества хирургической лапароскопии перед традиционным вмешательством. Оценена роль использования метотрексата для профилактики персистенции трофобласта при органосохраняющих лапароскопических вмешательствах. Сформулированы показания и противопоказания для органосохраняющего подхода в лечении больных. Обоснована необходимость присутствия в бригаде дежурных врачей квалифицированного хирурга, владеющего методами эндоскопической хирургии.

Ключевые слова: *эктопическая беременность, диагностика, лечение эндохирургическое, лечение традиционное, показания, противопоказания, осложнения.*

Abstract. Comparative analysis of informative methods of ectopic pregnancy diagnosis, results of treating 133 patients with progressive tubal pregnancy, tubal abortion and uterine tube rupture while using laparoscopy (88 patients) and laparotomy (45 patients) is made in this article. The conditions for endosurgical intervention are determined. The mistakes, complications and causes of transition from laparoscopic approach to the traditional one are described in details. Ways of eliminating errors and complications are given. The advantages of surgical laparoscopy over traditional treatment are presented. The role of using methotrexate for trophoblast persistence prophylaxis in organ preservation laparoscopic intervention is shown. Indications and contraindications for organ preserving approach in treating the patients are formulated. The necessity of the presence of a qualified surgeon in the team of doctors on duty, who knows the methods of endoscopic surgery, is explained.

Проблема выбора способа лечения вне-маточной беременности обусловлена распространенностью заболевания и внедрением современных медицинских технологий в хирургическую практику. Рост эктопической беремен-

ности (ЭБ) связан с эпидемией воспалительных заболеваний половых органов, их длительным и рецидивирующим течением [7], с увеличением количества больных, подвергшихся реконструктивным операциям на маточных трубах, с расширением использования вспомогательных репродуктивных технологий при бесплодии [1, 6]. В настоящее время основным методом хирургического лечения пациенток с труб-

Адрес для корреспонденции: 210023, г. Витебск, пр. Фрунзе, 27, Витебский государственный медицинский университет, кафедра акушерства и гинекологии – Дивакова Т.С.

ной беременностью является традиционный – путем лапаротомии. У подавляющего числа больных объем операции заключается в удалении маточной трубы, что не является безразличным для организма женщины. У пациенток, перенесших лапаротомию и одностороннюю тубэктомию по поводу трубной беременности, в 50-75% случаев диагностируют вторичное бесплодие [3], в 42% - нейроэндокринные нарушения [4]. Обоснованием применения малоинвазивной хирургии в лечении больных с ЭБ является стремление минимизировать операционную травму, сохранить органы половой системы, повысить репродуктивный потенциал, снизить материальные затраты на хирургическое лечение и послеоперационную медикаментозную терапию [5]. Однако подходы к эндоскопическому вмешательству при ЭБ не систематизированы. Необходим учет отрицательных моментов вмешательства, так как лапароскопическая хирургия является технически более сложной в сравнении с традиционной, может приводить к развитию серьезных интра- и послеоперационных осложнений, а в ряде случаев нецелесообразна из-за невозможности надежного гемостаза.

Целью исследования явилась оценка возможностей эндохирургического подхода в лечении больных с ЭБ в ургентной гинекологической практике.

Методы

Проведено проспективное и ретроспективное изучение 133 случаев хирургического лечения больных с ЭБ в гинекологических отделениях роддомов №1 и №2, больницы скорой медицинской помощи г. Витебска. Возраст пациенток составил 28,5±5,7 года. Больные были разделены на две группы. Лапароскопию с целью диагностики патологии использовали у всех 133 пациенток. I группу составили 88 (100%) пациенток, подвергшихся хирургической лапароскопии, II – 45 (100%) пациенток, прооперированных путем лапаротомии после установления трубной беременности лапароскопически. Прогрессирующая трубная беременность была выявлена у 37 (42,1±1,69%) пациенток I группы и 15 (33,3±3,24 %) II, трубный аборт – у 49

(55,7±1,7%) и 23 (51,1±3,36%), разрыв трубы – у 2 (2,3±1,19%) и 7 (15,6±2,83%) соответственно.

Из 133 больных по направлениям врачей женских консультаций в стационар поступили 67 (50,4%) больных, коммерческих и государственных диагностических центров – 15 (11,3%), других стационаров – 23 (17,3%), доставлялись бригадами скорой медицинской помощи – 9 (6,8%), обращались самостоятельно – 19 (14,3%). С подозрением на внематочную беременность было направлено 84 (73,7%) больных, по поводу других заболеваний – 30 (26,3%). В удовлетворительном состоянии в стационар поступала 131 (98,5%) пациентка, в состоянии средней тяжести – 1 (0,75%), в тяжелом – 1 (0,75%). Жалобы, патогномичные для ЭБ (боли, кровянистые выделения из половых путей, задержка menses), предъявляли 44 (33,1%) больных. Симптомы внутрибрюшного кровотечения имели место у 34 (25,6%) больных. 62 (46,6%) пациентки не имели детей, 10 (7,5%) из них состояли на диспансерном учете по поводу бесплодия, у 34 (25,6%) – данная ЭБ была первой беременностью, у 14 (10,5%) – второй ЭБ. Искусственное или самопроизвольное прерывание беременности отмечали 90 (67,7%) женщин. На наличие воспалительных заболеваний внутренних половых органов в анамнезе указывали 59 (44,4%) пациенток. Из них у 16 специальными исследованиями подтвержден хламидиоз, уреа-, микоплазмоз, Lues. Оперативные вмешательства на органах нижнего отдела брюшной полости и малого таза имели 53 (39,8%) пациентки. 22 (16,5%) из них были оперированы по поводу ЭБ (лишь у двух оперативное вмешательство было выполнено методом лапароскопии). Оперативные вмешательства на яичниках были у 8 (6,0%). У одной пациентки в связи с перекрутом кисты были удалены придатки. 1 (0,75%) больная перенесла лапароскопическое вмешательство по поводу эндометриоза. Кесарево сечение перенесли 4 (3,0%) пациентки, аппендэктомию – 24 (18,0%). Две и более операций в анамнезе имели 4,5% больных. Нерегулярные menses и дисфункцию яичников отмечали 15 (11,3%) пациенток. Настоящая трубная беременность у 8 (6,0%) боль-

ных наступила на фоне ВМС, у 1 (0,75%) - после стимуляции овуляции клостилбегидом, у 1 (0,75%) - после ЭКО.

Для выявления патологии кроме диагностической лапароскопии при поступлении в стационар у больных использовали клинко-лабораторное обследование, экспресс-тест для качественного определения содержания β -субъединицы хориогонического гонадотропина (ХГ) в моче (55 случаев), исследование уровня ХГ крови (11 случаев), ультразвуковое исследование (УЗИ) органов малого таза (117), кульдоцентез (81), выскабливание матки (43). Хирургическое вмешательство методом лапароскопии выполняли с использованием аппаратуры и набора инструментов фирмы «Karl Storz», «Dufner», «MGB», (Германия). Во всех случаях применяли общий интубационный наркоз на фоне миорелаксантов. Статистическая обработка результатов проведена с использованием программы Excel пакета Microsoft Office XP с определением абсолютных, относительных частот и χ^2 , критерия Стьюдента (при $p < 0,05$ различия считали достоверными).

Результаты и обсуждение

При поступлении в стационар подозрение на ЭБ было установлено у 81,8% больных I группы и 71,4% II. У остальных пациенток ЭБ «имитировала» другую патологию. Диагноз дисфункционального маточного кровотечения был выставлен у 6,8% пациенток I группы и 4,4% II, острый воспалительный процесс внутренних половых органов – 6,8% и 8,9%, самопроизвольный выкидыш – 4,5% и 11,1% соответственно.

При использовании экспресс-теста на наличие β -субъединицы ХГ в моче положительный результат наблюдали у 72,9 % (27) пациенток I группы и 72,2% (13) – II, уровень β -субъединицы ХГ в крови колебался от 75 до 8900 МЕ/л. При УЗИ органов малого таза признаки, характерные для ЭБ (отсутствие плодного яйца в полости матки в сочетании с наличием свободной жидкости в малом тазу и/или образованием неоднородной экоструктуры в проекции придатков матки), выявили у 79,5% (62) больных I группы и 69,2% (27) – II.

Пункция брюшной полости через задний свод влагалища оказалась положительной у 41,5% (22) и 21,4% (6) больных соответственно. По данным гистологического исследования соскоба матки гравидарный эндометрий выявлен у 39,3% (11) больных I группы и 60,0% (9) – II-ой. До оперативного вмешательства и установления точного диагноза ЭБ у пациенток, поступивших в стационар с клиникой ЭБ, потребовалось 0,04±0,01 дня, со стертой клиникой – 2,3±0,9 дня ($p < 0,05$), у пациенток, поступивших в стационар с другой патологией – 4,3±1,8 дня ($p < 0,05$).

Эндоскопическая картина трубной беременности была идентична в обеих группах и характеризовалась при ее прогрессировании локальным утолщением синюшно-розового цвета одного из отделов маточной трубы, отсутствием или скудным количеством крови за маткой. При трубном аборте в брюшной полости определяли жидкую темную кровь со сгустками, на большом сальнике и петлях кишечника – мелкие сгустки или следы крови, маточная труба в одном из отделов утолщена, синюшно-багрового цвета, из ее брюшного отверстия истекала темная кровь или свисали сгустки. При полном трубном аборте не всегда представлялась возможность обнаружить плодное яйцо, так как пропитанное кровью оно подобно сгустку. Разрыв маточной трубы сопровождался значительным внутрибрюшным кровотечением, иногда с образованием перитубарной гематомы. При этом в стенке трубы, в области ее патологического утолщения определяли отверстие неправильной формы с неровными краями. По нашим наблюдениям, в 6 из 9 случаев дефект маточной трубы не сопровождался обильным кровотечением (менее 200 мл), так как прорастание стенки трубы трофобластом происходило в безсосудистой зоне, либо просвет разрыва тромбировался элементами плодного яйца. Косвенными признаками трубной беременности явились расширение сосудистой сети широкой связки матки, брыжейки трубы и яичника на пораженной стороне. При ЭБ имело место увеличение размеров матки, а также синюшность ее серозного покрова. Локализация плодного яйца

в ампулярном отделе маточной трубы имела место у 66 (77,6%) больных I группы и у 28 (62,2%) - II, в истмическом – у 20 (23,5%) и 11 (24,4%), в интерстициальном – у 2 (2,3%) и 5 (11,1%) соответственно. Во время диагностической лапароскопии трубная беременность не была диагностирована у 2 из 133-х пациенток. Выраженный спаечный процесс не позволил тщательно осмотреть органы малого таза, однако были четко выявлены признаки внутрибрюшного кровотечения. При лапаротомии диагноз нарушенной ЭБ был подтвержден. В обеих группах статистически различались больные с разрывом трубы, в то время как с прогрессирующей трубной беременностью и трубным абортom не различались. Кроме признаков трубной беременности во время лапароскопии спаечный процесс I-II степени в малом тазу выявили у 39 (44,3%) пациенток I группы и у 15 (33,3%) II, III-IV степени - у 6 (6,8%) и 13 (28,8%) соответственно. Спайки в области послеоперационного рубца от предшествующих операций были у 9 (20,0%) больных I группы и 7 (15,6%) - II, перигепатит – у 8 (9,1%) и 3 (6,7%), киста яичника - у 18 (20,5%) и 7 (15,5%), миома матки - у 3 (3,4%) и 2 (4,4%) больных соответственно. В 1 (2,2%) случае у пациентки II группы выявлена киста яичника, в 1 (1,1%) - у пациентки I группы - пареооариальная киста, в 1 (1,1%) - в этой же группе - гемангиома печени. Нагноившаяся перитубарная гематома имела место у 1 (2,2%) больной II группы.

Вид лапароскопического вмешательства у пациенток I группы заключался в 69 (78,4%) случаях в удалении маточной трубы, в 19 (21,6%) - в удалении плодного яйца. Из 19 органосохраняющих операций в 14 случаях произвели сальпинготомию, в 5 – удаление плодного яйца методом выдавливания или аспирации ирригационной трубкой (табл. 1). Освобождение просвета труб от сгустков крови достигалось ретроградной гидротубацией на завершающем этапе операции. Для профилактики персистенции хориона 2 пациенткам в ложе плодного яйца после его удаления под контролем лапароскопа введено 25 мг метотрексата, 6 - 50 мг метотрексата внутримышечно. Для про-

филактики спаечного процесса и оптимизации восстановления функции маточных труб после завершения хирургического этапа у 23 (26,1%) больных создавали медикаментозный асцит физиологическим раствором (0,9% NaCl) с пентоксифиллином, овоминном или актовегином. У 13 (14,8%) больных производили дренирование брюшной полости.

Во II группе причиной перехода на традиционную лапаротомию после диагностической лапароскопии явились в 8 (17,8%) случаях - выраженный спаечный процесс в брюшной полости и малом тазу, в 4 (8,9%) – расположение плодного яйца в интерстициальном отделе маточной трубы, в 1 (2,2%) - кровотечение (гемоперитонеум > 2-х литров), в 1 (2,2%) – большие размеры плодного яйца (в диаметре около 10 см с перитубарной гематомой). В 1 (2,2%) случае на фоне выраженного спаечного процесса при попытке разделения сращений между придатками матки и кишечником была травмирована стенка тонкой кишки. В другом (2,2%) случае - при попытке хирургического вмешательства по поводу прогрессирующей трубной беременности в интерстициальном отделе трубы возникло кровотечение, остановить которое эндоскопическим способом не удалось. В остальных 29 (64,4%) случаях причиной перехода на лапаротомию явилось отсутствие в операционной бригаде врача, владеющего техникой малоинвазивных гинекологических операций. У 27 (60,0%) пациенток была выполнена нижнесрединная лапаротомия, у 18 (40,0%) – надлобковая. Всем больным II группы произведено удаление маточной трубы (табл. 1).

Продолжительность эндоскопических операций в среднем составила при сальпингоэктомии и сальпинготомии с последующим удалением плодного яйца 55,1±3,9 минут, при удалении плодного яйца методом выдавливания или аспирации ирригационной трубкой – 39,0±3,7 минут ($p<0,05$). Продолжительность операций методом лапаротомии во II группе составила 55,8±6,3 минут ($p>0,05$). Общий объем кровопотери при лапароскопии в среднем составил 68,9±10,6 мл, при лапаротомии

Таблица 1

**Лечебно-диагностические вмешательства, выполненные интраоперационно
у больных с трубной беременностью**

Вид вмешательства	Пациентки, прооперированные методом лапароскопии 88 (100%)	Пациентки, прооперированные методом лапаротомии 45 (100%)
Удаление трубы	69 (78,41±1,52%)*, p<0,001	45 (100%)
Удаление плодного яйца	19 (21,59±1,52%)*, p<0,001	0 (0%)
Введение метотрексата в ложе плодного яйца	2 (2,27±1,19%), p<0,3	0 (0%)
Иссечение трубного маточного угла	0 (0%)*, p<0,002	5 (11,11±2,69%)
Удаление 2-ой трубы	0 (0%)*, p<0,01	3 (6,67±2,52%)
Удаление придатков на пораженной стороне	0 (0%), p<0,2	1 (2,22±0,34%)
Удаление паро-овариальной кисты	1 (1,14±0,16%), p<0,5	0 (0%)
Манипуляции на яичниках (удаление кисты, резекция)	11 (12,50±1,38%), p<0,8	5 (11,11±2,69%)
Удаление кисты яичника	0 (0%), p<0,2	1 (2,22±0,34%)
Стерилизация	9 (10,23±1,34%), p<0,8	4 (8,89±2,61%)
Пластика 2-ой трубы	8 (9,09±1,32%), p<0,3	2 (4,44±1,43%)
Разъединение спаек	29 (32,96±1,63%)*, p<0,02	25 (55,56±3,35%)
Коагуляция очагов эндометриоза	1 (1,14±0,16%), p<0,5	0 (0%)
Биопсия печени	1 (1,14±0,16%), p<0,5	0 (0%)
Удаление субсерозного узла миомы	0 (0%)*, p<0,05	2 (4,44±1,43%)
Резекция сальника	0 (0%), p<0,2	1 (2,22±0,34%)
Ушивание тонкой кишки	0 (0%), p<0,2	1 (2,22±0,34%)
Аутогемотрансфузия	0 (0%)*, p<0,05	2 (4,44±1,43%)

Примечание: * - статистически достоверно по сравнению со II группой.

– 202,8±90,2 мл (p<0,05). В послеоперационном периоде 13,6% (12) больным I группы и 6,7% (3) II антибактериальные средства не назначали вообще. 6 и 2 пациенткам соответствующих групп антибиотик использовали по короткой схеме: 1-ое введение интраоперационно внутривенно, два последующих – через 8 часов и 16 часов внутримышечно. По традиционной схеме (5-7 дней) один антибиотик назначали 53,4% (47) пациенткам I группы и 24,4% (11) II, два – 23,9% (21) и 57,8% (26), три – 9,1% (8) и 11,1% (5) соответственно. В качестве обезболивания наркотические анальгетики использовали у 14,8% (13) больных I группы и 64,4% (29) – II, только внутримышечное

введение анальгина у 78,4% (69) и 13,3% (6) соответственно. Инфузионную терапию в течение 1-2 суток после лапароскопии проводили лишь у 17,0% (15) пациенток, после лапаротомии – у 77,8% (35). Послеоперационный койко-день в I группе составил 5,6±0,3 дня, во II-ой – 8,5±0,4 дня.

Послеоперационный период у 87 (98,8%) пациенток I группы и 43 (95,6%) II прошел без особенностей. У 1 (1,1%) больной из I группы после эндоскопической туботомии и удаления плодного яйца на 2-е сутки после операции развилась клиника пельвиоперитонита. В связи с подозрением на травму внутренних органов произведена лапаротомия. При ревизии

органов брюшной полости выявлено: серозный выпот в количестве 400 мл, расширенные сосуды тазовой брюшины, гиперемия и отек оперированной маточной трубы с налетом фибрина. Труба была удалена, произведен лаваж и дренирование брюшной полости. Антибактериальная терапия назначена с учетом обострения скрытой урогенитальной инфекции (сочетание хламидиоза и уреаплазмоза). Одна пациентка из I группы, которой было выполнено органосохраняющее вмешательство без медикаментозной профилактики персистенции трофобласта, поступила в стационар повторно через 3 недели с симптомами внутрибрюшного кровотечения и наличием объемного образования в малом тазу по данным УЗИ. В связи с наличием внутрибрюшного кровотечения больной произведена лапаротомия. При ревизии органов брюшной полости обнаружено около 200 мл темной крови и сгустков в прямокишечно-маточном кармане, в области оперированной трубы - рыхлые спайки, перитубарная гематома, труба утолщена в истмическом отделе до 3,0-3,5 см, синюшно-багрового цвета, с наличием дефекта стенки неправильной формы длиной 2,0 см и выступающими в просвет ворсинками хориона. Произведено удаление трубы, лаваж и дренирование брюшной полости. Во II группе осложнения наблюдали в 2 случаях в виде частичного расхождения послеоперационного шва и нагноения гематомы малого таза. Материальные затраты на ведение больных в послеоперационном периоде после лапароскопии составили 84,9±5,1 у.е., после лапаротомии - 128,9±6,8 у.е. ($p<0,05$).

Таким образом, проведенное исследование свидетельствует об имеющихся сложностях в диагностике ЭБ. В большинстве наблюдений (74,4%) патогномичные клинические признаки ЭБ отсутствовали, течение заболевания характеризовалось как «стертое». Этот факт обусловил значительные трудности в дифференциальной диагностике ЭБ с другими патологическими состояниями и явился причиной ряда диагностических ошибок (на догоспитальном этапе - 26,3% случаев, в стационаре - 21,8%). Сомнительные случаи ЭБ

требовали дополнительных методов диагностики. Так, информативность УЗИ составила 76,1%, определения ХГ в моче - 72,7%, кульдоцентеза - 34,6%, гистологического исследования соскоба матки - 46,5%. Лапароскопия оказалась наиболее информативной (98,5%) в диагностике ЭБ, позволила одновременно осуществить хирургическое лечение и коррекцию сопутствующей патологии органов малого таза (51,1% случаев). У подавляющего большинства пациенток в ходе лапароскопической операции (78,4%), так же, как и при лапаротомии (100%), было выполнено радикальное вмешательство - удаление маточной трубы, тогда как объективная ситуация позволяла выполнить органосохраняющие операции не менее, чем в половине случаев. Только в каждом 5-м случае при эндохирургическом лечении было выполнено органосохраняющее вмешательство (удаление плодного яйца) с использованием местного или системного введения метотрексата (42,1%) для профилактики персистенции хориона. Причинами удаления трубы при лапароскопии оказались: 1) выраженные анатомические изменения маточной трубы (большой дефект, перитубарная гематома); 2) признаки сопутствующего воспаления в малом тазу: мутный выпот, расширенные сосуды брюшины малого таза, нагноение пораженной трубы или перитубарной гематомы; 3) выраженный спаечный процесс; 4) кровотечение с невозможностью осуществить адекватный гемостаз; 5) незаинтересованность пациентки в сохранении репродуктивной функции; 6) отсутствие у врачей опыта выполнения органосохраняющих эндоскопических операций при трубной беременности, а также неуверенность в благоприятном исходе. Ошибки, допущенные в ходе лапароскопии и приведшие к чревосечению, связаны с недооценкой ситуации и самоуверенностью хирурга. Осложнения при эндохирургическом лечении наблюдали в 2 раза реже, чем при традиционном. Использование метотрексата для профилактики персистенции хориона при удалении плодного яйца позволяет расширить показания к сохранению органов репродуктивной системы.

Выводы

1. Стертое клиническое течение ЭБ, значительный процент диагностических ошибок, высокая информативность лапароскопии в диагностике ЭБ, возможность одномоментного эндохирургического вмешательства и коррекции сопутствующей патологии органов малого таза обуславливают необходимость более широкого использования лапароскопии в лечении больных с ЭБ. Эндохирургическое лечение имеет также ряд преимуществ перед традиционным: минимальная хирургическая травма, косметический эффект, меньшая кровопотеря и длительность операции, более быстрое восстановление трудоспособности, экономическая целесообразность.

2. Условиями для проведения лапароскопических операций при ЭБ является стабильное состояние больной, наличие эндоскопического оборудования, присутствие в бригаде дежурных врачей квалифицированного хирурга, владеющего методом лапароскопии.

3. Показаниями для лапароскопических органосохраняющих операций при трубной беременности являются: заинтересованность пациентки в сохранении репродуктивной функции, бесплодие, беременность в единственной трубе, неполноценность второй трубы. Противопоказаниями являются: выраженные деструктивные изменения маточной трубы, беременность в ранее оперированной трубе,

продолжающееся кровотечение после сальпинготомии, локализация плодного яйца в интерстициальном отделе маточной трубы, большие размеры плодного яйца (более 6-8 см в диаметре), выраженный спаечный процесс.

Литература

1. Литвинов В.В., Хомуленко И.А., Лившиц И.В. Опыт лапароскопического лечения эктопической беременности. Проблемы репродукции – 2000. - №2. – с. 23.
2. Гинекология по Эмилю Новаку / Пер. с англ. Под ред Дж. Берека, И. Адаши, П. Хиллард. – М. Практика, 2002. – с. 314.
3. Востриков В.В. Комментарий эксперта к статье Горбачевой Т.И. «Современные проблемы диагностики и лечения внематочной беременности» AW, 11, 2002 <http://www.helmi.ru/aw/articles/al3a.htm>.
4. Безнощенко Г.Б. Проблема оперированного органа в гинекологии// Российский вестник акушера-гинеколога - 2003. –Т.3 - №2. – с. 33.
5. Дивакова Т.С., Сачек Ю.А. Эктопическая беременность (этиология, диагностика, современные представления о хирургическом и медикаментозном лечении)// Вестник Витебского государственного медицинского университета - Т 3. - №2. – с. 8.
6. Сачек Ю.А. Современные представления об этиологии и патогенезе эктопической беременности// Тезисы докладов II Международной научно-практической конференции «Студенческая медицинская наука XXI века» Витебск, 2002. – с. 115-116.
7. Ankum W.M., Mol B.W., Van der V.F., Bossuyt P.M. Risk factors for ectopic pregnancy ameta-analysis Fertil Steril – 1996.-№ 65(6). – P.1093-1099.

Поступила 21.04.2005 г.

Принята в печать 23.06.2005 г.