

Клинические лекции

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2019

Гадаева И.В., Хохлова И.Д., Джибладзе Т.А.

ВНЕМАТОЧНАЯ (ЭКТОПИЧЕСКАЯ) БЕРЕМЕННОСТЬ

ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» (Сеченовский университет) Минздрава России, 119991, г. Москва, Россия

Для корреспонденции: Гадаева Ирина Викторовна, канд. мед. наук, доцент каф. акушерства и гинекологии № 1 Института клинической медицины им. Н.В. Склифосовского ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» (Сеченовский университет) Минздрава России, 119991, г. Москва, e-mail: irina090765@gmail.com

Внематочная беременность — наиболее частая причина неотложных состояний в гинекологии. Основные клинические проявления внематочной беременности: на фоне признаков беременности отмечается нарушение менструального цикла, задержка менструации, мажущие кровянистые выделения (наиболее классическая клиническая картина), болевой синдром (с иррадиацией и без иррадиации в прямую кишку, бедро) различной интенсивности (в зависимости от варианта внематочной беременности), признаки внутрибрюшного кровотечения. Залогом успешного лечения служит своевременная диагностика и квалифицированная адекватная медицинская помощь. К основным лабораторно-инструментальным методам диагностики внематочной беременности относятся определение β -субъединицы хорионического гонадотропина человека (ХГЧ) в сыворотке крови (точность диагностики 85%) и ультразвуковое исследование (точность диагностики 78–100%). Лечение эктопической беременности хирургическое, преимущество отдается лапароскопическому доступу. Лапаротомический доступ показан при выраженном спаечном процессе, геморрагическом шоке, вызванном значительным внутрибрюшным кровотечением. Объем хирургического вмешательства при трубной беременности — тубэктомия. Туботомия (сохранение маточной трубы) является нерациональной, поскольку оперированная маточная труба может быть причиной рецидива трубной беременности.

Ключевые слова: внематочная беременность; хорионический гонадотропин человеческий; ультразвуковое исследование; тубэктомия; маршрутизация.

Для цитирования: Гадаева И.В., Хохлова И.Д., Джибладзе Т.А. Внематочная (эктопическая) беременность. *Архив акушерства и гинекологии им. В.Ф. Снегирёва*. 2020; 7(1): 4-9. DOI <http://dx.doi.org/10.18821/2313-8726-2020-7-1-4-9>

Gadayeva I.V., Khokhlova I.D., Dzhibladze T.A.

ECTOPIC PREGNANCY

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), 119991, Moscow, Russian Federation

Ectopic pregnancy is the most common cause of emergency conditions in gynecology. The main clinical manifestations of ectopic pregnancy, in the background of signs of pregnancy, are the menstrual irregularities, delayed menstruation, spotting (the most classic clinical picture), pain syndrome (with and without irradiation to the rectum, thigh) of varying intensity (depending on the type of the ectopic pregnancy), signs of intra-abdominal bleeding. The key to successful treatment is timely diagnosis and qualified, adequate medical care. The main laboratory and instrumental methods for diagnosing the ectopic pregnancy are the determination of the β -subunit of hCG in blood serum (diagnostic accuracy of 85%) and ultrasound (diagnostic accuracy of 78–100%). The treatment of ectopic pregnancy is surgical, the laparoscopic access is preferred. Laparotomy access is indicated for severe adhesions, hemorrhagic shock caused by significant intraperitoneal bleeding. The surgical intervention during tubal pregnancy is tubectomy. Tubotomy (retention of the fallopian tube) is irrational, since the operated fallopian tube causes a recurrence of tubal pregnancy.

Keyword: ectopic pregnancy; human chorionic gonadotropin; ultrasound procedure; tubectomy; routing.

For citation: Gadayeva I.V., Khokhlova I.D., Dzhibladze T.A. Ectopic pregnancy. *V.F. Snegirev Archives of Obstetrics and Gynecology, Russian journal*. 2020; 7(1): 4-9. (in Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/2313-8726-2020-7-1-4-9>

For correspondence: Irina V. Gadayeva, cand. medical sciences, associate professor, Department of Obstetrics and Gynecology No. 1, Institute of Clinical Medicine named after N.V. Sklifosovsky, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), 119991, Moscow, Russian Federation, e-mail: irina090765@gmail.com

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Acknowledgment. The study had no sponsorship.

Received 27.01.2020

Accepted 07.02.2020

Эктопическая (внематочная) беременность — имплантация плодного яйца (бластоцисты) вне полости матки.

Эпидемиология. За последние десятилетия не прослеживается тенденция снижения частоты эктопической беременности. В то же время материнская смерт-

ность от внематочной беременности в России имеет тенденцию к увеличению, так, в 2015 г. она составила 3,6%, в сравнении с 1% в 2014 г., то есть прирост составил 2,6%. Ранняя диагностика и своевременное оказание медицинской (хирургической) помощи снижает показатель материнской смертности.

Этиологические факторы, приводящие к развитию эктопической (внематочной) беременности, в настоящее время носят спорный характер, поскольку причины остаются неуточнёнными. Основу механизма формирования эктопической беременности составляют многие патологические процессы, нарушающие прежде всего транспортировку бласты (оплодотворённой яйцеклетки) по маточной трубе, и/или изменение свойств самого плодного яйца. При отсутствии факторов риска затрудняется установление истинной причины внематочной беременности.

Причины увеличения частоты эктопической (внематочной) беременности: рост числа воспалительных заболеваний внутренних половых органов, что приводит к рубцово-спаечным изменениям маточных труб; увеличение числа хирургических вмешательств на маточных трубах (реконструктивно-пластические операции на маточных трубах), также приводящих к рубцово-спаечным изменениям маточных труб; инактивация (стерилизация) маточных труб; использование внутриматочной и гормональной контрацепции; внедрение вспомогательных репродуктивных технологий (программ экстракорпорального оплодотворения — ЭКО и подсадки эмбриона — ПЭ); антенатальное воздействие диэтилstilбэстрола; эндометриоз, дивертикулёз маточных труб (относятся к спорным причинам); эндокринные заболевания, сопровождающиеся нарушением в системе гипоталамус-гипофиз-яичники-матка и других органов-мишеней, что может привести к задержке овуляции, трансмиграции ооцита и т. д.; генитальный инфантилизм, врождённые аномалии матки; длительное использование внутриматочной контрацепции (ВМК); повышенная биологическая активность бластоцисты; к спорным причинам (но мы рассматриваем их как факторы риска) можно отнести качество спермы, аномалии уровня простагландинов в сперме. Нельзя исключать и хромосомные нарушения. В основе **патогенеза** внематочной беременности лежит нарушение физиологического транспорта оплодотворённой яйцеклетки и имплантация бластоцисты вне полости матки.

Классификация эктопической (внематочной) беременности (МКБ-10)

О 00.0 Абдоминальная (брюшная) беременность.

О 00.1 Трубная беременность:

- 1) беременность в маточной трубе;
- 2) разрыв маточной трубы вследствие беременности;
- 3) трубный аборт.

О 00.2 Яичниковая беременность.

О 00.8 Другие формы внематочной беременности:

- 1) шеечная;
- 2) в роге матки;
- 3) интралигаментарная;
- 4) стеночная.

О 00.9 Внематочная беременность неуточнённая.

Осложнённые формы эктопической беременности (МКБ-10):

О 08.0 Инфекция половых путей и тазовых органов, вызванная абортom, внематочной и молярной беременностью.

О 08.1 Длительное или массивное кровотечение, вызванное абортom, внематочной и молярной беременностью.

О 08.2 Эмболия, вызванная абортom, внематочной и молярной беременностью.

О 08.3 Шок, вызванный абортom, внематочной и молярной беременностью.

О 08.4 Почечная недостаточность, вызванная абортom, внематочной и молярной беременностью.

О 08.5 Нарушения обмена веществ, вызванные абортom, внематочной и молярной беременностью.

О 08.6 Повреждения тазовых органов и тканей, вызванные абортom, внематочной и молярной беременностью.

О 08.7 Другие венозные осложнения, вызванные абортom, внематочной и молярной беременностью.

О 08.8 Другие осложнения, вызванные абортom, внематочной и молярной беременностью.

О 08.9 Осложнение, вызванное абортom, внематочной и молярной беременностью, неуточнённое.

В процентном соотношении на трубную беременность приходится 93–98% (ампулярная — 50%, истмическая — 20%, интерстициальная — 10%); яичниковую — 0,1–0,7%; брюшную — 0,3–0,4%; беременность рудиментарного рога матки — 0,1–0,9%; интралигаментарную — 0,1%; шеечную — 0,1–0,4%; комбинированную — 1 случай на 30 000 беременностей; неуточнённую. Беременность в послеоперационном рубце после кесарева сечения встречается редко, в процентном отношении частота пока не определена.

Частота внематочной эктопической беременности достигает 5,0–8,3% от числа всех внематочных беременностей, а течение характеризуется массивным кровотечением, нередко с фатальным исходом.

Беременность неизвестной локализации — состояние, при котором уровень β -ХГЧ составляет не менее 1000 МЕ/л, а плодное яйцо в матке и вне её полости при трансвагинальном ультразвуковом исследовании (УЗИ) не визуализируется (пациенткам показаны трансвагинальное УЗИ и контроль сывороточного β -ХГЧ через 48–72 ч).

ВВ! При беременности неизвестной локализации должна быть высокая настороженность в отношении внематочной беременности!

Клиническая классификация внематочной беременности по течению:

- прогрессирующая;
- прервавшаяся: трубный аборт; разрыв маточной трубы;
- замершая (регрессирующая).

По наличию осложнений:

- осложнённая;
- неосложнённая.

Клинические проявления эктопической беременности

1. Наличие признаков беременности:
 - задержка менструации на 1–4 нед (73%);
 - нагрубание молочных желёз;
 - изменение вкусовых, обонятельных и других ощущений.
2. Нарушение менструального цикла (появление кровянистых выделений из половых путей) — 49%:
 - после задержки менструации;
 - с началом очередной менструации;
 - до наступления ожидаемой менструации.
3. Болевой синдром — 68%:
 - схваткообразные или постоянные боли в нижних отделах живота;
 - внезапная интенсивная боль в нижней части живота;
 - иррадиация болей в прямую кишку, область промежности, поясницу.
4. Признаки внутрибрюшного кровотечения:
 - слабость, головокружение, бледность кожных покровов и видимых слизистых;
 - холодный пот, тахикардия, снижение АД, коллапс;
 - притупление перкуторного звука в отлогих отделах живота;
 - перитонеальные симптомы различной степени выраженности;
 - снижение показателей гемоглобина, содержания эритроцитов (при исследовании крови).

Клиника «острого живота» (выраженные боли внизу живота на фоне нарушений менструального цикла — задержки менструации), мажущие кровянистые выделения — наиболее классическая клиническая картина, характерная для прервавшейся внематочной беременности.

Варианты клинического течения трубной беременности:

- прогрессирующая трубная беременность;
- прервавшаяся трубная беременность по типу трубного аборта;
- прервавшаяся трубная беременность по типу разрыва маточной трубы.

Шеечная беременность — крайне редкая локализация эктопической беременности, представляющая значительную опасность для жизни женщины.

Основными симптомами шеечной беременности является кровотечение из половых путей при отсутствии болевого синдрома. Выраженность наружного кровотечения варьирует от периодических скудных выделений до профузного кровотечения.

Прогрессирующая шеечная беременность может быть заподозрена при проведении гинекологического исследования:

- шейка матки гипертрофирована, цианотична, эксцентрическое расположение наружного маточного зева;

- слизисто-кровянистые выделения;
- укорочение, сглаживание и размягчение шейки матки в виде мягковатого опухолеподобного образования;
- тело матки пальпируется как плотный узел, расположенный над плодовместищем. При нарушенной шеечной беременности тяжесть состояния больной соответствует объёму кровопотери.

Диагностика эктопической беременности

Гинекологическое обследование: несоответствие размеров матки сроку предполагаемой беременности; одностороннее увеличение и болезненность придатков матки (почти до 50% случаев); резкая болезненность заднего свода влагалища — «крик Дугласа»; болезненность при тракциях за шейку матки; чрезмерная подвижность матки — симптом «плавающей матки».

Основные лабораторно-инструментальные методы диагностики внематочной беременности: определение β -субъединицы ХГЧ в сыворотке крови (точность диагностики 85%); ультразвуковое исследование (точность диагностики 78—100%).

Важно! β -ХГЧ сыворотки крови является единственным биохимическим маркером для диагностики внематочной беременности.

Проводится количественная оценка динамики уровня β -ХГЧ. В норме прирост β -ХГЧ каждые 48 ч при маточной беременности составляет более 50% (в среднем 63–66%). При внематочной прогрессирующей беременности отмечается прирост β -ХГЧ в сыворотке крови около 17%. Снижение или малый прирост β -ХГЧ (диагностически незначимый, ниже 53%) в сочетании с отсутствием беременности в полости матки по данным УЗИ свидетельствует о внематочной беременности. Недостаточный прирост β -ХГЧ может иметь место и при неразвивающейся маточной беременности. Уровень β -ХГЧ имеет ограниченное значение в диагностике гестотопической беременности (сочетание маточной и внематочной беременности).

УЗ-признаки внематочной беременности: отсутствие плодного яйца в полости матки; увеличение придатков матки или скопление жидкости позади матки; признаки гравидарной гиперплазии эндометрия (обнаружение эктопически расположенного эмбриона является важным, но редким диагностическим признаком). Трансвагинальное УЗИ служит методом выбора для диагностики трубной внематочной беременности (уровень доказательности В). Трубная беременность должна быть диагностирована, если в области придатков визуализируется объёмное образование, которое сдвигается отдельно от яичника (уровень доказательности D).

УЗ-критерии для диагностики шеечной внематочной беременности: пустая матка, бочкообразная шейка матки, плодное яйцо ниже уровня внутреннего зева шейки матки, при УЗИ с цветным доплеровским картированием — отсутствие кровотока вокруг плодного мешка (уровень доказательности D).

УЗ-критерии для диагностики беременности в рудиментарном роге матки: в полости матки визуализируется одна интерстициальная часть маточной трубы; плодное яйцо подвижно, отделено от матки и полностью окружено миометрием; к плодному яйцу, расположенному в роге матки, примыкает сосудистая ножка (уровень доказательности D).

УЗ-критерии для диагностики интерстициальной беременности: пустая полость матки, плодное яйцо располагается снаружи в интерстициальной (интрамуральной) части трубы и окружено миометрием толщиной менее 5 мм. Во избежание ошибок (ранняя беременность или имплантация в боковые углы полости матки) результаты УЗИ в двух измерениях, по возможности, следует дополнить трёхмерным УЗИ. В диагностике интерстициальной беременности может быть полезна магнитно-резонансная томография (МРТ) (уровень доказательности D).

УЗИ является основным методом диагностики брюшной беременности (трансабдоминальное) и беременности в рубце после кесарева сечения (трансвагинальное, если потребуется — трансабдоминальное).

МРТ может быть использована в качестве 2-й линии диагностики, если диагноз при УЗИ неоднозначен и врач имеет опыт такой диагностики (уровень доказательности D). При гетеротопической беременности имеются УЗ-признаки как маточной, так и эктопической беременности (уровень доказательности B).

Для диагностики яичниковой беременности специфических УЗ-критериев нет (уровень доказательности D).

Результаты эхографического исследования необходимо рассматривать только в совокупности с клиническими проявлениями и определением уровня β -ХГЧ в крови (исследование в динамике) и использовать в качестве вспомогательного метода диагностики. Информативность сочетанного применения ультразвукового и гормонального методов диагностики при подозрении на внематочную беременность составляет 98%.

Диагностическая лапароскопия (точность диагностики 97–100%) значительно расширяет возможности диагностики внематочной беременности. Точность выявления эктопической беременности с применением лапароскопии соответствует 97–100%. Лапароскопия одновременно является методом хирургического лечения.

Дополнительные лабораторно-инструментальные методы диагностики эктопической (внематочной) беременности: трансвагинальная пункция брюшной полости, наличие в пунктате жидкой крови (в настоящее время практически не применяется); гистологическое исследование соскоба эндометрия — отсутствие в соскобе элементов плодного яйца, наличие в соскобе децидуальной ткани с феноменом Ариас–Стеллы (гиперхромные клетки в эндометрии).

Дифференциальный диагноз эктопической (внематочной) беременности проводится со следующими

заболеваниями: самопроизвольный аборт (в ходу и неполный); апоплексия яичника; острые воспалительные заболевания придатков матки; перекрут придатков матки; некроз узла миомы матки; острый аппендицит; почечная колика; острый панкреатит.

Маршрутизация при подозрении на внематочную (эктопическую) беременность (согласно клиническим рекомендациям 2017 г.):

1. Все пациентки с диагнозом «подозрение на внематочную беременность (ВБ)» должны быть госпитализированы бригадой скорой помощи. Не допускается самостоятельная транспортировка.

2. Пациенток с диагнозом ВБ госпитализирует в гинекологическое отделение бригада скорой помощи. При наличии геморрагического шока во время транспортировки медицинский персонал стационара о поступлении больной должен быть уведомлен заранее.

3. При тяжёлом состоянии больной, обусловленном геморрагическим шоком, пациентка должна быть госпитализирована в ближайшее хирургическое отделение.

4. Пациентка с любой формой прогрессирующей внематочной ВБ должна быть госпитализирована в стационар 3-й группы бригадой скорой помощи.

5. При поступлении в стационар при наличии геморрагического шока пациентка должна быть транспортирована в оперблок.

6. При подозрении на ВБ шеечной локализации осмотр на кресле проводится в условиях развернутой операционной (на доклиническом этапе и в приёмном отделении не проводится).

7. При поступлении в стационар проводят обязательный алгоритм обследования в экстренном порядке согласно приказу Минздрава России от 1 ноября 2012 г. № 572 н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)».

Лечение эктопической (внематочной) беременности

При эктопической беременности в настоящее время показано только хирургическое лечение. Наиболее оправданным объёмом при трубной беременности является удаление поражённой маточной трубы (тубэктомия). Тубэктомия — это радикальная операция при трубной беременности. Показания: нарушенная трубная беременность; повторная трубная беременность; прогрессирующая трубная беременность при уровне β -ХГЧ более 3000–5000 МЕ/л.

В настоящее время круг показаний к органосохраняющим операциям на маточных трубах (линейная сальпинготомия, резекция маточной трубы, выдавливание плодного яйца из фимбриального отдела маточной трубы) значительно сузился. Это связано с функциональной несостоятельностью оперированной маточной трубы; возрастанием частоты ЭБ той же локализации; с профилактикой эктопической беременности в программе ЭКО.

Условия для туботомии: отсутствие разрыва стенки плодместилища; отсутствие признаков геморрагического шока; при отсутствии вышесказанного и настойчивом желании пациентки сохранить репродуктивный орган (письменное согласие). При этом пациентка должна быть предупреждена о рисках: внутрибрюшное кровотечение в послеоперационном периоде; повторное оперативное вмешательство и выполнение адекватного объёма — сальпингэктомии; возможна «устойчивость» трофобласта, то есть отсутствие снижения β -ХГЧ (уровень выше 3000 МЕ/л) после проведённой органосохраняющей операции и наличие активного кровотока в маточной трубе, что ведёт к необходимости контроля за уровнем ХГЧ и повторного хирургического вмешательства — тубэктомии, а также риск повторной трубной беременности в оперированной маточной трубе.

Хирургическое лечение эктопической беременности осуществляется лапароскопическим или лапаротомным доступом.

Выбор хирургического доступа зависит от следующих условий: клинической картины заболевания; размеров и локализации плодного яйца; объёма внутрибрюшного кровотечения; наличия и выраженности спаечного процесса в брюшной полости; квалификации хирурга и оснащённости стационара; заинтересованности пациентки в сохранении репродуктивной функции.

Показаниями к лапаротомии являются: массивное внутрибрюшное кровотечение; геморрагический шок; выраженный спаечный процесс в брюшной полости; беременность рудиментарного рога матки; интерстициальная беременность; шеечная беременность.

Методом выбора является лапароскопия, которая обладает неоспоримым преимуществом в сравнении с чревосечением: малый разрез, меньшая продолжительность операции и травматизации, сокращение сроков пребывания в стационаре, ранняя физическая и социальная реабилитация.

Хирургическое лечение *шеечной беременности* заслуживает особого внимания. При прервавшейся шеечной беременности (кровотечение) методом выбора является чревосечение, экстирпация (тотальная гистерэктомия) матки; при диагностированной прогрессирующей шеечной беременности возможно выполнение органосохраняющего хирургического лечения (необходима высокая квалификация хирурга): лапароскопия, вскрытие параметриев с обеих сторон для мобилизации внутренних подвздошных артерий с обеих сторон, временное их клеммирование, одномоментное инструментальное удаление плодного яйца из шейки матки, выскабливание эндометрия, цервикогистероскопический контроль, баллонный гемостаз, при отсутствии в течение 10—15 мин кровотечения удаляют временные клеммы с внутренних подвздошных артерий. Как правило, через 6—8 ч баллон из цервикального канала удаляют, выполняют контрольное УЗИ, при отсутствии кровотечения пациентку выписывают из стационара.

При яичниковой локализации беременности адекватным объёмом хирургического лечения является аднексэктомия. Возможны варианты: овариоэктомия или резекция яичника. Все зависит от локализации и степени деструктивных изменений в области придатков.

Эктопическая беременность в рудиментарном роге матки или в интерстициальном отделе маточной трубы. Варианты лечения:

- 1) удаление рудиментарного рога;
- 2) клиновидная резекция угла матки с её реконструкцией;
- 3) сочетание клиновидной резекции угла матки и тубэктомии со стороны её поражения;
- 4) экстирпация матки при обширном её поражении;
- 5) при локализации в интерстициальном отделе маточной трубы и отсутствии кровотечения возможен вариант гистерорезектоскопии под контролем лапароскопии, а также возможен вариант кюретажа, вакуум-эвакуации плодного яйца со стороны полости матки и гистеротомии с удалением плодместилища лапароскопическим или лапаротомическим доступом, с последующим динамическим контролем уровня ХГЧ.

Эктопическая беременность в рубце на матке. Варианты проводимых объёмов хирургического лечения:

1. Органосохраняющая операция — удаление плодного яйца и плодместилища с иссечением рубца и метропластикой.
2. Гистерэктомия — в случае незаинтересованности пациентки в последующих беременностях (с её письменного согласия).

При абдоминальной форме внематочной беременности в зависимости от срока беременности и размеров плодного яйца — резекция органа (вылущивание плодного яйца). При беременности большого срока — абдоминальное родоразрешение с перевязкой пуповины поблизости от плаценты.

ВНИМАНИЕ! При локализации эктопической беременности в рудиментарном роге матки, брюшной полости (абдоминальная форма беременности), интерстициальном отделе маточной трубы или в послеоперационном рубце на матке с целью профилактики массивной кровопотери показана эмболизация или перевязка сосудов.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА (пп. № 5–7 см. REFERENCES)

1. Выкидыш в ранние сроки беременности: диагностика и тактика ведения. Клинические рекомендации (протокол лечения) (утверждены Минздравом РФ и РОАГ письмом от 7 июня 2016 г. № 15-4/10/2-3482).
2. Министерство здравоохранения Российской Федерации. *Статистический сборник 2015 год. Раздел 13. Основные показатели здоровья матери и ребенка, деятельность службы охраны детства и родовспоможения 2015.* М.: 2018.
3. Серов В.Н., Суших Г.Т., ред. Клинические рекомендации. *Акушерство и гинекология.* Изд. 4-е, перер. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2014.

4. Кудрина Е.А., Гадаева И.В. и др. *Острый живот*: Учебное пособие. Под ред. А.И. Ищенко. М.: Первый МГМУ им. И.М. Сеченова; 2018.

REFERENCES

1. *Miscarriage in the early stages of pregnancy: diagnosis and management tactics. Clinical recommendations (treatment protocol) [Vykidysh v ranniye sroki beremennosti: diagnostika i taktika vedeniya. Klinicheskiye rekomendatsii (protokol lecheniya)]* (approved by the Ministry of Health of the Russian Federation and the Russian Society of Obstetricians and Gynecologists by letter of June 7, 2016 № 15-4/10/2-3482).
2. Ministry of Health of the Russian Federation. *Statistical collection 2015. Section 13. Main Indicators of Maternal and Child Health, Activities of the Child Protection and Maternity Services 2015. [Statisticheskiy sbornik 2015 god. Razdel 13. Osnovnyye pokazateli zdorov'ya materi i rebenka, deyatel'nost' sluzhby okhrany detstva i rodovspomozheniya 2015]*. Moscow; 2018.
3. Serov V.N., Sukhikh G.T., eds. *Clinical recommendations. Obstetrics and gynecology. [Klinicheskiye rekomendatsii. Akusherstvo i ginekologiya]*. Ed. 4th, break and add. Moscow: GEOTAR-Media; 2014.
4. Kudrina E.A., Gadayeva I.V. et al. *Acute Abdomen: Study Guide. [Ostryy zhivot: Uchebnoye posobiye]*. Ed. A.I. Ishchenko. Moscow: I.M. Sechenov First Moscow State University; 2018.
5. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (UK). *Ectopic pregnancy and miscarriage: diagnosis and initial management in early pregnancy of ectopic pregnancy and miscarriage. Clinical Guideline*. London; 2012.
6. RCOG. *The management of tubal pregnancy. Clinical Guideline No 21*. RCOG; 2004.
7. Bangsgaard N., Lund C., Ottesen B., Nilas L. Improved fertility following conservative surgical treatment of ectopic pregnancy. *Br. J. Obstet. Gynaecol.* 2003; 110 (8): 765-70.

Поступила 27.01.2020

Принята к печати 07.02.2020