ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СРЕДНЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ «КРАСНОДАРСКИЙ КРАЕВОЙ БАЗОВЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»

Курсовая работа

Внематочная беременность

**Содержание**

Введение

1. Внематочная беременность

1.1 Понятие и классификация внематочной беременности

1.2 Этиология внематочной беременности

1.2.1 Факторы риска внематочной беременности

1.3 Патогенез внематочной беременности

2. Диагностика внематочной беременности

3. Лечение эктопической беременности

3.1 Оперативные методы лечения

3.2 Консервативные методы лечения эктопической беременности

3.3 Ведение послеоперационного периода

4. Практическая часть

Заключение

Список использованных источников

внематочный беременность эктопический хирургический

**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 абортов 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 Росси 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.

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. Внематочная беременность**

**1.1 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.

1. 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.

**1.2 Этиология внематочной беременности**

Повышение частоты внематочной беременности обусловлено увеличением числа абортов, 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.

**1.2.1 Факторы риска внематочной беременности**

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

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 антиперестальтические движения, приводящие к задержке оплодотворенной яйцеклетки в трубе;

хирургическая стерилизация (перевязка) маточных труб;

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

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

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:

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

индукция овуляции. При этом используют различные индукторы овуляции (кломифен, человеческий менопаузальный гонадотропин, хорионический гонадотропин, агонисты ГтРГ), которые приводят к нарушению перис-тальтики 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;

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 нидации бластоцисты в маточной трубе;

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:

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

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

· 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).

**1.3 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 плодовместилище из оболочек маточной трубы: слизистая оболочка формирует внутреннюю капсулу плодовместилища, а мышечная и серозная - наружную.

Прерывание трубной беременности происходит за счет следующих факторов:

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

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

отсутствует децидуальная трансформация эндосальпинкса;

тонкая мышечная оболочка, не способная выдержать воздействие трофобласта;

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

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 плодо-вместилишем. В дальнейшем происходит внутренний разрыв плодовместилища и отслойка зародыша от стенки маточной трубы, что приводит к его гибели. Антиперестальтические 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 поврежденния 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 истмиче-ском 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 длится 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 плодовместилища, постепенного отслаивания плодного яйца от стенки трубы и кровотечения в ее просвет.

**2. 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 негомогенной 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 (XT).

XT 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 протека ющей 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.

Многократные 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 несвертываюшаяся кровь в маточно-прямокишечном углублении малого таза. Пунктат подлежит микроскопическому иссле-дованию. 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 прогресссирование 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, цветовое допплеровское 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%);
* ктопически 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.

**3. 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.

**3.1 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.

*Сальпингооварикоэктомия*. 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 экстакорпорального 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).

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.

**3.2 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.

**3.3 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.

**4. Практическая часть**

ЖАЛОБЫ

Жалобы на мажущие кровянистые выделения из половых путей, повышение температуры до 37,8, боли внизу живота, слабость,нагрубание молочных желез.

АНАМНЕЗ

1. Наследственность не отягощена.

2. Перенесенные общие заболевания: ОРЗ, детские инфекции. Гемотрансфузий не было.

3. Менструальная функция:

• Менструации с 13 лет.

• Установились сразу.

• Менструации регулярные по 4 дня через 28 дней.

• Менструации умеренные, безболезненные.

• После начала половой жизни характер менструаций не изменился.

• Последняя менструация 25.11.-29.11.2014.

4. Секреторная функция: выделения сукровичные,скудные.

5. Половая функция:

• Половая жизнь с 19 лет

• Половая жизнь регулярная

• Случайные половые связи отрицает

• Половое влечение и чувчтво удовлетворения имеются

• Болей при сношении нет

• От беременности предохраняется презервативом

6. Беременности отрицает.

7. Перенесенные гинекологические заболевания: хронический аднексит(лечилась амбулаторно).

8. История развития данного заболевания: считает себя больной с 13 декабря сего года,когда вечером во время полового акта возникли резкие боли внизу живота. Через несколько часов боли прошли без приема лекарственных препаратов.18.12.2014 около 22.00 на 5 дней раньше предполагаемого срока очередной менструации появились умеренные кровяные выделения из половых путей, возникли резкие боли внизу живота с иррадиацией в прямую кишку,чередующиеся с тянущими болями. Лекарственные препараты не принимала. Ночью боли усилились, больная обратилась в службу скорой помощи и была доставлена в ГКБ № 31.

• Менструации с 13 лет.

• Установились сразу.

• Менструации регулярные по 4 дня через 28 дней.

• Менструации умеренные, безболезненные.

• После начала половой жизни характер менструаций не изменился.

• Последняя менструация 25.11.-29.11.2014.

4. Секреторная функция: выделения сукровичные,скудные.

5. Половая функция:

• Половая жизнь с 19 лет

• Половая жизнь регулярная

• Случайные половые связи отрицает

• Половое влечение и чувчтво удовлетворения имеются

• Болей при сношении нет

• От беременности предохраняется презервативом

6. Беременности отрицает..

ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

А.Общее исследование

Общее состояние средней степени тяжести. Сознание ясное.

Вес 64 кг, рост 164 см, температура тела 36,6°С

Кожные покровы: бледно-розовые, без патологических высыпаний, умеренно влажные, тургор сохранен, ногти правильной формы, без патологических элементов, бледно-розового цвета.

Видимые слизистые: физиологической окраски, умеренной влажности, без патологических высыпаний.

Лимфатические узлы: не пальпируются.

Варикозного расширения вен нет.

Молочные железы:набухшие,безболезненные, соски не втянуты.

Мышечная система: умеренно и равномерно развита, тонус сохранен, сила мышц в пределах нормы, безболезненны при пальпации, уплотнения в мышцах отсутствуют.

Костная система: деформации костей черепа, конечностей, позвоночника отсутствуют, безболезненны при пальпации.

Суставы: конфигурация не изменена, кожа над суставами нормальной окраски, безболезненны при пальпации, объем активных и пассивных движений в суставах осуществляется в полной мере.

Органы дыхания: дыхание через нос свободное, глубокое, ритмичное, форма грудной клетки нормостеническая, грудной тип дыхания, ЧД = 18/мин. Пальпация грудной клетки безболезненна, голосовое дрожание проводится одинаково в симметричные отделы грудной клетки. При перкуссии легких ясный перкуторный звук, границы легких соответствуют норме. При аускультации везикулярное дыхание над всей поверхностью легких, бронхофония в симметричных участках грудной клетки выслушивается одинаково.

Сердечно-сосудистая система: патологическая пульсация отсутствует, набухания сонных артерий и яремных вен нет. Пульс 76 удара в минуту, ритмичный, ненапряжен, удовлетворительного наполнения, одинаковый на симметричных артериях. АД 110/70 мм. рт. ст. Верхушечный толчок ограниченный, средней силы, локализованный на 1,5 см кнутри от левой сосковой линии. Границы сердца в пределах нормы, тоны сердца ясные, ритмичные, соотношение тонов сохранено во всех точках аускультации, без шумов.

Органы пищеварения: язык влажный, чистый, умеренно выражен сосочковый слой, язв и трещин нет, ротовая полость санирована, десны розового цвета, безболезненные, без патологических изменений, миндалины не увеличены, физиологической окраски, без налета. Живот правильной формы,немного вздут, симметричен, отставание брюшной стенки от дыхательных экскурсий, видимой перистальтики нет, подкожные вены не расширены. При пальпации животнапряжен в нижних отделах,там же отмечается болезненность при пальпации.Свободной жидкости в брюшной полости нет. При аускультации кишечника выслушиваются умеренные перистальтические шумы, урчание в сигмовидной кишке. Стул регулярный, каждый день, оформленный, безболезненный.

Печень: видимого увеличения и пульсации нет, при пальпации нижний край печени не выходит за край реберной дуги, безболезненный, размеры по Курлову 9х8х7 см.

Желчный пузырь: не пальпируется, точка проекции желчного пузыря безболезненна.

Селезенка: визуально не определяется, не пальпируется, место проекции безболезненно.

Мочевыделительная система: область почек не изменена, почки и область проекции мочеточников не пальпируются, поколачивание по поясничной области безболезненно. Мочеиспускание свободное безболезненное.

Щитовидная железа не пальпируется, безболезненна. Оволосение по женскому типу.

Нервная и психическая сфера: сознание ясное, речь внятная. Больная правильно ориентирована во времени, месте и собственной личности. Настроение снижено. В контакт вступает неохотно. На вопросы отвечает односложно. Сон беспокойный. Со стороны 12 пар черепно-мозговых нервов патологии не обнаружено. Менингеальные симптомы отрицательные.

**Б. Гинекологическое исследование**

1.Состояние наружных половых органов: развиты правильно.

2.Осмотр шейки матки и влагалища с помощью зеркал: Видимая слизистая шейки матки и влагалища цианотичны.Выделения кровянистые. Взят мазок на степень чистоты и гонококк. 3.Двуручное влагалищное исследование: влагалище и шейка матки цилиндрической формы, цианоз и разрыхленность стенок влагалища и шейки матки,размягчение перешейка матки.

не эрозирована, тело матки в положении anteflexio, нормальных размеров, мягкой консистенции, подвижна,смещения шейки матки болезненны. Выделения кровянистые, умеренные. В области левых придатков пальпируется колбасовидное образование тестоватой консистенции,болезненное,ограниченно подвижное,контуры его нечеткие.Задний и соответствующий боковой своды уплощены.

**В.Диагноз**

Подозрение на нарушенную внематочную беременность.

Г.План обследования:

Общий клинический анализ крови

Биохимический анализ крови

Кровь на RW, ВИЧ

Общий анализ мочи

УЗИ органов таза

Трансвагинальная эхография

Тест на беременность

Д.Специальные методы гинекологического исследования и их результаты.

• Данные трансвагинальной эхографии: в ампулярном конце левой маточной трубы определяется округлое образование с высоким уровнем звукопроводимисти,образование диаметром 2,7см. Жидкость в прямокишечно-маточном пространстве.

• Данные УЗИ: Размер матки 6,7смх3,6смх5,1смх3.6см.Правый яичник 2,8смх2,8смх1,5см , левый яичник 2,9х2,9х1,6 см, в области левой трубы определяется плодное яйцо размером 2,7 см повышенной эхогенности.

• Результаты пункции брюшной полости через задний свод: в прямокишечно-маточном углублении обнаруживается темная, не свертывающаяся кровь.

Е.Лабораторные исследования:

• Общий клинический анализ крови: Hb – 131 г/л, гемотокрит 40,0, Эр – 4,2 х 1012/л, Тр – 270х109/л, Лейк –5,8х 109/л, ПЯ –1%, СЯ –64%, Эоз – 4%, Баз – 1%, Мон – 4%, Лимф – 20%, СОЭ – 8 мм/ч

Заключение: все показатели в пределах нормы.

• Биохимический анализ крови: общий белок – 80 г/л, альбумины - 60%, Хс – 4,3 ммоль/л, общий билирубин – 14 ммоль/л, непрямой билирубин 14 ммоль/л, АСАТ – 45 ммоль/л, АЛАТ – 50 ммоль/л, глюкоза 5,0

Заключение: все показатели в пределах нормы.

• Кровь на RW, ВИЧ отрицательный

• Общий анализ мочи: Цвет - соломенно-желтый, Реакция – кислая, Удельный вес-1012 г\л, Прозрачная, Белок – нет, Глюкоза – нет, Эпителиальные клетки (плоские) - единичные в поле зрения.

• Исследование на гонококк. Уретра эпителий 5-10 Цервикальный канал эпителий 5-10 лейкоциты 5-10 лейкоциты 10-20 флора Гр (-) флора Гр (-)

ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ:

• На основании жалоб и данных анамнеза,

• На основании данных предварительного диагноза,

• На основании данных лабораторных и инструментальных исследований: тест на беременность положительный, при пункции брюшной полости через задний свод получен о 50 мл крови, данных Эхо-УЗИ(обнаружено плодное яйцо в области левой маточной трубы) можно поставить **клинический диагноз** основного заболевания: **Внематочная беременность.**

**Начавшийся трубный аборт.**

2.**Дифференциальная диагностика:**

**Острый аппендицит:**

a) отсутствуют признаки беременности;

б) нет кровянистых выделений из половых путей;

в) жалобы на тошноту, рвоту, боли в правой подвздошной области, умеренное повышение температуры тела;

г) при пальпации живота отмечается болезненность в правой подвздошной области, напряжение мышц брюшной стенки, положительные симптомы Щеткина-Блюмберга, Ровзинга;

д) при влагалищном исследовании матка нормальных размеров, плотная, безболезненная, придатки не определяются, своды свободные;

е) отмечается лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, повышенное СОЭ.

**Перекрут ножки кисты или опухоли яичника.**

а) в анамнезе имеются указания на наличие опухоли или кисты яичника;

б) нет задержки менструации;

в) отсутствуют признаки беременности;

г) при влагалищном исследовании опухоль или киста яичника контурируется более четко.

**Прерывание маточной беременности.**

а) самопроизвольное нарушение маточной беременности происходит большей частью позже (между 8 и 12 неделями);

б) боли имеют схваткообразный характер и ощущаются главным образом внизу живота и в крестце;

в) при прерывании маточной беременности наружное кровотечение более выражено, чем болевой синдром, тогда как при эктопической беременности боль доминирует;

г) степень анемии соответствует количеству выделяющейся наружу крови;

д) при влагалищном исследовании матка увеличена соответственно сроку задержки менструации, цервикальный канал открыт, возможно выделение плодного яйца из полости матки;

е) наблюдается отхождение плацентарной ткани, характеризующейся наличием ворсинок, хорошо видимых простым глазом;

**Апоплексия яичника.**

а) может возникнуть у женщины, не живущей половой жизнью;

б) прослеживается закономерность начала заболевания от фазы менструального цикла (как правило в дни, близкие к овуляции);

в) внутреннее кровотечение редко бывает значительным;

г) кровоизлияние в жёлтое тело обычно не вызывает очень сильных болей и шока, типичных для эктопической беременности;

д) маточного кровотечения обычно нет;

е) как правило, не бывает задержки менструации;

ж) нет признаков беременности.

У некоторых больных окончательный диагноз и дифференциация нарушенной яичниковой беременности устанавливаются лишь при гистологическом исследовании ткани, удаленной при резекции яичника.

**Обострившееся воспаление придатков матки.**

а) задержки менструаций, как правило, не бывает;

б) объективные и субъективные признаки беременности отсутствуют;

в) биологические и серологические реакции на беременность отрицательные;

г) СОЭ ускорена, красная кровь нормальная, отмечается лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево;

д) повышение температуры тела;

е) боли носят более постоянный характер и ощущаются обычно в месте локализации процесса;

ж) живот напряжен, болезненный обычно с обеих сторон;

з) кровянистые выделения из половых путей бывают в очень редких случаях;

и) при влагалищном исследовании матка нормальной величины, плотная, придатки матки (чаще с двух сторон) утолщены, болезненны при пальпации, своды свободные, глубокие.

ЛЕЧЕНИЕ

**Экстренное оперативное вмешательство .**

Показания: постановка окончательного диагноза, выполнение оперативных действий в объеме, адекватном окончательному диагнозу.

Доступ: поперечный надлобковый разрез (чревосечение по Пфанненштилю)

Ход операции: После соответствующей обработки операционного поля произведен послойный разрез брюшной стенки, поперечный над лоном. При вскрытии брюшной полости обнаружены: гемоперитонеум 50 мл, левая маточная труба утолщена в ампулярном отделе до размеров 3 см, багрово-синюшного цвета. Матка увеличена, придатки не изменены. Источника кровотечения нет. Вероятно, имел место заброс крови из маточных труб в брюшную полость, что вызвало резкую боль. По показаниям выполнены оперативные действия в объеме: левосторнняя тубэктомия, цистэктомия, аспирация крови из брюшной полости. Брюшная полость осушена. Рана брюшной стенки зашита полностью. Наложен внутрикожный кисетный шов. Моча светлая. Учитывая увеличенную матку, решено провести выскабливание слизистой матки. Длина матки 8 см, удалены остатки плодного яйца.

Окончательный диагноз: Нарушенная трубная (ампулярная) беременность по типу трубного аборта. Гемоперитонеум (50 мл).

**Окончательный диагноз**: Неполный самопроизвольный аборт на малом сроке. Заброс крови в брюшную полость из маточных труб.

**План лечения в послеоперационном периоде:**

Постельный режим первые двое суток, следующие двое суток палатный режим, затем коридорный. Ранние физические нагрузки с постепенным увеличением (на вторые сутки можно садиться в постели, на третьи – вставать, на четвертые – ходить по палате, пятые – ходить по коридору и т.д.). ЛФК с первых суток.

Обезболивание в послеоперационном периоде: наркотические анальгетики в течение первых трех суток, с интервалами 4 – 6 – 8 – 12 часов, в сочетании с антигистаминными и седативными препаратами, с целью потенцирования действия.

Профилактика бактериальных осложнений: Ампиокс в таблетках по 0,5 каждые 6 часов курсом 5 дней.

Профилактика грибковых заболеваний: Нистатин в таблетках по 500 тыс ЕД утром и вечером курсом 5 дней.

Инфузионная терапия: объем инфузии определяется характером ЦВД и величиной диуреза, при сохраненной функции почек количество вводимой жидкости составляет 35 – 40 мл/кг массы тела в сутки, т.е. общее количество вводимой жидкости в сутки при нормальном мочевыделении не менее 50 мл/ч – 2-2,5 л. Инфузионная терапия включает: кристаллоиды (5%, 10% растворы глюкозы, 0,9% NaCl, раствор Рингера – Локка, лактасоль, йоностерил) – способствуют восстановлению энергетических ресурсов и электролитного обмена; плазмозамещающие коллоиды (реополиглюкин, 6% раствор крахмала HAES -СТЕРИЛ); белковые препараты (свежезамороженная плазма, 20% раствор альбумина).

Препараты, улучшающие реологические свойства крови:

Гепаринотерапия (Фраксипарин dсуточная = 0,4 мл 1раз/сут, п/к, курс 1щ дней) или Трентал 200 мг/сут + п. 5 (инфузионная терапия)

Общеукрепляющая терапия: комплексные витамины и микроэлементы.

Физиотерапия.

ДНЕВНИК

20.12.2014. Больная на вторые сутки после операции. Жалобы на тянущие боли в области послеоперационного шва. Состояние удовлетворительное, ps 74 уд/мин, ритм правильный. АД 115/70 мм Hg. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Ритм сердечных сокращений правильный, шумов нет. Живот при пальпации болезненный в области послеоперационных швов. Повязка сухая. Газы отходят. Мочеиспускание самостоятельное. Скудные выделения из половых органов коричневого цвета.

24.12.2014: Больная на 5 день после операции. На момент курации жалоб нет. Состояние удовлетворительное, ps=ЧСС= 72 уд/мин, ритм правильный. АД 120/80 мм Hg. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Ритм сердечных сокращений правильный, шумов нет. Живот при пальпации болезненный в области послеоперационных швов. Повязка сухая. Газы отходят. Мочеиспускание самостоятельное. Скудные выделения из половых органов коричневого цвета.

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ.

Этиология внематочной беременности:

А. Инфекция органов малого таза. Хронический сальпингит — частая находка (30-50%) при эктопической беременности. Часто внематочная беременность возникает у женщин с воспалительными заболеваниями органов малого таза.

1. 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. Хронические воспалительные заболевания органов малого таза обычно поражают обе маточные трубы. Частота повторной эктопической беременности во второй трубе составляет 10-15%.

Б. Сужение маточной трубы

1. Врожденные дефекты маточной трубы (например, дивертикулы и карманы).

2. Доброкачественные опухоли или кисты трубы.

3. Фибромиомы матки в области трубного угла.

4. Эндометриоз труб.

5. Околотрубные спайки, возникающие вторично при аппендиците или после операций на органах малого таза и/или брюшной полости.

6. Хирургические вмешательства на маточных трубах. Частота эктопической беременности выше после пластических операций на маточных трубах по поводу воспалительных заболеваний или восстановления их проходимости после перевязки.

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

1. 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.

2. Оплодотворённая яйцеклетка может также пройти через матку (внутренняя миграция) и попасть в противоположную трубу.

Г. ВМС. Часто эктопическая беременность возникает при использовании ВМС.

Д. Беременности, полученные путем экстракорпорального оплодотворения.

Патогенез:

В маточной трубе, брюшной полости и зачаточном роге матки нет мощной специфической слизистой, которая свойственна для обычного места имплантации - полости матки. Прогрессирующая внематочная беременность растягивает плодовместилище, а ворсины хориона разрушают подлежащую ткань, в том числе и кровеносные сосуды. Этот процесс может протекать с разной скоростью в зависимости от места локализации и сопровождается более или менее выраженным кровотечением.

Если плодное яйцо развивается в истмическом отделе трубы, то имеет место базотропный рост ворсин хориона, которые быстро разрушают все слои трубы. И уже к 4-6 неделе это приводит к разрыву трубы и массивному кровотечению.

Аналогично протекает беременность, локализованная в интерстициальном отделе трубы, однако в связи с большей толщиной мышечного слоя длительность существования такой беременности больше и достигает 10-12 недель.

При ампулярной локализации плодного яйца возможна имплантация плодного яйца в складки эндосальпингса. В этом случае рост ворсин хориона возможен в сторону просвета трубы. При этом вследствие антиперистальтики трубы возможно изгнание отслоившегося плодного яйца в брюшную полость, т.е. происходит трубный аборт. При закрытии фимбриального отдела трубы изливающаяся в просвет трубы кровь приводит к образованию гематосальпингса. При открытом просвете ампулы кровь, вытекая из трубы и сворачиваясь в области её воронки, может образовывать перитубарную гематому. При скапливании крови в Дугласовом пространстве образуется заматочная гематома, отграниченная от брюшной полости фиброзной капсулой.

В редких случаях плодное яйцо, изгнанное из трубы, не погибает, а имплантируется в брюшной полости и продолжает развиваться.

В определённых условиях возможно развитие яичниковой беременности, которая редко существует длительное время и приводит к разрыву плодовместилища, сопровождающегося значительным кровотечением.

ЭПИКРИЗ И ПРОГНОЗ.

Эпикриз:

Больная Гришаева Э.И.1979 года рождения поступила по скорой помощи в ГКБ № 31 19.12.02 в 1 ч.10 мин. С жалобами на кровяные выделения из половых путей, сильные постоянные боли внизу живота, головокружение, чувство общей слабости. Из анамнеза стало известно что вечером 13.12.02 во время полового акта возникли резкие боли внизу живота, прошедшие через несколько часов без приема лекарственных препаратов. 18.12.02.около 22.00 на 5 дней раньше предполагаемого срока очередной менструации появились умеренные кровяные выделения из половых путей, возникли резкие боли внизу живота. Лекарственные препараты не принимала. Ночью боли усилились, больная обратилась в службу скорой помощи. При объективном обследовании грубой патологии не выявлено. При гинекологическом осмотре выявлены цианоз влагалища и шейки матки,мягковатое образование в ампуллярной части левой маточной трубы.

чувствительность тела матки, умеренные кровянистые выделения из половых путей. На основании полученных данных был поставлен предварительный диагноз: внематочная беременность. Назначены и проведены дополнительные методы обследования, получены следующие данные: положительный тест на беременность; Эхо-УЗИ – плодное яйцо в матке отсутствует, матка не увеличена, в области левой трубы определяется плодное яйцо размером 2,7 см повышенной эхогенности,жидкость в прямокишечно-маточном пространстве.

В связи с недостаточным количеством полученных данных поставлен предварительный диагноз: Нарушенная внематочная беременность. Гидроперитонеум. По показаниям проведено экстренное чревосечение по Пфанненштилю. При вскрытии брюшной полости обнаружены: гемоперитонеум 50 мл, левая маточная труба утолщена в ампулярном отделе до размеров 3 см, багрово-синюшного цвета. На основании этих данных поставлен окончательный диагноз: Нарушенная трубная (ампулярная) беременность по типу трубного аборта. Гемоперитонеум (50 мл) и по показаниям выполнены оперативные действия в объеме: левосторнняя тубэктомия, цистэктомия, аспирация крови из брюшной полости. Больная хорошо перенесла наркоз и операцию, состояние после операции стабильное. Назначена послеоперационная терапия (анальгетики, инфузионная, антибактериальная и противогрибковая терапия, средства улучшающие реологические свойства крови, витаминотерапия, физиотерапия). В настоящее время состояние больной средней степени тяжести, сознание ясное. Жалобы на незначительные боли в области операционной раны. Ходит по палате. Дыхание везикулярное, ЧД = 17 в минуту. Тоны сердца ясные, шумов нет, АД = 120/70 мм рт. ст., ЧСС=PS=72 уд/мин, ритмичный, умеренного напряжения и наполнения. Живот мягкий, болезненный в области операционной раны, физиологические отправления в норме. Послеоперационная рана в удовлетворительном состоянии. Терапия: режим палатный, диета №15, назначения: см. лечение.

**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, перенёсшие 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.

5. W. Beck Obstetrics And Gynecology 3rd edition. Williams and Wilkins 1995.

Размещено на Allbest.ru