

Тема курсовой работы:

Внематочная беременность

Дисциплина: «Оказание акушерско-гинекологической помощи»

Разработчик П.М. Калинин

Специальность Лечебное дело

Руководитель работы К.А. Ширинова

2015

Содержание

Введение

1. Понятие и классификация внематочной беременности
2. Этиология внематочной беременности
 - 2.1 Факторы риска внематочной беременности
3. Патогенез внематочной беременности
4. Диагностика внематочной беременности
5. Лечение эктопической беременности
 - 5.1 Оперативные методы лечения
 - 5.2 Консервативные методы лечения эктопической беременности
 - 5.3 Ведение послеоперационного периода

Заключение

Список использованных источников

Введение

В последние годы проблема внематочной беременности вновь стала актуальной для медицинской общественности.

Наблюдается увеличение числа случаев внематочной беременности, что объясняется ростом воспалительных процессов женских половых органов преимущественно хламидийной и гонорейной этиологии, увеличением количества оперативных вмешательств на маточных трубах, проводимых с целью регуляции деторождения, увеличением числа женщин, использующих внутриматочные спирали в качестве метода контрацепции, ростом числа беременностей, полученных путем экстракорпорального оплодотворения.

Кроме того, число внематочных беременностей растет и за счет большого числа аборт и, соответственно, их осложнений.

Наиболее часто внематочная беременность встречается у женщин 20-35 лет. Среди всех гинекологических больных, поступающих в стационар, это заболевание составляет от 1 до 6% .

Актуальность проблемы обусловлена еще и тем, что внематочная беременность - одна из частых причин материнской смертности. Внематочная беременность среди причин материнской смертности занимает второе место в мире (в России третье) и обусловлена быстро развивающимся кровотечением и шоком.

Кроме того, после перенесенной эктопической беременности у 60-80% больных развивается бесплодие, а у 20-30% повторная внематочная беременность.

У более чем 50% женщин после хирургического лечения внематочной беременности нарушается репродуктивная функция, что представляет также важную медико-социальную проблему.

Объектом и предметом исследования: является лечение и диагностика внематочной беременности.

Цель исследования: детально изучить лечение и диагностику внематочной беременности.

Задачи. Для достижения данной цели исследования необходимо изучить: Этиологию, патогенез, патологическую анатомию, клинику, диагностику, дифференциальную диагностику, лечение и профилактику внематочной беременности.

Методы исследования.

Для проведения исследования использовались следующие методы: научно-теоретический анализ медицинской литературы по внематочной беременности, анализ истории болезни пациентки с внематочной беременностью, анализ и систематизация анкетирования

Практическая значимость: подробное раскрытие материала по теме курсовой работы «Внематочная беременность» позволит повысить качество фельдшерской помощи.

1. Понятие и классификация внематочной беременности

Под внематочной (эктопической) беременностью понимают беременность, при которой оплодотворенное яйцо имплантируется и развивается вне полости матки.

Согласно Международной классификации болезней различают следующие формы внематочной беременности:

1. Абдоминальная (брюшная) беременность.

2. Трубная беременность.

- Беременность в маточной трубе.
- Разрыв маточной трубы вследствие беременности.
- Трубный аборт.

3. Яичниковая беременность.

Другие формы внематочной беременности.

1. Шеечная.
2. В роге матки.
3. Внутрисвязочная.
4. В брыжейке матки.
5. Комбинированная.
6. Неуточненная.

В отечественной литературе в зависимости от места прикрепления плодного яйца различают внематочную беременность: Трубную; Яичниковую; Брюшную.

Трубную беременность по локализации разделяют на:

- Ампулярную;
- Истмическую;
- Интерстициальную.

Яичниковую беременность подразделяют на:

- Развивающуюся на поверхности яичника;
- Развивающуюся интрафолликулярно.

Брюшная беременность по этиопатогенезу подразделяется на; Первичную; Вторичную.

По частоте можно выделить:

- Редкие формы интерстициальная, яичниковая, брюшная;

- Часто встречающиеся формы ампулярная и истмическая.

По характеру клинического течения внематочная беременность разделяется на: Развивающуюся (прогрессирующую); Нарушенную (прервавшуюся); прерывание может происходить по типу трубного аборта или разрыва трубы.

Самая частая форма патологии трубная беременность (98-99%). В зависимости от места внедрения оплодотворенной яйцеклетки трубную беременность подразделяют на беременность в ампулярном, истмическом и интерстициальном отделах трубы.

К редким формам данной патологии также относится брюшная беременность (0,3-0,4%). Локализация брюшной беременности различна: сальник, печень, крестцово-маточные связки, прямокишечно-маточное углубление и др. Она может быть первичной (имплантация осуществляется в органах брюшной полости) и вторичной (первоначально имплантация происходит в трубе, а затем вследствие трубного аборта оплодотворенная яйцеклетка изгоняется из трубы и вторично имплантируется в брюшной полости).

Беременность в рудиментарном роге матки встречается в 0,1-0,9% случаев. Анатомически эта беременность может быть отнесена к маточной, однако в связи с тем, что в большинстве случаев рудиментарный рог не имеет сообщения с влагалищем, клинически такая беременность протекает как внематочная. Условия для развития плодного яйца в рудиментарном роге матки лучше, чем в трубе, поэтому беременность может продолжаться до 4-5 месяцев, ее прерывание сопровождается интенсивным кровотечением.

2. Этиология внематочной беременности

Повышение частоты внематочной беременности обусловлено увеличением числа аборт, воспалительных заболеваний женских половых органов, наружного генитального эндометриоза, использованием ВМК, нейроэндокринных нарушений, психоэмоционального напряжения. Воспалительные заболевания в этиологии внематочной беременности составляют 42 - 80%. Определённую роль в этиологии внематочной беременности играют опухоли матки и придатков. Появились сообщения о возникновении внематочной беременности у 2% женщин, которым было проведено ЭКО.

Оплодотворение яйцеклетки сперматозоидом в норме происходит в фимбриальном отделе ампулы маточной трубы. Благодаря перистальтическому движению трубы, а также с помощью мерцания реснитчатого эпителия эндосальпинкса зигота через 3-4 дня попадает в полость матки, где бластоциста на протяжении 2-4 дней может находиться в свободном состоянии. После увеличения в объеме бластоциста внедряется в эндометрий, где и происходит дальнейшее развитие зародыша.

Таким образом, можно выделить 2 группы причин развития внематочной беременности. Первая группа - причины, связанные с нарушением транспортной

функции маточных труб, вторая - с функциональными изменениями самой яйцеклетки.

2.1 Факторы риска внематочной беременности

1. Анатомо-физиологические факторы (связанные с нарушением транспортной функции маточных труб):

ь воспалительные заболевания внутренних половых органов, приводящие к нарушению проходимости маточных труб в результате как анатомических повреждений (образование спаек, перетяжек, карманов), так и изменений сократительной функции маточных труб вследствие повреждения нервно-мышечного аппарата трубы, изменения нейроэндокринной регуляции и повреждения стероидогенеза в яичниках, что вызывает антиперистальтические движения, приводящие к задержке оплодотворенной яйцеклетки в трубе;

ь хирургическая стерилизация (перевязка) маточных труб;

ь использование внутриматочного контрацептива (ВМК), при длительном применении которого исчезают реснитчатые клетки слизистой оболочки маточных труб;

ь операции на маточных трубах: сальпингоовариолизис, фимбриопластика, сальпингосальпинго анастомоз, трубно-маточный анастомоз, сальпингостомия;

ь опухоли матки и придатков (изменяют анатомическое соотношение органов в малом тазу и могут сдавливать маточные трубы, что осложняет продвижение яйцеклетки; кроме того, может нарушаться гормональная функция яичников, что опосредованно приводит к изменению транспортной функции маточных труб).

2. Гормональные факторы:

ь дисбаланс гипоталамо-гипофизарно-яичниковой регуляции, что приводит к нарушению нервно-мышечного аппарата труб;

ь индукция овуляции. При этом используют различные индукторы овуляции (кломифен, человеческий менопаузальный гонадотропин, хорионический гонадотропин, агонисты ГтРГ), которые приводят к нарушению перистальтики труб в результате изменения физиологических факторов, ответственных за их сократительную функцию (секреция гормонов, простагландинов, адренергических факторов). Стимуляторы овуляции увеличивают риск развития многоплодной беременности, в том числе, и гетеротопической;

ь нарушение синтеза простагландинов. Простагландины влияют на сокращение и расслабление мышечного слоя труб, регулируя транспорт зиготы и объем ретроградной менструальной крови. Физиологическая регуляция транспортной функции трубы зависит от соотношения Pg E/ Pg F2a, при нарушении которого появляется вероятность nidации бластоцисты в маточной трубе;

ь гормональные контрацептивы. Оральные контрацептивы, содержащие прогестины («мини-пили», «чистые» прогестагены), приводят к замедлению сократительной активности маточных труб на фоне сохраненной овуляции.

3. Повышенная биологическая активность плодного яйца. На 8-9 сутки после оплодотворения трофобласт синтезирует глико- и протеолитические ферменты, вызывающие лизис эндометрия и способствующие инвазии бластоцисты в подлежащие ткани. При ускоренном росте трофобласта увеличивается риск преждевременной имплантации бластоцисты до ее проникновения в полость матки.

4. Трансмиграция яйцеклетки и / или сперматозоидов:

ь наружная трансабдоминальная миграция яйцеклетки (переход через брюшную полость в маточную трубу, противоположную от овулировавшего яичника);

ь трансабдоминальная миграция сперматозоидов (происходит при возникновении маточно-перитонеальной фистулы или реканализации маточных труб после добровольной хирургической стерилизации);

ь внутренняя миграция зиготы в маточную трубу из полости матки в результате повышенной возбудимости миометрия.

5. Другие факторы: эндометриоз, врожденные аномалии матки, аномалии развития труб (дивертикулы, добавочные трубы и отверстия, слепые ходы); патология яйцеклетки; качество спермы, аномалии уровня простагландинов в сперме; хромосомные аномалии; стрессовые ситуации, психические травмы (могут нарушить перистальтику маточной трубы).

3. Патогенез внематочной беременности

В норме оплодотворение яйцеклетки происходит в ампулярном отделе маточной трубы, и затем оплодотворённая яйцеклетка продвигается в полость матки, где и происходит имплантация плодного яйца.

Такое продвижение обусловлено транспортной функцией маточной трубы (перистальтикой и движением ресничек мерцательных клеток цилиндрического эпителия слизистой оболочки).

Транспортная функция маточных труб зависит от многих факторов: гормональной функции яичников и введённых экзогенно гормонов, полноценности всех слоёв стенки маточной трубы, состояния кровоснабжения и иннервации внутренних половых органов.

Таким образом, нарушение нормального механизма транспортировки оплодотворённой яйцеклетки может привести к внематочной беременности.

При трубной беременности образуется плодместилище из оболочек маточной трубы: слизистая оболочка формирует внутреннюю капсулу плодместилища, а мышечная и серозная - наружную.

Прерывание трубной беременности происходит за счет следующих факторов:

ь эндосальпинкс не имеет трубчатых желез и не способен дифференцироваться на базальный и функциональный слои;

ь в эндосальпинксе слабо выражен подслизистый и соединительнотканый слой (в эндометрии он снабжен кровеносными сосудами);

ь отсутствует децидуальная трансформация эндосальпинкса;

ь тонкая мышечная оболочка, не способная выдержать воздействие трофобласта;

ь эктопический трофобласт имеет повышенную пролиферативную активность, что приводит к разрушению эндосальпинкса.

ь Прерывание трубной беременности может происходить по типу трубного аборта или по типу разрыва трубы.

При трубном аборте (локализация плодного яйца в ампулярном конце трубы) плодное яйцо растягивает маточную трубу, что приводит к локальному увеличению ее размеров, истончению и, возможно, повреждению эндосальпинкса.

Кроме того, ворсинами хориона разрушаются кровеносные сосуды с возникновением кровоизлияний между плодным яйцом и плод-местилищем.

В дальнейшем происходит внутренний разрыв плодместилища и отслойка зародыша от стенки маточной трубы, что приводит к его гибели. Антиперистальтические сокращения миосальпинкса изгоняют плодное яйцо из просвета трубы в брюшную полость.

Данный процесс сопровождается кровотечением в просвет трубы, откуда кровь попадает в брюшную полость через брюшное отверстие.

Различают полный трубный аборт - плодное яйцо полностью отделяется от стенки маточной трубы и целиком изгоняется в брюшную полость и неполный трубный аборт - остается связь между плодным яйцом и фимбриями.

Разрыв маточной трубы осуществляется вследствие прорастания ее слизистой, мышечной и серозной оболочек ворсинами хориона. При этом внутрибрюшное кровотечение происходит из-за повреждения сосудов трубы.

Механизм прерывания трубной беременности зависит от морфо-функциональных особенностей того отдела, в котором произошла имплантация бластоцисты.

Наибольшая степень деструкции стенки трубы, сопровождающаяся разрушением всех ее оболочек, наблюдается в интрамуральном и истмическом отделах.

При истмической локализации плодного яйца перфорация стенки трубы возникает через 4-6 недель после оплодотворения, что связано со слабой собственной пластинкой эндосальпинкса.

Интрамуральная беременность может длиться до 10-16 недель благодаря мощной мышечной оболочке и богатому кровоснабжению этого отдела.

В ампулярном отделе трубы инвазия трофобласта ограничивается пределами слизистой оболочки. Прерывание такой беременности по типу трубного аборта происходит в 4-8 недель в результате разрушения внутренней капсулы плодместилища, постепенного отслаивания плодного яйца от стенки трубы и кровотечения в ее просвет.

4. Диагностика внематочной беременности

В настоящее время в связи с повышением качества диагностики (в первую очередь, УЗИ и мониторинг содержания ХГЧ) стало возможным диагностировать прогрессирующую трубную беременность.

Порядок диагностики

1. Анамнез жизни.
2. Гинекологический анамнез.
3. Характерные клинические симптомы.
4. Трансвагинальная эхография.

Ультразвуковые критерии внематочной беременности:

- увеличение матки при отсутствии органических изменений в миометрии или маточной беременности;
- утолщение срединного М-эха;
- выявление в проекции придатков матки (изолированно от яичников) образований с неомогенной эхо-структурой и повышенным уровнем звукопоглощаемости;
- наличие свободной жидкости в углублениях малого таза;

· выявление вне полости матки плодного яйца с живым эмбрионом.

5. Определение уровня хорионического гонадотропина (ХГ).

ХГ впервые выявляется в крови беременной женщины на 6-7 день после зачатия, а в моче - на 8 день. Информативность исследования 96,7-100%.

Серийное определение титра ХГ не позволяет достоверно отличить внематочную беременность от осложненной маточной.

У 85% женщин с нормально протекающей маточной беременностью уровень в-субъединицы ХГ в сыворотке за 48 часов повышается не менее чем на 2/3 в то время как у такого же числа больных с внематочной беременностью за то же самое время он повышается менее чем на 2/3.

При проведении исследования каждые 24 часа различия между маточной и внематочной беременностью менее заметны.

Многочисленные исследования уровня в-субъединицы ХГ проводятся при сомнительных результатах УЗИ, когда не определяются плодное яйцо и сердцебиение плода.

6. Определение уровня прогестерона в сыворотке крови.

При маточной беременности уровень прогестерона в сыворотке, как правило, выше, чем при внематочной.

Определение уровня прогестерона в сыворотке можно использовать для исключения внематочной беременности, когда невозможно провести УЗИ и определить уровень в-субъединицы ХГ.

7. Фактор ранней беременности (ФРБ) - специфическая для беременности иммуносупрессивная субстанция, появляющаяся в крови и моче уже через 24-48 часов после оплодотворения.

При эктопической беременности обнаруживается более низкий, чем при маточной беременности титр ФРБ (определяется с помощью теста ингибирования розеткообразования).

8. Пункция брюшной полости через задний свод влагалища.

При нарушении внематочной беременности в результате недавнего внутрибрюшного кровотечения определяется темная несвертывающаяся кровь в маточно-прямокишечном углублении малого таза.

Пунктат подлежит микроскопическому исследованию. Эритроциты, полученные из пунктата, изменяются и имеют вид тутовых ягод или рыбьей чешуи.

Пункция проводится только в случае сомнений в диагнозе (чаще при трубном аборте). При яркой клинике внутрибрюшного кровотечения пункция не показана, так как отсрочивает начало операции.

9. Биопсия эндометрия.

Проводится при подозрении на прогрессирование эктопической беременности.

При внематочной беременности эндометрий трансформируется в децидуальную оболочку, строение которой идентично decidua parietalis с появлением клубков спиральных артерий, атипической трансформации маточного эпителия в виде феномена Ариас-Стеллы и «светлых желез» Овербека; ворсины хориона при этом не обнаруживаются.

Феномен Ариас-Стеллы - появление в эпителии желез эндометрия набухших клеток с необычайно крупными полиморфными ядрами, в 4-5 раз превышающими величину ядра нормальной эпителиальной клетки. В основе развития этого феномена лежит гиперсекреция гонадотропных гормонов.

«Светлые железы» Овербека встречаются при третьей стадии обратного развития эндометрия после нарушенной внематочной или маточной беременности.

Эпителиальные клетки единичных желез имеют светлую вакуолизированную цитоплазму и полиморфные крупные ядра.

10. Лапароскопия - наиболее информативный метод диагностики внематочной беременности.

Точность диагностики как нарушенной, так и прогрессирующей эктопической беременности с применением лапароскопии, составляет 97-100%.

Объективно при прогрессирующей внематочной беременности состояние пациентки удовлетворительное, гемодинамика стабильная. При пальпации может быть болезненность внизу живота на стороне поражения.

При гинекологическом обследовании отмечается лёгкий цианоз слизистой оболочки влагалища и шейки матки, шейка матки несколько размягчена, безболезненна, тело матки мягковатой консистенции, чуть увеличено, несколько чувствительно при исследовании, на стороне поражения можно пропальпировать тестоватой консистенции болезненное образование овоидной формы. Выделения из половых путей светлые.

При прервавшейся беременности при объективном обследовании отмечают бледность кожи и слизистых оболочек, частый слабый пульс, АД может быть снижено.

Температура тела нормальная или повышенная. При пальпации живот мягкий, болезненный над лонным сочленением или в подвздошных областях, перкуторно - притупление звука в отлогих местах.

Симптом Щёткина-Блюмберга выражен слабо. При влагалищном исследовании размер матки чаще увеличен.

Отмечают резкую болезненность при смещении матки, её шейки и при пальпации заднего свода. Иногда пальпируют резко болезненное округлое образование слева или справа от матки (почти в 50% случаев).

Информативными методами в диагностике внематочной беременности служат: определение всубъединицы хорионического гонадотропина в крови, УЗИ и лапароскопия.

Для ранней диагностики проводят:

- трансвагинальное УЗИ;
- определение уровня вХГЧ в сыворотке крови.

Комбинация трансвагинального УЗИ и определения уровня вХГЧ позволяет диагностировать беременность у 98% больных с 3й нед. беременности.

Ультразвуковая диагностика внематочной беременности включает в себя измерение толщины эндометрия, соногистерографию, цветное доплеровское картирование. Беременность в маточном углу может быть заподозрена при асимметрии матки, асимметричной позиции плодного яйца, выявленных при УЗИ.

Результаты проведённых исследований позволили выявить основные ультразвуковые критерии внематочной беременности и их частоту:

- неоднородные придатковые структуры и свободная жидкость в брюшной полости (26,9%);
- неоднородные придатковые структуры без свободной жидкости (16%);
- ктотически расположенное плодное яйцо с живым эмбрионом (с признаками сердцебиения) (12,9%);
- эктопически расположенный эмбрион (сердцебиение не определяется) (6,9%).

По результатам УЗИ выделяют три типа эхографической картины полости матки при внематочной беременности:

I - утолщенный от 11 до 25 мм эндометрий без признаков деструкции;

II - полость матки расширена, переднезадний размер 10-26 мм, содержимое в основном жидкостное, неоднородное за счёт сгустков крови и отторгнутого в различной степени гравидарного эндометрия;

III - полость матки сомкнута, Мэхо в виде гиперэхогенной полоски 1,6-3,2 мм.

5. Лечение эктопической беременности

В современной практике до сих пор применяются оперативные и консервативные методы лечения внематочной беременности. Оба эти метода имеют свои преимущества и недостатки. Грязнова с соавторами считает, что оперативное лечение внематочной беременности является оптимальным. В современной зарубежной литературе (Gollesky, Goshert и др авторы) есть сведения об успешном применении синтетических гормоноподобных препаратов и метотрексата для лечения трубной беременности.

В нашей стране применяется комплексный подход к лечению внематочной беременности. Он включает:

- Операцию.
- Борьбу с кровотечением, геморрагическим шоком, кровопотерей.
- Ведение послеоперационного периода.
- Реабилитацию репродуктивной функции.
- Операции, применяемые при прервавшейся трубной беременности.

5.1 Оперативные методы лечения

Все описанные ниже операции могут быть выполнены как лапаротомическим, так и лапароскопическим способом.

К преимуществам лапароскопических методик относятся:

- Сокращение продолжительности операции.
- Сокращение продолжительности послеоперационного периода.
- Сокращение продолжительности пребывания в стационаре.
- Уменьшение количества рубцовых изменений передней брюшной стенки.
- Лучший косметический эффект.

Сальпингоовариоэктомия. В прошлом при наличии неизменённых придатков матки с противоположной стороны применялся именно этот вид оперативного вмешательства, однако в настоящее время удаление нормального яичника

считается неоправданным. Это связано с тем, что в настоящее время появилась возможность для экстракорпорального оплодотворения, для чего необходимо максимальное восстановление генеративного потенциала (W. W. Beck).

Сальпингэктомия. В настоящее время считается оптимальным методом лечения внематочной беременности. Более всего эта операция подходит для лечения прервавшейся трубной беременности при присоединении массивного кровотечения (W. W. Beck, T. Wolff). Операцию и гемотрансфузию в таком случае проводят одновременно. После вскрытия брюшной стенки можно применить реинфузию (Айламазян Э.К. с соавт). Реинфузия противопоказана при давно прервавшейся беременности (W. W. Beck). внематочный беременность репродуктивный

Операции, применяемые при прогрессирующей трубной беременности.

Частота диагностирования прогрессирующей внематочной беременности увеличилась в последнее время не только за счёт увеличения общего количества внематочных беременностей, но, главным образом за счёт улучшения методов диагностики. При обнаружении у больной прогрессирующей трубной беременности возможно применение более щадящих методов лечения, нежели при прервавшейся трубной беременности.

Выдавливание. У больной с прогрессирующей трубной беременностью (при локализации плодного яйца в ампулярном отделе трубы) плодное яйцо можно осторожно выдавить. Этот метод в настоящее время не применяется в связи с тем, что очень велика вероятность повторного возникновения трубной беременности

Сальпингостомия. Выполняется продольная сальпингостомия. После удаления плодного яйца сальпингостому, обычно не ушивают. Шинкарёва Л.Ф. и Александров М.С. в случае, когда ворсины хориона не прорастали в мышечную оболочку трубы ограничивались её выскабливанием.

Сегментарная резекция маточной трубы. Удаляют сегмент трубы, несущий плодное яйцо, после чего выполняют анастомоз двух концов трубы. При невозможности выполнения сальпинго-сальпингоанастомоза можно перевязать оба конца и наложить анастомоз позднее.

Операции при брюшной беременности.

Техника операции при брюшной беременности зависит от локализации плодного яйца. Обычно операция сводится к удалению плодного яйца и последующему гемостазу.

5.2 Консервативные методы лечения эктопической беременности

При наличии прогрессирующей внематочной беременности небольшого срока успешно применяется метотрексат.

Метотрексат является антагонистом фолиевой кислоты. Он блокирует метаболизм тканей, обладающих высоким уровнем обмена, к числу которых относится и трофобласт.

Осложнением применения метотрексата является острое массивное кровотечение из места локализации беременности через 1-2 недели после отмены препарата.

Реабилитация репродуктивной функции. Проводят мероприятия, направленные на восстановление проходимости трубы. Проводят санаторно-курортное лечение. Имеются сведения, что у женщин, перенесших трубную беременность, часто неполноценна и вторая труба. Это является поводом для проведения противовоспалительной терапии в послеоперационном периоде. При невозможности зачатия ребёнка естественным путём возможно ЭКО.

5.3 Ведение послеоперационного периода

Ведение послеоперационного периода при этих операциях несколько отличается от обычного.

Сразу после операции больную обкладывают грелками, на живот кладут мешочек с песком, который впоследствии заменяют на пузырь со льдом.

При необходимости продолжается инфузионная терапия и обезболивание. Абсолютно необходимым считают превентивное применение антибиотиков. Кроме того необходима витаминотерапия и адекватное питание.

Заключение

Несмотря на возможности, ультразвуковая дифференциальная диагностика эктопической беременности остается чрезвычайно сложной проблемой и при подозрении на нее необходимо определение хорионического гонадотропина. К лабораторным показателям также надо относиться критически, не забывая о хорионпродуцирующих опухолях.

Женщины, перенёвшие внематочную беременность, нуждаются в диспансерном наблюдении по месту жительства.

Пациенткам с нереализованной репродуктивной функцией показана контрольная лапароскопия с целью уточнения состояния маточных труб через три месяца после органосохраняющих операций.

При задержке менструации необходимо сделать мочевой тест на беременность, обратиться к гинекологу и провести трансвагинальное УЗИ органов малого таза. При отрицательном мочевом тесте на беременность сдать кровь на вХГЧ. При задержке менструации, появлении кровянистых выделений из половых путей и болях внизу живота рекомендовано вызвать машину скорой помощи.

Таким образом, только комплексная оценка клинических симптомов, лабораторных данных и ультразвуковых признаков позволяет избежать ошибок, которые могут стоить пациентам жизни.

Список используемой литературы

1. Акушерство и гинекология. Пер. с англ. / Под ред. Г.М. Савельевой, Л.Г. Сичинава. - М.: ГЭОТАР Медицина 2009.

2. Демидов В.Н., Зыкин Б.И. Ультразвуковая диагностика в гинекологии. - М.: Медицина, 1990.

3. Стрижаков А.Н., Давыдов А.И., Шахламова М.Н., Белоцерковцева Л.Д. Внематочная беременность. - М.: Медицина, 2001.

4. Кулаков В.И. Эндоскопия в гинекологии. Общие положения / Кулаков В.И., Гаспаров А.С. - М., 2000.