

5
а.с. Минусин Н.Н.
92

ГБОУ ВПО ВолгГМУ Минздрава России
Кафедра акушерства и гинекологии

Учебно-исследовательская работа студента на тему:
Внематочная беременность

Выполнила: студентка 10 группы,
4 курса, педиатрического
факультета
Шалтанюк Анастасия Юрьевна

Волгоград – 2018 г.

Оглавление

Введение	3
Определение.....	4
Классификация	4
Факторы риска	6
Клиническая картина	7
Диагностика	12
Лечение.....	16
Заключение.....	19
Список литературы.....	20

Введение

Несмотря на достижения медицинской науки и практики, внематочная беременность все еще остается серьезной проблемой в гинекологии, с которой приходится сталкиваться не только акушеру-гинекологу, но и хирургу.

Цель: изучить этиологию, патогенез, классификацию внематочной беременности; методы диагностики, клиническое течение, дифференциальный диагноз; этапы операции – тубэктомии.

Задачи:

1. Изучить распространённость внематочной беременности, ее структуру.
2. Дать характеристику клиническому течению внематочной беременности.
3. Изучить алгоритм диагностики и лечения внематочной беременности.

Актуальность

Внематочная беременность, по мнению врачей, является самым непредсказуемым и опасным гинекологическим заболеванием, которое, к сожалению, встречается не так уж редко – на нее приходится примерно 0,8-2,4% от всех беременностей. Причем, в развитых странах имеет место тенденция к увеличению численности внематочных беременностей с частотой возникновения бесплодия в 70-80% случаев проведенных операций.

К тому же, это заболевание несет угрозу непосредственно для жизни женщины. Поэтому так важно знать его основные симптомы и признаки, чтобы в случае первых подозрений женщина могла сразу обратиться в медицинское учреждение за обследованием и помощью.

Определение

Беременность называют внематочной при имплантации оплодотворенной яйцеклетки вне полости матки. Более чем в 95% случаев внематочной беременности яйцеклетка имплантируется в маточной трубе, реже — в шейке матки, в брюшной полости и в яичнике.

Внематочная беременность представляет собой патологию, которая характеризуется расположением оплодотворенной яйцеклетки и ее последующим ростом за пределами матки. Чтобы беременность развивалась нормально и была безопасной для организма матери, оплодотворенная яйцеклетка должна пройти по маточным трубам в полость матки и там внедриться в ее слизистую оболочку. Но при внематочной беременности зародыш по тем или иным причинам не попадает в матку, и прикрепляется в каком-то другом месте, где и начинает свое развитие.

Классификация

Наиболее частое место имплантации – фаллопиевы трубы, реже - яичник, рудиментарный рог матки, брюшная полость (рис. №1). Трубная беременность встречается в 98-99% случаев; яичников в 0,1-0,7% случаев; брюшная беременность – в 0,3-0,4% случаев. Беременность в рудиментарном роге матки встречается в 0,1-0,9% случаев. Наиболее часто внематочная беременность наблюдается у женщин 20-35 лет.

В зависимости от места имплантации плодного яйца:

1) трубная беременность (98 — 99%):

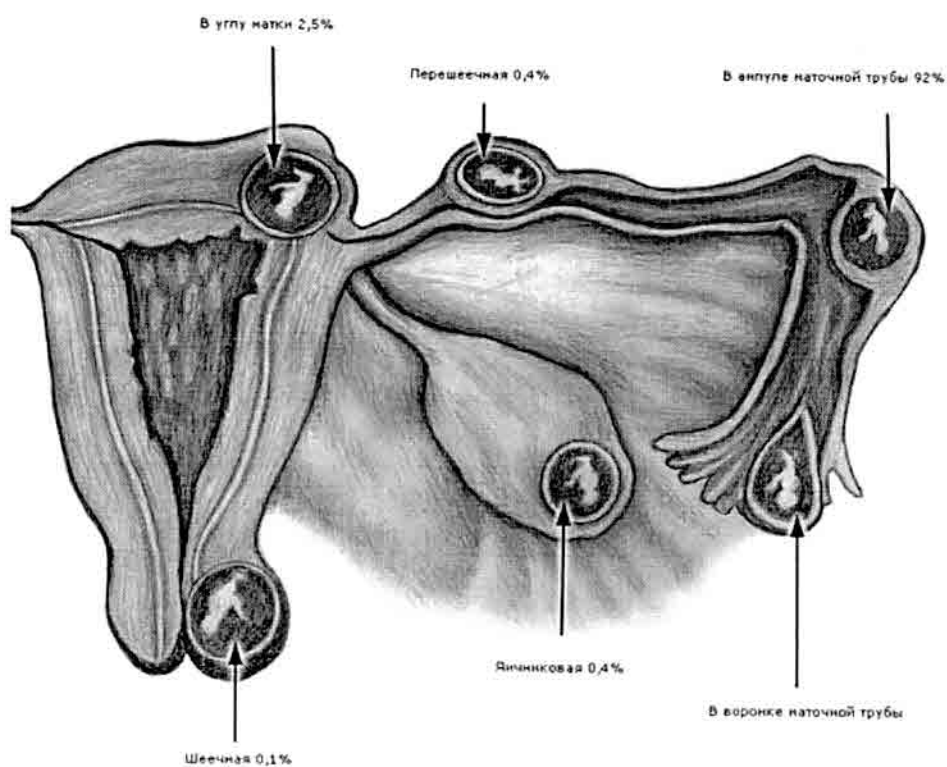
- а. Беременность в ампулярном отделе трубы.
- б. Беременность в истмическом отделе трубы.
- с. Беременность в интерстициальном отделе трубы.

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

- а. Интрафолликулярную
- б. Эпифоральная.

- 3) брюшная беременность (0,3 – 0,4%);
- 4) шейная беременность;
- 5) беременность в рудиментарном роге матки (0,1 – 0,9%).

Рисунок №1 «Варианты расположения мест имплантации при внематочной беременности»



Код (ы) по МКБ-10:

- O00** Внематочная (эктопическая) беременность
- O 00.0** Абдоминальная (брюшная) беременность
- O 00.1** Трубная беременность
- O 00.2** Яичниковая беременность
- O 00.8** Другие формы внематочной беременности
- O 00.9** Внематочная беременность неуточненная

Принято различать следующие клинические формы трубной беременности:

- Развивающаяся (или прогрессирующая) внематочная беременность.
- Прерывающаяся трубная беременность, которая делится на две клинические формы:
 - а) прерывающаяся по типу разрыва внутреннего плодместилища;
 - б) прерывающаяся по типу наружного разрыва плодместилища.

Факторы риска

К факторам риска относятся следующие признаки:

1. Хронический сальпингит обнаруживают примерно у половины женщин с внематочной беременностью. Показано, что это заболевание повышает риск внематочной беременности в 7 раз. Хламидийный сальпингит чаще осложняется внематочной беременностью, чем гонококковый.
2. Аномалии развития маточных труб — дивертикулы, добавочные отверстия, недоразвитие. Применение диэтилстильбэстрола матерью женщины во время беременности повышает риск внематочной беременности в 4—5 раз.
3. Спаечный процесс в малом тазу вследствие эндометриоза или острого аппендицита, а также инфекционных осложнений после родов или аборта.
4. Хирургические вмешательства на маточных трубах — перевязка, органосохраняющие операции по поводу внематочной беременности, операции по поводу бесплодия. Так, после лапароскопической электрокоагуляции маточных труб внематочная

беременность развивается в 50% случаев, а после сальпингостомии — в 15—20% случаев.

5. Использование внутриматочных контрацептивов предохраняет от маточной беременности. В связи с этим беременность у женщин, использующих внутриматочные контрацептивы, чаще оказывается внематочной.

6. Прием мини-пилей и инъекции медроксипрогестерона повышают риск внематочной беременности. Это, по-видимому, связано со снижением моторики маточных труб.

7. Искусственное оплодотворение (экстракорпоральное оплодотворение с переносом эмбриона или зиготы, искусственное осеменение) осложняется внематочной беременностью примерно в 5% случаев.

8. Бесплодие. При бесплодии независимо от причины повышен риск внематочной беременности.

9. Возраст женщины старше 35 лет.

Клиническая картина

Как было указано выше, чаще всего (98-99%) встречается трубная беременность. Принято различать следующие клинические формы трубной беременности:

- Развивающаяся (или прогрессирующая) внематочная беременность.
- Прерывающаяся трубная беременность, которая делится на две клинические формы.

Прогрессирующая трубная беременность диагностируется чрезвычайно редко. Практически она протекает бессимптомно или симптом ее слабо выражен и мало отличается от симптомов нормально

развивающейся маточной беременности. В организме женщины возникают те же изменения, что и при нормальной маточной беременности: задержка менструации, нагрубание молочных желез, цианоз слизистой влагалища и шейки матки, иногда явления раннего токсикоза. Однако имеются признаки, более характерные для внематочной беременности, чем для маточной. При внематочной беременности, как правило, размеры матки не соответствуют предполагаемому сроку беременности. В области придатков матки с одной стороны пальпируется опухолевидное образование тестоватой консистенции, болезненное при пальпации (однако нельзя забывать, что аналогично может выглядеть и яичник, увеличенный за счет желтого тела беременности).

Содержание хорионического гонадотропина несколько ниже, чем при маточной беременности аналогичного срока.

Только динамическое наблюдение, позволяющее выявить отставание роста тела матки от предполагаемого срока беременности и увеличение опухолевидного образования придатков матки, помогает установить правильный диагноз. Большую помощь в диагностике внематочной беременности может оказать ультразвуковое исследование (при положительном анализе на ХГ, наличия признаков беременности – отсутствие плодного яйца в матке). При подозрении на прогрессирующую внематочную беременность необходима немедленная госпитализация больной в стационар, где может быть обеспечено срочное хирургическое лечение и тщательное наблюдение и обследование больной.

Внутренний разрыв плодместилища, или трубный аборт, представляет значительные диагностические трудности. Клиническая картина при трубном аборте обычно развивается более медленно и зависит главным образом от интенсивности кровотечения. Основные симптомы беременности, прерывающейся по типу разрыва внутреннего плодместилища, представлены следующей триадой: задержка менструации, боль в животе, длительные кровянистые выделения из

влагалища. К сожалению, эти симптомы могут возникать у больных с другими гинекологическими заболеваниями.

Боль появляется вследствие кровоизлияния в просвет трубы. Кровь может изливаться в брюшную полость и скапливаться в дугласовом пространстве, распространяться в верхние отделы брюшной полости, раздражая определенные участки брюшины. Боли по характеру могут быть приступообразные, схваткообразные с иррадиацией в прямую кишку, плечо, лопатку, ключицу. Приступ болей может сопровождаться слабостью, головокружением, появлением холодного пота, тошнотой, рвотой. Иногда приступы болей прекращаются и женщина ощущает себя вполне здоровой или у нее остается чувство тяжести внизу живота.

Кровянистые выделения из половых путей обычно появляются после приступа болей и продолжаются очень долго. Количество крови незначительное. Цвет выделений чаще бывает темным, с коричневым оттенком, а иногда имеет дегтеобразный вид. Нередко в выделениях можно обнаружить крошкообразные включения-продукты распада децидуальной оболочки. Характерно, что эти выделения не прекращаются ни после противовоспалительного лечения, ни даже после выскабливания слизистой полости матки.

Говоря о задержке менструации необходимо отметить, что этот симптом не является определяющим, так как кровянистые выделения могут начаться до, в срок или на следующий день ожидаемой менструации. Более того, прерывание беременности может произойти в ранние сроки, еще до возможного наступления очередной менструации.

При бимануальном исследовании у больных с прервавшейся беременностью по типу разрыва внутреннего плодместилища удается пропальпировать: болезненность при смещении шейки матки, увеличенную соответственно предполагаемому сроку беременности матку, с одной стороны от матки определяется опухолевидное образование

ретортообразной формы, больших или меньших размеров, с неясными контурами, тестоватой консистенции, ограниченно подвижное, болезненное при пальпации. При динамическом наблюдении это образование может увеличиваться в объеме. Когда кровь скапливается в заднем дугласовом пространстве, задний свод сглажен или выпячен, резко болезненный при пальпации.

При трубном аборте большую помощь в постановке правильного диагноза может оказать пункция брюшной полости через задний свод. Если при пункции поступает темная несворачивающаяся кровь – диагноз прерывания внематочной беременности по типу разрыва внутреннего плодместилища следует считать установленным. Во избежание ошибок полученную кровь необходимо вылить на марлю, если кровь получена из брюшной полости, то на марле будут видны мелкие, темные сгустки. Еще более точные результаты дает исследование крови под микроскопом – отсутствие монетных столбиков и наличие разрушенных полулунных или звездчатых эритроцитов говорит о том, что кровь получена из брюшной полости.

В тех случаях, когда имеется подозрение на старую внематочную беременность, необходимо при пункции брюшной полости через задний свод ввести в брюшную полость 10-20 мм физиологического раствора, а затем обратным движением поршня отсосать пунктат. Если полученный пунктат ярко окрашен кровью, то это подтверждает предполагаемый диагноз.

Для установки диагноза в некоторых случаях производят диагностическое выскабливание слизистой полости матки с последующим гистологическим исследованием. При внематочной беременности в соскобе гистологически выявляется децидуальная ткань без ворсин хориона, при прерывании маточной беременности – остатки или части плодного яйца, элементы хориона. В настоящее время широко применяется лапароскопия.

Данный метод позволяет не только точно диагностировать внематочную беременность, но и произвести сразу же оперативное лечение.

Клиническая картина *прервавшейся внематочной беременности по типу наружного разрыва плодоемкости (разрыва трубы)* достаточно типична. Все симптомы возникают чрезвычайно бурно. После кратковременной задержки менструации, а иногда и на фоне менструации, начавшейся в срок или несколько раньше, но необычной по характеру – в виде темной кровянистой мази, среди полного благополучия, часто без всякого внешнего воздействия, при полном покое или после небольшого напряжения появляется острая сильная боль живота. Вслед за этим развивается быстро общая слабость, иногда кратковременная потеря сознания. Кожные покровы становятся бледными, на губах появляется цианоз, кожа покрывается холодным потом. Обращает на себя внимание апатичность, пониженная реакция на окружающее, общая адинамия. Часто уже внешний вид больной бывает характерным для внематочной беременности. При исследовании больной пульс обычно учащен, отмечается снижение артериального давления. Развивается картина массивного внутреннего кровотечения и перитонеального шока.

Говоря о болевом симптоме, следует отметить, что боль носит резкий приступообразный характер, особенно в одной из подвздошных областей, иррадирует в прямую кишку, поясницу или нижние конечности. Появляется френикус-симптом. Боль при разрыве трубы обусловлена не только ее разрывом, но и раздражением брюшины излившейся из поврежденных сосудов кровью. Мочеиспускание обычно задерживается, появляются позывы на дефекацию, иногда понос.

При пальпации живот умеренно вздут, резко болезненный, определяются симптомы раздражения брюшины.

При гинекологическом исследовании шейка матки несколько цианотична, наружный зев закрыт, тракция за шейку матки резко

болезненны, матка увеличена (может соответствовать предполагаемому сроку беременности), размягчена, резко болезненна. Иногда создается впечатление, что матка как бы «плавает» в жидкости – симптом «плавающей матки» (признак Соловьева - Окинчица).

Данный симптом определяется тогда, когда в брюшной полости имеется много крови. Придатки с одной стороны увеличены, прощупывается «тестоватость» без четких контуров, резко болезненны при пальпации. Задний свод влагалища сглажен или даже выпячен, резко болезненный при пальпации. Этот симптом получил название «крик Дугласа».

Диагностика трубной беременности, прервавшейся по типу разрыва трубы, обычно не вызывает больших затруднений. Как правило, клиническая картина заболевания настолько ясна, а состояние больной такое тяжелое, что нет необходимости и времени для применения дополнительных методов исследования.

Диагностика

Основные диагностические мероприятия:

- жалобы и анамнез
- осмотр шейки матки с помощью зеркал;
- бимануальное исследование;
- ОАК (гемоглобин, лейкоцитарная формула, СОЭ);
- иммунные тестовые методы по определению ХГ в моче (при

нормальнопротекающей беременности уровень ХГ увеличивается на 66% каждые 48 часов). При проведении дифференциальной диагностики необходимо учитывать уровень ХГ в сыворотке крови и результаты УЗИ. Содержание ХГ в сыворотке крови выше 1000 МЕ/мл при отсутствии плодного яйца в полости матки на основании УЗИ в 100% случаев свидетельствует об эктопической беременности.

- УЗ-диагностика;

Перечень дополнительных диагностических мероприятий:

1. иммунные тестовые методы по определению прогестерона в крови.
2. кульдоцентез (пункция прямокишечно-маточного углубления при прервавшейся внематочной беременности);
3. —диагностическая лапароскопия или лапаротомия

Диагностические критерии:

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;

Тяжесть клинических проявлений у разных больных варьирует.

Жалобы при прервавшейся внематочной беременности:

1) Разрыв маточной трубы:

Клиника и жалобы складываются из сочетания субъективных и объективных признаков беременности и из симптомов прервавшейся трубной беременности:

- острый приступ болей внизу живота с иррадиацией в прямую кишку (при физической нагрузке или акте дефекации);
- появление холодного пота;
- головокружение;
- кратковременная потеря сознания;
- кровянистые выделения из половых путей;

— клиника геморрагического шока (падение артериального давления, увеличение частоты пульса)

2) Трубный аборт:

Клиника и жалобы складываются из сочетания субъективных и объективных признаков беременности и из симптомом прервавшейся трубной беременности.

— схваткообразные, периодически повторяющиеся приступы болей внизу живота;

— скудные темно-красные 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 (нередко 1 раз 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-красные 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.

Инструментальные исследования:

— УЗИ-диагностика: УЗИ проводить желательно влагалищным доступом. Полость матки бывает при этом пустой, в ней не удается 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 удается 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.

Показания для консультации специалистов: для проведения дифференциальной диагностики в случае затруднения диагностирования внематочной беременности; консультация хирурга — для исключения хирургической патологии.

Лабораторные исследования

Основные:

— Общий анализ крови: гемоглобин (в нормативных значения при отсутствие клиники кровотечения $n=110$ 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 мм/час);

— Иммунные тестовые методы по определению ХГ в моче и в крови.

Дополнительные:

— Иммунные тестовые методы по определению прогестерона в крови (более 25 нг/мл).

— С-реактивный белок (более 3 мг/л).

Лечение

Цели лечения:

1. Оперативное вмешательство с удалением патологически измененной маточной трубы или трубное кесарево сечение.

2. Удаление эктопической беременности.

Тактика лечения:

— Госпитализация в стационар с круглосуточно действующей операционной.

— Лечение хирургическое.

Медикаментозное лечение: антибактериальная терапия

(*Амоксициллин + клавулановая кислота, таблетки, покрытые оболочкой 500 мг/125 мг, 875 мг/125 мг, порошок для приготовления раствора для внутривенного введения во флаконах 500 мг/100 мг, 1000 мг/200 мг).

Введение 2-3 раза в сутки с равными интервалами в течение 5-7 суток.

Проведение инфузии кристаллоидов в расчете 3 к 1 от объема предполагаемой кровопотери.

Проведение гемотрансфузии показано в соответствии с приказом МЗ РК №666 от 06.11.09 г. «Об утверждении Номенклатуры, Правил заготовки,

переработки, хранения, реализации крови и ее компонентов, а также Правил хранения, переливания крови, ее компонентов и препаратов» с изменениями внесенными приказом МЗ РК от 26 июля 2012 года № 501.

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.

Диагностика и лечение. 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.

а. Диагностическая лапароскопия

б. Лапароскопическая операция

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.

— Лапароскопическая сальпинготомия;

— 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.

в. 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 сальпингэктомией 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. Большинство авторов не рекомендуют использовать этот метод, хотя существуют данные о том, что частота нормальной беременности после искусственного трубного аборта достигает 92%.

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-сенсбилизация. Женщинам с Rh-отрицательной кровью профилактически вводят Анти-Д иммуноглобулин человеческий.

Выводы

Внематочная беременность среди гинекологических больных, поступивших в отделение экстренной гинекологии колеблется в пределах 16,2 - 25,8%, в среднем 19,2%. Среди прооперированных больных по поводу ВБ -50,8%. Самыми частыми причинами ВБ являются перенесенные операции на придатках, аппендэктомия и воспалительные процессы гениталий. Повторная внематочная беременность имела место в 15,4%. Лечение ВБ должно быть комплексным, включать хирургический компонент и реабилитационные мероприятия.

Заключение

В заключение следует сказать, что современная диагностика и правильно выбранное лечение улучшает прогноз при эктопической

беременности, как в отношении здоровья больных, так и в отношении их репродуктивной функции.

Список литературы

1. Айламазян Э.К., Рябцева И.Т. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в гинекологии // НГМА.- Нижний Новгород. 1997. - 171с.
2. Бани Одех Е.Ю., Союнов М.А. Структура причин возникновения внематочной беременности // Тезисы докладов IV Российского форума «Мать и дитя».- Москва. 2002. - С. 57.
3. Беженарь В.Ф., Рухляда Н.Н., Кира Е.Ф., Новиков Е.И., Окишева Г.А. Оптимизация методов диагностики и лечения эктопической беременности // Журнал акушерства и женских болезней. 1999. - Т. XLVIII. - Вып. 2. - С. 3945.
4. Гаспаров А.С., Хубоншоева Л.Ю., Хилькевич Е.Г., Алибекова О.Н., Кашкаева Н.М. Эктопическая беременность: проблемы диагностики и лечения // Тезисы докладов IV Российского форума «Мать и дитя». Москва. -2002.-С. 126-127.
5. Курбанова М.Х. Внематочная беременность / Методические рекомендации. Душанбе. 2003. - 12 с.

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

10 группы

Шалтанюк Анастасии Юрьевны

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 балла (отлично)

РЕЦЕНЗЕНТ:  (Мигулина Н.Н.)