

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования «Волгоградский медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра акушерства и гинекологии

Научно-исследовательская работа на тему:  
«Внематочная беременность»

Б. Волкович  
Р. С.  
С. С. С.  
С. С. С.

**Выполнила:**

Студентка 4 курса 1 группы  
педиатрического факультета  
Зайцева Елена Николаевна

Волгоград 2018г.

Содержание	
Цель научно-исследовательской работы.....	3
Задачи научно-исследовательской работы.....	3
Введение.....	4
Этиология.....	5
Патогенез.....	6-8
Факторы риска.....	9
Классификация.....	10
Клиническая картина.....	11-12
Диагностика.....	13-15
Дифференциальная диагностика.....	16
Лечение.....	17-18
Профилактика.....	19
Список литературы.....	20

## **Цель научно-исследовательской работы**

Целью работы является изучение внематочной беременности.

## **Задачи научно-исследовательской работы**

- Раскрыть вопросы этиологии внематочной беременности;
- Раскрыть вопросы патогенеза внематочной беременности;
- Рассмотреть современную классификацию внематочной беременности;
- Рассмотреть классификацию факторов, влияющих на развитие внематочной беременности, с выделением наиболее значимых из них;
- Рассмотреть клиническую картину заболевания;
- Осветить вопросы диагностики внематочной беременности;
- Осветить вопросы лечения заболевания;
- Рассмотреть вопросы профилактики внематочной беременности.

## **Введение**

Внематочная (эктопическая) беременность-это имплантация плодного яйца вне полости матки.

Несмотря на достижения медицинской науки и практики, внематочная беременность все еще остается серьезной проблемой, с которой приходится сталкиваться не только акушеру-гинекологу, но и хирургу. Это заболевание встречается у 1-6% гинекологических больных, поступающих в стационар. В последние годы увеличивается число больных с внематочной беременностью, что обусловлено большим количеством аборт, воспалительных заболеваний женских половых органов, нейроэндокринных нарушений, применением некоторых методов вспомогательных репродуктивных технологий.

Внематочная беременность занимает стабильное 4-5-е место в структуре причин материнской смертности в цивилизованных странах (5-7%).

## Этиология

### 1. Инфекция органов малого таза.

- Инфекционный процесс в слизистой оболочке маточной трубы ведёт к фиброзу и рубцовым изменениям, нарушающим транспортную функцию трубы из-за её сужения, формирования ложного хода, изменения реснитчатого эпителия и неполноценной перистальтики. Все эти особенности задерживают продвижение оплодотворённой яйцеклетки, способствуя её имплантации в трубе.

### 2. Сужение маточной трубы

- Врожденные дефекты маточной трубы.
- Доброкачественные опухоли или кисты трубы.
- Фибромиомы матки в области трубного угла.
- Эндометриоз труб.
- Околотрубные спайки, возникающие вторично при аппендиците или после операций на органах малого таза и/или брюшной полости.

### 3. Миграция оплодотворённой яйцеклетки. У большинства женщин жёлтое тело обнаруживают в яичнике на стороне, противоположной локализации эктопической беременности.

- При внешней миграции (например, из правого яичника в левую маточную трубу через брюшную полость или наоборот) бластоциста успевает настолько увеличиться, что не проходит через узкий перешеек трубы.
- Оплодотворённая яйцеклетка может также пройти через матку (внутренняя миграция) и попасть в противоположную трубу.
- ВМС.
- Беременности, полученные путем экстракорпорального оплодотворения.

## Патогенез

Одной из главных причин эктопической имплантации плодного яйца следует считать нарушение перемещения оплодотворенной яйцеклетки.

Перистальтика труб направлена к матке и усиливается, если внутри трубы находится инородное тело. В случае ослабления или невозможности перистальтических сокращений передвижение плодного яйца замедляется. Маточная труба на своем протяжении имеет неодинаковый диаметр просвета: он больше в ампулярном отделе и постепенно минимизируется к интерстициальному. Плодное яйцо в норме движется по маточной трубе в течение 3 сут; на 4-е сутки бластомеры морулы начинают дифференцироваться в поверхностные (первичный трофобласт) и внутренние (эмбриобласт) клетки, наружный слой уплощается, а внутри образуется и быстро увеличивается специфическая полость - бластоцель. Из первичного трофобласта образуется большинство клеток и тканей плаценты, эмбриобласт - источник всех клеток и тканей зародыша и связанных с ними оболочек.

Важную патогенетическую роль играют адгезивная способность плодного яйца и повышение выработки эпителием половых органов белков-иммуносупрессоров. С момента образования бластоцели плодное яйцо называется свободной бластоцистой, клетки трофобласта выделяют протеолитические, гликолитические и другие ферменты, необходимые для адгезии плодного яйца и дальнейшей его инвазии. Для того чтобы плодное яйцо не отторгалось, в краткий период генетически детерминированной адгезии (20-22-й день менструального цикла) начинается значительное увеличение выработки специфических иммуносупрессивных белков, например  $\alpha_2$ -микроглобулина фертильности. Этот феномен называется «окном имплантации», позже 24-го дня менструального цикла восприимчивость эндометрия к плодному яйцу значительно снижается. Таким образом, если во время окна имплантации все время увеличивающаяся в размере свободная бластоциста еще не попала в полость матки, она имплантируется в маточной трубе.

Замедлению продвижения плодного яйца по маточной трубе способствуют:

- хронические ВЗОМТ;
- спаечные процессы после оперативных вмешательств на органах брюшной полости и малого таза;
- аборты;
- опухоли матки и ее придатков, эндометриоз;
- нарушение функции яичников;
- стрессовые ситуации и психические травмы;
- половой инфантилизм.

ВЗОМТ как основная причина внематочной имплантации плодного яйца имеет сразу несколько патогенетических механизмов:

- возникновение перитубарных спаек, препятствующих нормальной перистальтике фаллопиевых труб;
- развитие реактивных слипчивых процессов слизистой оболочки трубы, способствующих преждевременной фиксации плодного яйца;
- застой интратубарной жидкости вследствие воспалительных изменений ворсинчатого эпителия;
- увеличение выработки иммуносупрессивных белков в условиях хронического воспаления (аутоиммунный процесс) по сравнению с нормальным эпителием, что делает возможной более раннюю адгезию плодного яйца.

Нарушение функции яичников может возникать первично при нейроэндокринных нарушениях или вторично при воспалительном процессе. В любом случае интенсивность перистальтики маточной трубы напрямую зависит от концентрации прогестерона, а любые прогестерондефицитные состояния увеличивают риск эктопической беременности. Опухоли матки и ее придатков могут механически задерживать продвижение плодного яйца в растянутых и распластанных на них трубах. Эндометриоз осложняется возникновением перитубарных спаек и поэтому значительно повышает риск внематочной беременности.

После аборта создаются наиболее благоприятные условия для внематочной беременности. Во-первых, даже при внешне гладком послеоперационном течении нередко возникают латентные эндометриты и эндосальпингиты. Во-вторых, стресс репродуктивной системы из-за прерванной беременности может проявляться нарушениями менструального цикла, что также негативно влияет на перистальтику маточных труб.

Психические травмы, особенно у женщин с лабильной психикой, могут привести к спазму трубной мускулатуры и даже антиперистальтическим движениям труб.

При инфантилизме почти всегда наблюдается гипофункция яичников и анатомо-физиологическая недостаточность маточных труб (большая длина и извитость труб при недостаточном развитии мышечного слоя). Оплодотворенное яйцо продвигается медленно, и его трофобластические свойства развиваются и проявляют себя еще в процессе миграции по трубе.

Длительное продвижение плодного яйца в некоторых случаях бывает обусловлено особенностями его пути. Например, яйцеклетка из единственного яичника, мигрируя по брюшной полости, попадает в единственную маточную трубу противоположной стороны. Описаны случаи трансперитонеальной миграции сперматозоидов при некоторых пороках развития внутренних половых органов.

После внематочной имплантации развитие плодного яйца продолжается по запрограммированному механизму, но в трубе, яичнике, на брюшине и даже в рудиментарном роге матки нет специфического эпителия, хотя бы приближенного по свойствам к нормальному эндометрию, который зачастую патологически изменен воспалительным процессом.

В зависимости от локализации беременности эти процессы могут быть выражены сильнее или слабее, процесс может протекать быстрее или медленнее, сопровождаться большим или меньшим кровотечением.

В маточной трубе имплантация плодного яйца может произойти в любой из ее анатомических частей: в истмической, интерстициальной, ампулярной (в том числе на фимбриях).

В истмическом отделе эпителий высокий, что обеспечивает приближенный к нормальному темп роста и развития плодного яйца, а диаметр трубы очень мал, стенка трубы плохо растягивается. Ворсины быстро последовательно разрушают слизистую оболочку, мышечный и даже серозный слои стенки трубы, и уже через 4-6 нед происходит наружный разрыв плодместилища с массивным кровотечением в брюшную полость.

В интерстициальном отделе эпителий ниже, чем в истмическом, значит, в условиях значительно сниженной трофики темп развития плодного яйца замедлен, но диаметр трубы все еще невелик и стенка малорастяжима. Эти обстоятельства также приводят к прерыванию беременности по типу наружного разрыва плодместилища, но в более поздние сроки - в 6-8 нед.

В ампулярном отделе трубы диаметр просвета наибольший, но в случаях задержки развития плодного яйца происходит прерывание беременности в сроки 8-12 нед. В ответ на внедрение бластоцисты стенка маточной трубы начинает интенсивно сокращаться, что приводит к антиперистальтическим движениям, отслойке плодного яйца и изгнанию его в брюшную полость.

Трубный аборт сопровождается незначительным, но непрекращающимся кровотечением, формируются гематосальпинкс, перитубарная гематома, заматочная гематома, гемоперитонеум.

Яичниковая беременность редко существует длительно, обычно происходит наружный разрыв плодместилища, сопровождающийся значительным кровотечением. Различают две формы яичниковой беременности:

- интрафолликулярная - развивается в самой фолликуле (после разрыва граафова пузырька яйцеклетка остается внутри фолликула, через образовавшийся разрыв проникают сперматозоиды и оплодотворяют там зрелую яйцеклетку, привитие оплодотворенного яйца в полости фолликула происходит путем внедрения трофобласта в его стенку);
- овариальная - развивается после оплодотворения яйцеклетки в брюшной полости, когда она прививается на поверхности яичника.



## Факторы риска

N	Фактор	Кратность увеличения риска
1	Операции на маточных трубах в анамнезе	21.0
2	Стерилизация	9.3
3	Эктопические беременности в анамнезе	8.3
4	Внутриматочная контрацепция	5.0
5	Воспалительные заболевания органов малого таза в анамнезе	3.4
6	Бесплодие 2 года и более	2.7
7	Возраст матери:	
	- более 40 лет	2.9
	- 35-39 лет	1.4
8	Курение:	
	20 сигарет в день	3.9
	10-19 сигарет в день	3.1
	1-9 сигарет в день	1.7
	Бросившие курить	1.5

## Классификация

В зависимости от места имплантации плодного яйца:

1) трубная беременность (98 - 99%):

- Беременность в ампулярном отделе трубы.
- Беременность в истмическом отделе трубы.
- Беременность в интерстициальном отделе трубы.

2) яичниковая беременность (0,1 – 0,7%):

- Интрафолликулярную
- Эпифоральная.

3) брюшная беременность (0,3 – 0,4%);

4) шейная беременность(0,1-0,4%);

5) беременность в рудиментарном роге матки (0,1 – 0,9%).

В зависимости от клиники:

1) Прогрессирующая внематочная (трубная) беременность;

2) Прервавшаяся внематочная (трубная) беременность:

- Трубный аборт.
- Разрыв маточной трубы;

## **Клиническая картина**

### *Прогрессирующая внематочная беременность.*

До прерывания внематочная беременность развивается без специфических симптомов и называется прогрессирующей эктопической беременностью.

При развивающейся эктопической беременности в организме женщины возникают те же изменения, что и при нормальной маточной беременности:

- задержка менструации;
- нагрубание молочных желез;
- цианоз слизистой оболочки влагалища и шейки матки;
- иногда явления раннего токсикоза;
- При осмотре матка размягчена, размеры ее меньше предполагаемого срока беременности. В области придатков матки с одной стороны пальпируется опухолевидное образование тестоватой консистенции, болезненное при пальпации. Эти признаки определить трудно, поэтому прибегают к скрининговой лабораторной и инструментальной диагностике всех пациенток, обратившихся по поводу беременности раннего срока.

### *Прервавшаяся внематочная беременность.*

Прерывание внематочной беременности всегда имеет яркую манифестацию и происходит внезапно «среди полного здоровья».

При наружном разрыве плодместилища после кратковременной задержки менструации внезапно возникает:

- острая, чрезвычайно интенсивная боль в животе;
- общая слабость, иногда кратковременная потеря сознания;
- боль носит резкий приступообразный характер, особенно в одной из подвздошных областей, иррадирует в прямую кишку, поясницу или нижние конечности;
- френикус-симптом (иррадиация болей в ключицу);
- задержка мочеиспускания;
- появляются позывы на дефекацию, иногда понос;
- кожные покровы становятся бледными, появляется цианоз губ, кожа покрывается холодным потом.
- апатичность, пониженная реакция на окружающее, общая адинамия.
- задержки менструации может не быть, клиническая картина может манифестировать на фоне кровянистых выделений из половых путей в срок или несколько раньше предполагаемой менструации. Выделения из половых путей, несмотря на это, менструацией не являются: темные кровянистые мажущие выделения из половых путей не что иное, как отслойка децидуальной оболочки матки в ответ на прерывание беременности.

### *Редкие формы внематочной беременности.*

Прогрессирующая брюшная беременность может сопровождаться повторными приступами болей в животе, иногда с кратковременной потерей сознания, резкими болями при движениях плода. При влагалищном исследовании прощупывают слегка увеличенную матку, расположенную отдельно от плодместилища. Части плода обычно выявляются непосредственно под брюшной стенкой. Плод чаще располагается поперечно. Если плод погиб, сердцебиение и шевеление его выявить не удастся. В таком случае брюшную беременность позднего срока надо дифференцировать от опухоли яичника и миомы матки. Брюшная беременность может симулировать интралигаментарную опухоль, клинически манифестирует как трубная и чаще заканчивается разрывом плодместилища в ранние сроки с обильным внутренним кровотечением и геморрагическим шоком.

Яичниковая беременность встречается крайне редко. Поскольку прерывается она довольно рано, на стадии прогрессирования ее почти невозможно диагностировать. Прерывание яичниковой беременности сопровождается кровотечением разной степени выраженности и болью, что и определяет особенности клинической картины. Топическая диагностика возможна при ультразвуковом сканировании органов малого таза, при лапароскопии или во время лапаротомии, при которых визуализируется интактная маточная труба и плодное яйцо на яичнике.

При межсвязочной беременности сбоку от матки выявляется низко расположенное неподвижное образование тугоэластической консистенции, выпячивающее боковой свод. Подвижность матки при этом резко ограничена. Вследствие благоприятных условий (хорошее кровоснабжение, защита плодместилища листками широких связок) межсвязочная беременность иногда может донашиваться, но чаще она все же прерывается. При разрыве плодместилища возникает клиническая картина внутреннего кровотечения и перитонеального шока. Кровотечение обычно происходит в межсвязочное пространство. При этом образуется обширная гематома, часто распространяющаяся далеко за пределы широкой связки.

Беременность в рудиментарном роге матки может быть диагностирована и в стадии прогрессирования при положительном тесте на ХГЧ и отсутствии трофобласта в основном роге матки при УЗИ. Такая беременность прерывается по типу наружного разрыва плодместилища, что сопровождается обильным кровотечением, геморрагическим шоком и требует экстренного хирургического вмешательства и реанимационных мероприятий.

## Диагностика

### *Жалобы и анамнез:*

Жалобы при прогрессирующей внематочной беременности:

- задержка месячных;
- нагрубание молочных желез;
- тошнота;
- извращение вкуса;
- периодические схваткообразные боли внизу живота;
- кровянистые выделения из половых путей;

Жалобы при прервавшейся внематочной беременности:

1) Разрыв маточной трубы:

- острый приступ болей внизу живота с иррадиацией в прямую кишку;
- появление холодного пота;
- головокружение;
- кратковременная потеря сознания;
- кровянистые выделения из половых путей;
- клиника геморрагического шока (падение артериального давления, увеличение частоты пульса)

2) Трубный аборт:

- схваткообразные, периодически повторяющиеся приступы болей внизу живота;
- скудные темно- кровянистые выделения из половых путей;
- слабость;
- головокружение.

### *Физикальные данные:*

При гинекологическом осмотре:

1) Прогрессирующая внематочная беременность:

Цианоз входа во влагалище, слизистой оболочки влагалища и шейки матки. Матка увеличена в размерах и размягчена (увеличение размеров матки, как правило, не соответствует предполагаемому сроку беременности). В области придатков матки с одной стороны пальпируется опухолевидное образование тестоватой консистенции, болезненное при исследовании.

При динамическом наблюдении и повторных гинекологических исследованиях (не реже 1 раза в 3-4 дня) отмечается увеличение размеров образования в области придатков матки при отставании величины матки.

## 2) Разрыв маточной трубы:

Цианоз входа во влагалище, слизистой оболочки влагалища и шейки матки. Из цервикального канала – темно кровянистые выделения. Матка увеличена в размерах и размягчена, пальпация матки и движение шейки (поднятие ее кверху или смещение в сторону) резко болезненны. В области придатков матки с одной стороны пальпируется опухолевидное образование тестоватой консистенции без четких контуров. Задний свод влагалища уплощен или выпячен во влагалище. Пальпация заднего свода резко болезненна.

### *Лабораторные исследования:*

#### Основные:

- Общий анализ крови: гемоглобин (в нормативных значения при отсутствие клиники кровотечения  $n=110\text{г/л}$ ), лейкоцитарная формула (при клинике прервавшейся внематочной беременности – повышение лейкоцитоза более  $10 \cdot 10^3$ ), СОЭ (при клинике прервавшейся внематочной беременности – повышение более  $12\text{ мм/час}$ );
- Иммунные тестовые методы по определению ХГ в моче и в крови.

#### Дополнительные:

- Иммунные тестовые методы по определению прогестерона в крови (более  $25\text{ нг/мл}$ ).
- С – реактивный белок (более  $3\text{ мг/л}$ ).

### *Инструментальные исследования:*

- УЗИ диагностика: УЗИ проводить желательно влагалищным доступом. Полость матки бывает при этом пустой, в ней не удастся обнаружить плодное яйцо с эмбрионом. Изменения в яичнике при этом соответствуют беременности, функционирует желтое тело беременности. При хорошей разрешающей способности датчика можно обнаружить плодное яйцо в маточной трубе или рядом, но это удастся не всегда. В случае разрыва трубы и кровотечения, УЗИ позволяет обнаружить скопление крови в брюшной полости за маткой. Так как внематочная беременность часто маскируется под разные заболевания, обнаружение крови (гематомы) позволяет вовремя поставить диагноз;

- Кульдоцентез (пункция прямокишечно-маточного углубления при прервавшейся внематочной беременности): Получение аспирата в виде несворачивающейся крови будет свидетельствовать о гемиперитонеуме, наличие которого, однако, не является специфичным для эктопической беременности, поскольку оно может наблюдаться при геморрагическом желтом теле, полном или неполном аборте, овуляции и даже состоянии после предшествующей попытки кульдоцентеза;
- Диагностическая лапароскопия или лапаротомия.

## Дифференциальная диагностика

<b>Внематочная беременность</b>	<b>Неполный маточный аборт</b>	<b>Острое воспаление придатков матки</b>	<b>Острый аппендицит</b>
Чаще наблюдается на 3-5 неделе беременности.	Чаще наблюдается 6-10 неделе беременности	Обычно не бывает задержки менструации	Обычно не бывает задержки менструации
Боли возникают внезапно и имеют характер острого приступа, могут сопровождаться обморочным состоянием, головокружением	Боли нарастают постепенно и носят схваткообразный характер повторяются через определенный промежуток времени, локализуются над лоном	Боли развиваются постоянный характер. Обмороков нет	Усиливающиеся боли в эпигастральной, а затем в правой подвздошной области, сопровождающиеся тошнотой, рвотой
Температура тела обычно остается нормальная	Температура тела обычно остается нормальная	Температура тела обычно повышена	Температура тела обычно повышена
Френикус-симптом наблюдается	Френикус-симптом Отсутствует	Френикус-симптом Отсутствует	Френикус-симптом Отсутствует
Имеются явления раздражения брюшины	Явления раздражения брюшины отсутствуют	Явления раздражения брюшины отсутствуют	Имеются явления раздражения брюшины
Влагалищное исследование резко болезненно	Влагалищное исследование почти безболезненно	Влагалищное исследование резко болезненно	Влагалищное исследование почти безболезненно
Смещение матки болезненно	Смещение матки безболезненно	Смещение матки болезненно	Смещение матки безболезненно
Размер матки не соответствует сроку беременности, цервикальный канал закрыт	Размер матки чаще соответствует сроку беременности, цервикальный канал приоткрыт	Матка нормальных размеров	Матка нормальных размеров
Увеличение маточной трубы тестоватой консистенции	Придатки матки не увеличены	Определяется двустороннее (чаще) увеличение придатков матки	Придатки матки не увеличены
Выделения из матки кровянистые, умеренные. Кровь обычно темного цвета	Обычно наблюдается обильное кровотечение. Кровь ярко красного цвета со сгустками	Кровянистые выделения обычно отсутствуют	Кровянистые выделения отсутствуют
Иммунологические реакции на беременность положительные	Иммунологические реакции на беременность положительные	Иммунологические реакции на беременность отрицательные	Иммунологические реакции на беременность отрицательные



## Лечение

Тактика лечения:

- Госпитализация в стационар с круглосуточно действующей операционной.
- Лечение хирургическое

Хирургическое вмешательство показано при:

- Прервавшейся трубной беременности. При шоке и остром животе показано экстренное хирургическое вмешательство.
- Развивающейся трубной беременности. В отсутствие разрыва маточной трубы и кровотечения диагностические и лечебные мероприятия направлены на профилактику осложнений и сохранение фертильности.

Основной лечебно-диагностический метод — лапароскопия или лапаротомия. Манипуляцию производят только под общей анестезией, подготовка к которой требует некоторого времени. Лапароскопию проводят только в тех медицинских организациях, где есть условия для выполнения лапаротомии.

Показания: Лапароскопическая операция показана при локализации плодного яйца в истмическом или ампулярном отделе маточной трубы и диаметре пораженной маточной трубы не более 5 см. При большем диаметре высок риск кровотечения, а части плодного яйца труднее удалить через лапароскоп. Если состояние больной удовлетворительное, лапароскопический доступ можно использовать и при прервавшейся внематочной беременности. При локализации плодного яйца в рудиментарном роге матки операция не выполняется лапароскопическим доступом, так как высок риск кровотечения.

Сальпингэктомию выполняют при обширном повреждении маточной трубы, при непрекращающемся кровотечении после сальпинготомии, а также, если больная в дальнейшем не планирует иметь детей (например, если внематочная беременность развилась после перевязки маточных труб). При лапароскопической сальпингэктомии брыжейку рассекают электрокоагулятором.

Лапаротомию выполняют при тяжелом состоянии больной и невозможности произвести лапароскопическую операцию. Если женщина в дальнейшем хочет иметь детей, используют атравматичные инструменты и шовный материал, проводят тщательную остановку кровотечения. Все манипуляции с маточными трубами осуществляют крайне бережно.

Если женщина не заинтересована в сохранении фертильности, выполняют сальпингэктомию или сальпингоофорэктомию.

Резекция маточной трубы. Преимущества этого метода перед сальпингэктимией состоят в том, что операцию можно выполнить через микролапаротомный доступ и в дальнейшем сформировать анастомоз между оставшимися частями маточной трубы. Еще одно преимущество этой операции в том, что полностью удаляется трофобласт.

Искусственный трубный аборт — выдавливание плодного яйца через брюшное отверстие маточной трубы. Это достаточно простая манипуляция, которая, однако, сопровождается большим количеством осложнений. Риск рецидива внематочной беременности вдвое выше, чем после других операций по поводу трубной беременности.

Послеоперационный период. Кровотечение после органосохраняющих операций на маточных трубах нередко обусловлено тем, что в них были оставлены элементы трофобласта. В связи с этим в послеоперационном периоде следует определять уровень бета-субъединицы ХГ в сыворотке. Если ткань трофобласта удалена полностью, то уже через 48—72 ч после операции содержание бета-субъединицы ХГ в сыворотке составляет менее 20% уровня перед операцией. Если уровень бета-субъединицы ХГ растет, необходима повторная операция или лечение метотрексатом.

В течение месяца после органосохраняющих операций на маточных трубах сохраняется отек и воспаление. В связи с этим женщине советуют предохраняться от беременности. Если планируется повторная операция, например, для формирования анастомоза, контрацепцию продолжают до операции, поскольку высок риск имплантации плодного яйца в культю маточной трубы. Если в течение шести месяцев после операции беременность не наступила, проводят гистеросальпингографию или диагностическую лапароскопию. Частое осложнение после операции по поводу внематочной беременности — Rh-сенсibilизация. Женщинам с Rh-отрицательной кровью профилактически вводят Анти-Д иммуноглобулин человеческий.

## Профилактика

Профилактические мероприятия:

- Своевременная и правильная тактика ведения больных при первом обращении;
- Своевременная диагностика и лечение инфекционно-воспалительных заболеваний органов малого таза;
- Профилактика абортов;
- Использование современных контрацептивных средств.

Дальнейшее ведение:

- использование современных методов контрацепции в течение 6 месяцев;
- рекомендации по планированию беременности.

## Список литературы

1. Акушерство: учебник / Г. М. Савельева, Р. И. Шалина, Л. Г. Сичинава, О. Б. Панина, М. А. Курцер. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015.
2. Гинекология: учебник / под ред. В. Е. Радзинского, А. М. Фукса. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014.
3. Гинекология. Клинические лекции: учеб. пособие / под ред. О.В. Макарова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013.
4. Акушерство: учебник / Э. К. Айламазян. - 9-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015.
5. Акушерство: учебник / М. В. Дзигуа, А. А. Скребушевская, 2014.
6. Гинекология: учебник/ Баисова Б.И. и др. / Под ред. Г.М. Савельевой, В.Г. Бреусенко, 2013.

## Рецензия

на научно-исследовательскую работу, предусмотренная программой производственной практики «Производственная клиническая практика модуль Акушерство (помощник врача стационара, научно-исследовательская работа)» обучающегося 4 курса по специальности 31.05.02 Педиатрия

1 группы

Зайцевой Елены Николаевны

на тему:

### «Внематочная беременность»

Научно-исследовательская работа выполнена в соответствии с требованиями написания НИР при прохождении производственной клинической практики по акушерству. Данное исследование имеет четкую структуру и состоит из введения, основной части, заключения, списка литературы.

Работа написана грамотным научным языком. Тема является актуальной в современном акушерстве. Четко сформулирована цель, поставлены конкретные задачи. Введение достаточно содержательное и емкое. В результате четкого изложения цели работы в основной части научно-исследовательской работы присутствует логичность, четкость, последовательность. Наличие ссылок показывает детальную работу с научной литературой.

Список литературы включает разнообразные источники оформленные в соответствии с требованиями.

В целом работа заслуживает отличной оценки.

**Оценка 92 балл (отлично)**

РЕЦЕНЗЕНТ:  (Федоренко С.В.)