**План:**

1. **Введение**
2. **Распространенность. Факторы риска**
3. **Этиология. Патогенез.**
4. **Диагностика. Классификация трубной беременности**
5. **Лечение**
6. **Редкие формы эктопической беременности**
7. **Литература**

**I. 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.

**II. Распространенность.**В 70-е гг. распространенность внематочной беременности возросла примерно в 3 раза, в 80-х была отмечена та же динамика. На сегодняшний день внематочными оказываются 1,4% всех беременностей. Внематочная беременность служит основной причиной смерти женщин в I триместре беременности. Риск внематочной беременности повышается с возрастом и наиболее высок у женщин 35—44 лет. Относительный риск летального исхода при внематочной беременности примерно в 10 раз выше, чем при родах, и в 50 раз выше, чем при искусственном аборте.

**III. Факторы риска**

**А. 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.

**Б. Аномалии развития маточных труб** — дивертикулы, добавочные отверстия, недоразвитие. Применение [диэтилстильбэстрола](http://www.practica.ru/DrugBook/Drugs/dr0291.htm%22%20%5Ct%20%22clear) матерью женщины во время беременности повышает риск внематочной беременности в 4—5 раз.

**В. Спаечный процесс в малом тазу**вследствие эндометриоза или острого аппендицита, а также инфекционных осложнений после родов или аборта.

**Г. 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.

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

**Е. Прием мини-пилей и инъекции [медроксипрогестерона](http://www.practica.ru/DrugBook/Drugs/dr0515.htm%22%20%5Ct%20%22clear)** повышают риск внематочной беременности. Это, по-видимому, связано со снижением моторики маточных труб.

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

**З. Бесплодие.** При бесплодии независимо от причины повышен риск внематочной беременности.

**И. Возраст женщины**старше 35 лет.

**IV. Патогенез трубной беременности**

Плодное яйцо имплантируется в слизистую маточной трубы так же глубоко, как и в эндометрий. В матке развиваются изменения, характерные для нормальной беременности ранних сроков — размягчение шейки и перешейка, небольшое увеличение тела матки. Развитие хориона и его внедрение в стенку маточной трубы приводит к кровотечению. Кровь изливается в полость маточной трубы или расслаивает ее стенку. Децидуальные изменения эндометрия выражены меньше, чем при маточной беременности. В связи с отсутствием в маточной трубе благоприятных условий для развития плодного яйца беременность прерывается. Обычно это происходит на 6—12-й неделе. Происходит разрыв маточной трубы либо изгнание плодного яйца в брюшную полость (трубный аборт).

**А. Ампулярная трубная беременность**составляет 80% случаев трубной беременности. Поскольку ампула маточной трубы — самая широкая ее часть, плодное яйцо при ампулярной беременности может достигать значительных размеров. Беременность обычно прерывается на 12-й неделе. Обычно происходит разрыв маточной трубы, реже прерывание происходит по типу трубного аборта. Трубный аборт может стать причиной других видов внематочной беременности — брюшной, яичниковой или фимбриальной.

**Б. Истмическая трубная беременность**составляет около 13% случаев трубной беременности. Беременность заканчивается разрывом маточной трубы. Поскольку перешеек маточной трубы — самая узкая ее часть, разрыв происходит достаточно рано. Яйцеклетка, как правило, выходит в брюшную полость. Если маточная труба разрывается по линии прикрепления брыжейки, плодное яйцо оказывается между листками широкой связки матки, где может продолжать развиваться.

**В. Интерстициальная трубная беременность**составляет около 2% случаев трубной беременности. Благодаря большой растяжимости миометрия интерстициальная беременность может развиваться до 4 мес. Прерывание сопровождается сильным кровотечением, которое может быстро привести к смерти. При значительном повреждении матки показана ее экстирпация.

**Г. Фимбриальная трубная беременность**составляет примерно 5% случаев трубной беременности.

**V. Диагностика**

Диагностика внематочной беременности достаточно трудна. Это связано с разнообразием клинических проявлений — от незначительной боли внизу живота со скудными кровянистыми выделениями из половых путей до геморрагического шока. В связи с этим у всех женщин детородного возраста при боли внизу живота в первую очередь исключают внематочную беременность.

При подозрении на внематочную беременность показано неотложное обследование. При прерывании внематочной беременности показано экстренное хирургическое вмешательство. Если операция произведена до развития шока, летальный исход маловероятен. При отсроченном хирургическом вмешательстве летальность составляет 16—30%. Ранняя диагностика внематочной беременности (до разрыва маточной трубы) позволяет сохранить фертильность.

**А. Диагностика прервавшейся трубной беременности.** Нередко развивается геморрагический шок. При пальпации живота отмечается болезненность мышц передней брюшной стенки. Иногда, даже при выраженном гемоперитонеуме, боль в животе бывает незначительной. Симптомы раздражения брюшины положительные. Температура тела нормальная. При влагалищном исследовании определяется нависание заднего свода влагалища вследствие скопления крови в прямокишечно-маточном углублении. При кульдоцентезе получают кровь. В 15% случаев наблюдается боль в плече или ключице за счет раздражения диафрагмального нерва излившейся кровью. Дифференциальную диагностику проводят с разрывом селезенки и разрывом кисты желтого тела.

**Б. Диагностика развивающейся трубной беременности**

**1. Боль в животе**наблюдается в 95% случаев внематочной беременности. Вначале возникает незначительная преходящая боль в одной из подвздошных областей. По мере увеличения срока беременности боль нарастает, становится непрерывной и распространяется на весь низ живота.

**2. Задержка менструации**от нескольких суток до нескольких недель наблюдается в 90% случаев.

**3. Кровянистые выделения из половых путей**встречаются в 50—80% случаев. Кровянистые выделения вызваны отторжением эндометрия вследствие низкого уровня половых гормонов. Выраженность выделений различна — от скудных до менструальноподобных. Иногда кровянистые выделения содержат фрагменты отторгнутой децидуальной оболочки. Это затрудняет дифференциальную диагностику внематочной беременности с неполным абортом.

**4. Болезненность живота при пальпации**отмечается в 80—90% случаев и бывает выражена в разной степени: от незначительной до очень интенсивной, вплоть до появления симптома Щеткина—Блюмберга.

**5. Болезненность придатков матки**при бимануальном исследовании — постоянный симптом, который нередко сочетается с болезненностью шейки матки при ее смещении.

**6.**У 50% больных в области придатков матки или в прямокишечно-маточном углублении пальпируется объемное образование. Примерно в половине случаев оно представляет собой кисту желтого тела и локализуется с противоположной стороны от плодного яйца.

**7. Увеличение матки**наблюдается в 25% случаев внематочной беременности. Размеры матки, как правило, меньше предполагаемого срока беременности.

**В. Дифференциальная диагностика**

**1. Заболевания, связанные с беременностью.** Исключают самопроизвольный аборт (угрожающий, неполный и полный), инфицированный аборт, пузырный занос и кисту желтого тела при маточной беременности малых сроков. В дифференциальной диагностике учитывают клинические проявления, уровень бета-субъединицыХГ в сыворотке и данные УЗИ.

**2. Заболевания, не связанные с беременностью.**Исключают острый сальпингит, острый аппендицит, перекрут ножки объемного образования яичника, разрыв кисты желтого тела, дисфункциональное маточное кровотечение, инфекцию мочевых путей и почечную колику. В дифференциальной диагностике важную роль играет исследование уровня бета-субъединицы ХГ в моче и сыворотке.

**Г. УЗИ**

Поскольку маточная беременность очень редко сочетается с внематочной (1 случай на 10 000—30 000 беременностей), обнаружение плодного яйца в матке исключает внематочную беременность. При абдоминальном УЗИ плодное яйцо в матке удается обнаружить на сроке 6—7 нед беременности, а при влагалищном УЗИ — на сроке 4,5—5 нед. В 10% случаев внематочной беременности ошибочные результаты связаны с тем, что за плодное яйцо в полости матки принимают скопление жидкости или сгустки крови.

Особенности диагностики внематочной беременности при УЗИ описаны ниже.

**1.**Объемное образование придатков матки неспецифично для внематочной беременности, поскольку оно может оказаться желтым телом.

**2.**Плодное яйцо в области придатков матки обнаруживают с помощью влагалищного датчика в 25% случаев. Возможны ложноположительные результаты.

**3.**При внематочной беременности (в том числе развивающейся) в прямокишечно-маточном углублении нередко обнаруживают скопление жидкости: при абдоминальном УЗИ — в 50%, а при влагалищном — в 75% случаев.

**VI. Лечение**

**А. Прервавшаяся трубная беременность.** При шоке и остром животе показано экстренное хирургическое вмешательство.

**1. Предоперационная подготовка**включает инфузию солевых растворов (обычно раствора Рингера с лактатом) в две крупные периферические вены через катетеры большого диаметра. Инфузию начинают немедленно, до сбора анамнеза и физикального исследования. Для оценки диуреза в мочевой пузырь устанавливают катетер Фоли. Диурез должен составлять 30—50 мл/ч. Контроль центральной гемодинамики обычно не требуется. Определяют группу крови и Rh-фактор. Запасаются по крайней мере четырьмя дозами эритроцитарной массы. Анамнестические данные выясняют у больной, ее родственников или сопровождающих лиц. Проводят физикальное и гинекологическое исследования. Операцию обычно приходится выполнять до стабилизации гемодинамических показателей на фоне интенсивной инфузионной терапии. Это позволяет быстро остановить кровотечение и повышает эффективность интенсивной терапии.

**2. Техника операции.** Основная цель — как можно скорее остановить кровотечение. В зависимости от особенностей случая выполняют нижнесрединный или поперечный надлобковый (по Пфанненштилю) доступы. Не теряя времени на удаление крови, вводят руку в брюшную полость, находят пораженную маточную трубу и, если это удается, выводят ее в рану и быстро накладывают кровоостанавливающие зажимы. После остановки кровотечения проводят массивную инфузионную и при необходимости — трансфузионную терапию. После стабилизации гемодинамики производят резекцию или удаление маточной трубы. Если яичник на пораженной стороне не изменен, то его сохраняют. При локализации плодного яйца в интерстициальном отделе маточной трубы или рудиментарном роге матки может потребоваться экстирпация матки. Это единственное показание для экстирпации матки при хирургическом вмешательстве по поводу внематочной беременности.

**Б. Развивающаяся трубная беременность.** В отсутствие разрыва маточной трубы и кровотечения диагностические и лечебные мероприятия направлены на профилактику осложнений и сохранение фертильности.

**1. Диагностика и лечение.** Основной лечебно-диагностический метод — лапароскопия. Манипуляцию производят только под общей анестезией, подготовка к которой требует некоторого времени. Лапароскопию проводят только в тех медицинских учреждениях, где есть условия для выполнения лапаротомии.

Вначале под общей анестезией производят гинекологическое исследование. Оценивают степень раскрытия шейки матки, размеры матки и наличие объемных образований в области придатков. При обнаружении раскрытия шейки матки, если женщина не желает ребенка, а при УЗИ не удается уточнить местонахождение плодного яйца, производят диагностическое выскабливание полости матки. Если женщина желает сохранить беременность, чтобы исключить внематочную локализацию плодного яйца, производят лапароскопию. Внематочную беременность можно исключить, если в материале, полученном при выскабливании полости матки, обнаружены ворсины хориона. Для этого полученный при выскабливании материал помещают в физиологический раствор. Ворсины хориона всплывают на поверхность, выглядят как пузырчатые ветвистые структуры. Для обнаружения ворсин хориона также проводят срочное гистологическое исследование, однако метод требует некоторого времени и часто дает ложноположительные или ложноотрицательные результаты.

**а. Диагностическая лапароскопия.** После введения лапароскопа аспирируют кровь. При значительном гемоперитонеуме для санации брюшной полости используют трубки большого диаметра. Осматривают органы малого таза, при необходимости разделяют спайки. Тщательно осматривают обе маточные трубы. Если плодное яйцо находится в маточной трубе, она веретенообразно утолщена, возможно кровоизлияние в ее стенку. При осмотре уточняют, нет ли разрыва стенки маточной трубы. При трубном аборте плодное яйцо видно у брюшного отверстия маточной трубы или обнаруживается среди аспирированных из брюшной полости сгустков крови. Обязательно отмечают признаки, имеющие значение для дальнейшей фертильности: наличие спаек в малом тазу, состояние яичников и другой маточной трубы, локализацию и размеры плодного яйца, расположение желтого тела и длину оставшейся части маточной трубы при ее резекции [5].

**б. Лапароскопическая операция**

**1) 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 [10].

**2) Техника операции**

**а)**Лапароскопическую сальпинготомию производят из двух или трех проколов передней брюшной стенки. Первым троакаром диаметром 10—11 мм, пунктируют брюшную стенку ниже пупка. Это отверстие используют для введения инструментов. Второй прокол троакаром (диаметром 5 мм) производят над лобком (для введения телескопа). Согласно другой методике, отверстие над лобком (диаметром 5—7 мм) служит для введения щипцов, фиксирующих маточную трубу, а два отверстия, расположенные латерально (диаметром 5 мм) — для введения остальных инструментов (со стороны пораженной маточной трубы) и телескопа (с противоположной).

Пораженную маточную трубу захватывают атравматичными щипцами. По противобрыжеечному краю делают продольный разрез игольчатым электродом или лазером. С помощью изогнутых ножниц разрез увеличивают до 1—2 см. Обычно плодное яйцо сразу выделяется из маточной трубы, если это не происходит, его удаляют атравматичными щипцами. Чтобы удалить оставшиеся части плодного яйца, маточную трубу промывают раствором Рингера с лактататом. Полученный материал направляют на гистологическое исследование для подтверждения диагноза внематочной беременности и исключения трофобластической болезни [11].

Кровотечение останавливают с помощью электро- или лазерной коагуляции. Дефект стенки маточной трубы оставляют или ушивают. В экспериментальных исследованиях показано, что оставление или закрытие дефекта маточной трубы не влияет на фертильность и частоту образования спаек.

Для остановки и профилактики кровотечения в брыжейку и стенку маточной трубы вводят [вазопрессин](http://www.practica.ru/DrugBook/Drugs/dr0142.htm) (5 ед в 20 мл физиологического раствора). С этой целью можно использовать иглу для люмбальной пункции. Если кровотечение продолжается, производят лапаротомию.

**б)**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. Используют специальные сшивающие аппараты или лигатуры.

**в. Лапаротомию**выполняют при тяжелом состоянии больной и невозможности произвести лапароскопическую операцию из-за спаечного процесса. 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 [5].

Если женщина не заинтересована в сохранении фертильности, выполняют сальпингэктомию или сальпингоофорэктомию. Экстирпацию матки проводят только в случае кровотечения при локализации плодного яйца в рудиментарном роге матке.

**г. Выбор операции**(лапароскопия или лапаротомия). После продольной сальпинготомии маточная беременность наступает чаще, чем после удаления или резекции маточной трубы [10]. Очевидно, это связано с тем, что сальпинготомию выполняют при развивающейся внематочной беременности малых сроков, когда выраженных анатомических изменений в маточной трубе нет. Повторная внематочная беременность после сальпинготомии наступает примерно в 20% случаев. В целом после внематочной беременности вероятность последующих беременностей составляет около 60%, но лишь половина из них заканчивается нормальными родами.

**1) 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.

**2) 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%.

**д. 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](http://www.practica.ru/DrugBook/Drugs/dr0571.htm%22%20%5Ct%20%22clear).

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 культе 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-сенсибилизация. Женщинам с Rh-отрицательной кровью профилактически вводят [анти-Rh0(D)-иммуноглобулин](http://www.practica.ru/DrugBook/Drugs/dr0063.htm).

**VII. Редкие формы внематочной беременности**

**А. Яичниковая беременность**развивается при оплодотворении яйцеклетки в полости фолликула. Хотя известно, что яйцеклетка готова к оплодотворению еще до овуляции, многие авторы считают, что при яичниковой беременности в яичник имплантируется уже оплодотворенная яйцеклетка. Ниже приведены диагностические признаки яичниковой беременности.

**1.**Маточная труба на пораженной стороне не изменена.

**2.**Плодное яйцо располагается в проекции яичника.

**3.**Плодное яйцо соединено с маткой собственной связкой яичника.

**4.**Среди плодных оболочек обнаруживается ткань яичника.

Лечение включает удаление плодного яйца или клиновидную резекцию яичника. Овариэктомия требуется редко.

**Б. Шеечная беременность**развивается при имплантации оплодотворенной яйцеклетки в канале шейки матки. Плодное яйцо проникает в слизистую канала шейки матки, а иногда — в подлежащую соединительную ткань. Распространенность шеечной беременности составляет около 0,1%. При бимануальном исследовании в области шейки матки обнаруживают шаровидное образование. При изгнании плодного яйца через наружный зев клиническая картина напоминает неполный аборт, однако при этом наружный зев открыт, а внутренний — закрыт. При УЗИ матка имеет форму песочных часов. Первым проявлением шеечной беременности нередко служит кровотечение. Оно обычно возникает до 20-й недели беременности, может быть обильным и нередко требует прерывания беременности.

Шеечную беременность обычно диагностируют во II триместре. Такая беременность редко заканчивается рождением жизнеспособного плода. Раньше материнская смертность достигала 45%, а единственным методом лечения была экстирпация матки. В последние годы хорошие результаты дает лечение [метотрексатом](http://www.practica.ru/DrugBook/Drugs/dr0571.htm%22%20%5Ct%20%22clear), которое позволяет сохранить фертильность.

**В. Брюшная беременность**составляет 0,003% всех случаев внематочной беременности. Различают первичную и вторичную брюшную беременность. Под первичной понимают имплантацию оплодотворенной яйцеклетки в брюшной полости. Вторичная брюшная беременность формируется, когда плодное яйцо оказывается в брюшной полости после трубного аборта. Описаны случаи вторичной брюшной беременности в исходе маточной беременности, когда после разрыва матки плодное яйцо попадает в пространство между листками широкой связки матки. Изредка брюшная беременность развивается до больших сроков. При этом возможны тяжелые осложнения — массивное кровотечение из-за отслойки плаценты или повреждение внутренних органов.

**1. Диагностика.** Брюшную беременность можно заподозрить, если в ранние сроки женщину беспокоили боль внизу живота и кровянистые выделения из половых путей. При физикальном исследовании легко пальпируются мелкие части плода и расположенная отдельно матка небольших размеров. Для диагностики используютУЗИ. Если УЗИ неинформативно, диагноз подтверждают с помощью рентгенографии, КТ и МРТ. На рентгенограмме брюшной полости, снятой в боковой проекции, видно, как тень скелета плода накладывается на тень позвоночника матери.

**2. Лечение.** В связи с риском массивного кровотечения показано немедленное прерывание беременности. При сохранении беременности плод оказывается жизнеспособным только в 20% случаев. Перед операцией проводят гемодилюцию. Необходимо заранее определить группу крови, Rh-фактор и иметь в запасе не менее 6—8 доз эритроцитарной массы. Хирургическое вмешательство должна выполнять опытная бригада. Во время операции используют атравматичные инструменты и шовный материал.

Ребенка, как правило, извлекают без труда. При отделении плаценты может возникнуть профузное кровотечение и повреждение внутренних органов, связанных с трофобластом. Отделение плаценты производят только тогда, когда удается перевязать питающие ее сосуды. Оставленная плацента в большинстве случаев рассасывается. Реже возникают инфекционные осложнения, спайки, кишечная непроходимость и сепсис. Риск, связанный с попыткой удаления плаценты, значительно выше.

**VIII. Консервативное лечение.** С появлением новых методов диагностики повышается вероятность выявления внематочной беременности в ранние сроки. Это позволяет более широко применять консервативные методы лечения.

**А.**При бессимптомном течении заболевания, отсутствии крови в прямокишечно-маточном углублении и низком уровне или снижении бета-субъединицы ХГ в сыворотке используют выжидательную тактику. В связи с воспалением и спаечным процессом в малом тазу в 50% случаев приходится прибегать к хирургическому вмешательству. Было отмечено, что самопроизвольное рассасывание плодного яйца чаще происходит в отсутствие жалоб на боль и при уровне бета-субъединицы ХГниже 1000 МЕ/л. Есть сообщение о прорастании маточной трубы тканью трофобласта через 15 мес после рассасывания внематочной беременности.

**Б.**Для консервативного лечения внематочной беременности используют **[метотрексат](http://www.practica.ru/DrugBook/Drugs/dr0571.htm%22%20%5Ct%20%22clear)**. Показания к его применению — внематочная беременность на ранних сроках, выраженный спаечный процесс в малом тазу, операции на маточных трубах в прошлом и наличие ткани трофобласта в маточной трубе после органосохраняющей операции. Поскольку [метотрексат](http://www.practica.ru/DrugBook/Drugs/dr0571.htm%22%20%5Ct%20%22clear) оказывает тератогенное действие, перед назначением препарата производят выскабливание полости матки. Побочное действие включает угнетение кроветворения, поражение печени и слизистых. Существуют разные схемы лечения. Однократное введение в дозе 50 мг/м2 характеризуется аналогичной эффективностью и менее выраженным побочным действием по сравнению с многократным введением препарата.

**В. [Мифепристон](http://www.practica.ru/DrugBook/Drugs/dr0591.htm%22%20%5Ct%20%22clear)**. Введение препарата вызывает прерывание маточной беременности на ранних сроках. Однако при внематочной беременности [мифепристон](http://www.practica.ru/DrugBook/Drugs/dr0591.htm%22%20%5Ct%20%22clear) мало эффективен. Вероятно, это связано с низким уровнем прогестерона при внематочной беременности.

**Литература**

1. Barnes A. B., Wennberg C. N., Barnes B. A. Ectopic pregnancy: Incidence and review of determinant factors. Obstet. Gynecol. Surv. 38:345, 1983.

2. U. S. Dept. of Health and Human Services. Ectopic pregnancy: United States, 1986. M.M.W.R. 38:1, 1989.

3. Dorfman S. F. et al. Ectopic pregnancy mortality in the United States, 1979 to 1980: Clinical aspects. Obstet. Gynecol. 64:386, 1984.

4. Westrom L., Bengtsson L. P., Mardh P. A. Incidence, trends and risks of ectopic pregnancy in a population of women. B.M.J. 282:15, 1981.

5. Weckstein L. N. Current perspective on ectopic pregnancy. Obstet. Gynecol. Surv. 40:259, 1985.

6. McCausland A. High rate of ectopic pregnancy following laparoscopic tubal coagulation failures. Am. J. Obstet. Gynecol. 136:97, 1980.

7. DeCherney A. H., Maheaux R., Naftolin F. Salpingostomy for ectopic pregnancy in the sole patent oviduct: Reproductive outcome. Fertil. Steril. 37:619, 1982.

АО «Медицинский Университет Астана »

СРИ на тему: «Эктопическая беременность. Оперативные вмешательства при эктопической беременности.»

Выполнила: бекмухамедова Г.А.

Гр :706 ОМ

Астана 2014г