

Роль медицинской сестры в профилактике внематочной беременности  
Содержание

Введение

Глава 1. Теоретические аспекты внематочной беременности

- 1.1 Понятие "внематочная беременность"
- 1.2 Этиология внематочной беременности
- 1.3 Патогенез внематочной беременности
- 1.4 Классификация внематочной беременности
- 1.5 Клиническая картина заболевания
- 1.6 Методы диагностики эктопической беременности
- 1.7 Основные методы лечения эктопической беременности
- 1.8 Профилактика внематочной беременности

Глава 2. Экспериментальное исследование информированности женщин о факторах риска и профилактике внематочной беременности

- 2.1 Цель и задачи исследования
- 2.2 Материалы и методы исследования
- 2.3 Анализ результатов исследования

Выводы

Заключение

Список литературы

Приложения

Введение

До настоящего времени внематочная беременность занимает второе место в структуре острых гинекологических заболеваний и первое - среди нозологических форм, сопровождающихся внутрибрюшным кровотечением. Каждый девятый случай материнской смертности обусловлен осложнением внематочной беременности.

По сравнению с 70-ми годами прошлого века, число случаев внематочной беременности увеличилось в 2 раза. Данную тенденцию связывают с ростом воспалительных заболеваний женской половой сферы.

Внематочная беременность - это то заболевание, которое требует обязательного и неотложного хирургического вмешательства, вместе с этим это довольно трудно диагностируемая на ранних сроках развития патология.

Возвращаясь к диагностике эктопической беременности, следует отметить, что в современном мировом здравоохранении существует "золотой стандарт". Это исследование сыворотки крови на наличие бета - ХГЧ в сочетании с обнаружением на УЗИ плода, находящегося вне полости матки. Но, несмотря на достижения последних лет, в диагностике внематочной беременности, сохраняется высокая частота разрывов маточной трубы внутрибрюшных кровотечений. В этих условиях приходится выполнять радикальные операции - удаление маточной трубы, требуется длительная и дорогостоящая реабилитация. В последующем перенесенные осложнения эктопической беременности оказывают отрицательное влияние на репродуктивную функцию женщин и их качество жизни. Все вышесказанное делает необходимым разработку и внедрение в клиническую практику профилактических мероприятий. Главная роль в этом принадлежит медицинской сестре. Бюллетени, брошюры, буклеты, индивидуальные и групповые беседы с женщинами - все это инструменты в руках медсестер. Выражение "заболевание легче предупредить, чем лечить" в полной мере можно отнести к внематочной беременности.

Цель данной работы: изучение внематочной беременности в профилактическом аспекте.

Задачи:

1. Сформулировать понятие "внематочная беременность";
2. Раскрыть вопросы этиологии внематочной беременности;
3. Раскрыть вопросы патогенеза внематочной беременности;
4. Рассмотреть современную классификацию эктопической беременности;
5. Рассмотреть клиническую картину заболевания;
6. Осветить вопросы диагностики внематочной беременности;
7. Осветить вопросы лечения заболевания;
8. Рассмотреть вопросы профилактики внематочной беременности.

## Глава 1. Теоретические аспекты внематочной беременности

### 1.1 Понятие "внематочная беременность"

Внематочная беременность - это одно из самых серьезных заболеваний женской репродуктивной сферы, поскольку требует обязательного и неотложного хирургического вмешательства, которое осуществляется по экстренным, а иногда и по жизненно важным показаниям.

Внематочная (эктопическая) беременность - это беременность, при которой оплодотворенная яйцеклетка (плодное яйцо) имплантируется и развивается вне полости матки, а в фаллопиевой трубе, яичнике, шейке матки или брюшной полости.

### 1.2 Этиология внематочной беременности

Следует отметить, что до настоящего времени различные исследователи так и не пришли к единому мнению относительно этиологии внематочной беременности.

Представим три группы причин, приводящих к эктопической беременности: изменения со стороны организма матери, изменения со стороны плодного яйца и спорные причины.

I. Изменения со стороны материнского организма:

v Органическая патология маточных труб;

v Эндокринные нарушения;

II. Изменения со стороны плодного яйца:

v Повышенная биологическая активность зиготы;

III. Спорные причины:

v Урбанизация;

v Курение;

v Качество спермы.

Органическая патология маточных труб. Как известно, оплодотворение происходит в ампулярном отделе маточной трубы. Далее зигота должна попасть в полость матки и там имплантироваться, но рубцово-воспалительные изменения фаллопиевых труб препятствуют этому. Такое воспалительное заболевание, как хронический сальпингит, вызванный в том числе и хламидийной инфекцией, приводит к образованию пери- и интратубарных спаек, создающих механическое препятствие движению плодного яйца в матку. Кроме того, данное заболевание способствует фиброзу и уменьшению складок труб, снижается секреция интубарной жидкости, повреждается нервно-мышечный аппарат яйцеводов. Все это препятствует внутриматочной имплантации зиготы. Исследователи утверждают, что 47-55% пациенток с эктопической беременностью в прошлом перенесли воспалительные заболевания матки и ее придатков.

Органическая патология маточных труб не исчерпывается только лишь воспалительными заболеваниями. К этой группе мы также отнесли внутриматочную контрацепцию. Внутриматочная спираль способствует обострению хронических инфекций и возникновению новых. Одни ученые утверждают, что частота возникновения эктопической беременности у женщин с внутриматочной или трубной спиралью выше в 20 раз. Другие же, напротив, отвергают подобное утверждение. [6]

Реконструктивно-пластические операции на маточных трубах - это еще одна причина изменения нормального анатомического строения яйцеводов. Имеется зависимость между возникновением внематочной беременности и типом операции: сальпинго-овариолизис, фимбриопластика, сальпинготомия.

Эндокринные нарушения в организме матери. Постоянные или эпизодически развивающиеся функциональные дисгормональные изменения в гипоталамо-гипофизарной системе оказывают влияние на яичники, что приводит к неадекватной секреции эстрогенов и прогестерона и, соответственно, искажению сократительной работы фаллопиевых труб, что неизменно ведет к преждевременной имплантации плодного яйца не в матке, а в яйцеводе.

Как известно, простагландины контролируют пассаж яйцеклетки по трубе, поэтому нарушение синтеза этих биологически активных веществ может способствовать

возникновению внематочной беременности. [5]

Прием гормональных препаратов также повышает риск возникновения эктопической беременности. Выделяют две группы средств: индукторы овуляции и оральные контрацептивы. Первые из них широко используются для лечения различных форм эндокринного бесплодия, в том числе и методом ЭКО. Под влиянием индукторов овуляции нарушается перистальтика маточных труб, возможно развитие синдрома гиперстимуляции яичников, а также повышается тонус миометрия, в результате чего плодное яйцо, уже находящееся в матке может рефлюксом переместиться обратно в трубу. Следующая группа препаратов - это гормональные контрацептивы. Здесь мнения различных исследователей разделились. Так, одни из них полагают, что современные комбинированные препараты не оказывают влияния на частоту внематочной беременности, а напротив, предотвращают возможность патологической имплантации. Другие ученые утверждают, что прогестагены оказывают ингибирующее влияние на слизистую оболочку матки и изменяют сократительную активность маточных труб.

Повышенная биологическая активность зиготы. Быстрый рост зиготы приводит к ускоренному появлению трофобласта и, следовательно, увеличению риска имплантации зародыша в трубе.

Третья группа причин, приводящих к внематочной беременности - это спорные факторы, то есть те, которые еще не подкреплены вескими статистическими, клиническими и экспериментальными данными.

Урбанизация. Факт неблагоприятного влияния городской инфраструктуры на репродуктивную сферу женщины доказан уже давно. В Северной Америке и Западной Европе отмечается самая высокая частота внематочной беременности, а ведь это экономически развитые страны, где процесс урбанизации распространился и на сельские районы.

Курение. Курение оказывает неблагоприятное действие на многие системы организма человека. Предполагается, что никотин может влиять на реснитчатые клетки слизистой оболочки маточных труб и их моторику.

Таким образом, мы рассмотрели различные этиологические факторы, способные привести к развитию внематочной беременности. Одни из них уже давно подтверждены клиническими, статистическими и экспериментальными данными, другие еще только рассматриваются. Можно сделать вывод, что эктопическая беременность - это полиэтиологическое заболевание.

### 1.3 Патогенез внематочной беременности

В патогенезе эктопической беременности выделяют несколько фаз:

- v Патологическая имплантация зиготы;
- v Прогрессирование внематочной беременности;
- v Прерывание беременности.

Патологическая имплантация зиготы. Выше уже были рассмотрены факторы, способствующие развитию внематочной беременности. Но не нужно забывать, что человек - это величайшее творение природы, а поэтому существуют механизмы,

которые препятствуют развитию эктопической беременности. Во-первых, зигота не может сразу имплантироваться, если это было бы возможно, то ни одна бы оплодотворенная яйцеклетка не достигла бы матки.

Только в возрасте 4-6 дней бластоциста способна к имплантации. Это обусловлено развитием трофобласта, который обладает высокой инвазивной и ферментативной активностью. Еще один защитный механизм - это иммунологическая несовместимость трофобласта плода и материнского эндосальпинкса. В результате этого иммунологического конфликта более 70% зародышей, достигших уровня бластоцисты, погибают и отторгаются. Таким образом, патологическая имплантация бластоцисты возможна при недостаточности защитных механизмов и преобладании факторов, ведущих к изменению маточных труб, гормонального фона женщины и активности зародыша. внематочная беременность медицинский сестра

Следующая фаза патогенеза внематочной беременности - это ее прогрессирование. В отличие от полости матки, фаллопиева труба не предназначена для развития беременности. В яйцевом нет того объема слизистой оболочки, который имеется в матке, не наблюдается децидуальной трансформации эндосальпинкса, слабо выражена фиброзная подслизистая пластинка между эндо- и миосальпинксом, тонкий мышечный слой не может быть существенным препятствием для проникающего роста ворсинчатого хориона. Однако эктопическая беременность может протекать спокойно, без серьезных повреждений окружающих тканей до 3,5 недель. Начальная стадия развития беременности длится 3-4 дня. За это время формируется плодместилище из оболочек трубы. Следующий этап - стадия атравматического развития эмбриона. Происходит инвазия ворсинчатого хориона в окружающие ткани трубы. Процесс по-прежнему протекает бессимптомно. Внематочная беременность неминуемо заканчивается ее прерыванием либо по типу трубного аборта, либо по типу разрыва трубы.

Прерывание эктопической беременности по типу трубного аборта. Прерывание беременности происходит на 4-6 неделе. Происходит разрыв связи между плодным яйцом и стенкой яйцевода, начинается кровотечение в полость трубы. Кровь пропитывает ткани плодного яйца, затем попадает в брюшную полость, скапливается в прямокишечно - маточном пространстве.

Прерывание эктопической беременности по типу разрыва трубы. Это самый неблагоприятный исход беременности. Разрыв фаллопиевой трубы сопровождается сильным внутрибрюшным кровотечением с развитием острой постгеморрагической анемии и шока. [3]

#### 1.4 Классификация внематочной беременности

I. По анатомическому расположению:

v Трубная:

§ Интерстициальная;

§ Истмическая;

§ Ампулярная;

§ Фимбриальная;

- v Яичниковая;
- v Шеечная;
- v Брюшная;
- v Гетеротопическая (сочетание маточной локализации одного плодного яйца и внематочной локализации другого) .

II. По клинической картине:

- v Прогрессирующая;
- v Прервавшаяся по типу разрыва внутреннего плодместилища (трубный аборт);
- v Прервавшаяся по типу разрыва трубы.

Ниже представлена схема, наглядно демонстрирующая различные уровни локализации внематочной беременности [1] (Рис. 1).

Рис. 1. Анатомическая локализация внематочной беременности

Самая частая локализация эктопической беременности - фаллопиева труба.

Графически продемонстрируем частоту встречаемости той или иной анатомической локализации внематочной беременности (Рис. 2).

Рис 2. Частота встречаемости различных анатомических локализаций эктопической беременности

### 1.5 Клиническая картина заболевания

Клиническая картина эктопической беременности зависит от стадии ее развития.

Так, прогрессирующая (развивающаяся) беременность может протекать бессимптомно или малосимптомно. Поскольку беременность развивается, то в организме женщины возникают все те же изменения, характерные для внутриматочной беременности. Происходит задержка менструации, нагрубание молочных желез, цианоз слизистой влагалища и шейки матки, симптомы раннего токсикоза. Однако размеры матки не соответствуют предполагаемому сроку беременности, а в области придатков матки с одной стороны пальпируется опухолевидное образование тестоватой консистенции.

Клиническая картина трубного аборта: задержка менструации, боли в животе, которые могут быть приступообразными, схваткообразными с иррадиацией в прямую кишку, плечо, лопатку, ключицу, приступ болей может сопровождаться слабостью, головокружением, тошнотой и рвотой, обмороками, длительные кровянистые выделения темного цвета из половых путей, продолжающиеся долгое время. Эти симптомы неспецифичны для внематочной беременности, то есть могут присутствовать и при других гинекологических заболеваниях.

Клиническая картина прервавшейся беременности по типу разрыва трубы: среди полного благополучия, без всякого внешнего воздействия появляется острая сильная боль в животе. Развивается слабость, кратковременная потеря сознания. Кожные покровы бледные, покрываются холодным потом. Пульс учащен, артериальное давление снижено. Мочеиспускание затруднено, появляются позывы на дефекацию. При своевременном не оказании помощи развивается геморрагический шок. [4]

### 1.6 Методы диагностики эктопической беременности

Диагностика прогрессирующей беременности. Общеизвестно, что трофобласт зародыша секретирует необходимый для поддержания беременности хорионический гонадотропин, который обнаруживается в крови на 4-6 день, а в моче на 6-8 сутки. Содержание этого гормона при внематочной беременности ниже, чем при маточной, этот факт может служить диагностическим критерием. Еще один незаменимый диагностический метод - это УЗИ. Названные исследования являются "золотым стандартом" в диагностике внематочной беременности.

Диагностика трубного аборта. На данном этапе развития эктопической беременности самыми информативными методами диагностики считаются пункция брюшной полости через задний свод влагалища и лапароскопия. При пункции получают темную несворачивающуюся кровь. При лапароскопии устанавливают точную локализацию патологического процесса. Кроме того, диагностическая лапароскопия переходит в лечебную.

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

#### 1.7 Основные методы лечения эктопической беременности

Консервативные методы лечения внематочной беременности. Хотя основным методом лечения является хирургический, существуют также консервативные методы. Показания: прогрессирующая трубная беременность, размер плодного яйца 2-4 см. Необходимо отметить, что подобные ситуации в практике диагностируются довольно редко. Это связано с бессимптомным течением беременности на ранних стадиях. В большинстве случаев для консервативного ведения больных с внематочной беременностью используют метотрексат, реже: хлорид калия, гипертонический раствор декстрозы, препараты простагландинов, мифепристон. Лекарственные средства применяют парентерально и местно (вводят в фаллопиеву трубу через боковой свод влагалища под контролем УЗИ, при лапароскопии или трансцервикальной катетеризации маточной трубы). Метотрексат - это цитостатик, он действует на быстро делящиеся клетки, в данном случае - это эмбрион. Хирургическое лечение эктопической беременности. Как уже было сказано выше, это основной и приоритетный метод лечения данной патологии. Различают два оперативных доступа: срединная лапаротомия и лапароскопия. Первый доступ более древний и травматичный. Второй - появился сравнительно недавно, менее травматичный, и что очень важно, оставляет после себя хороший косметический эффект.

Далее следует рассмотреть объем оперативного вмешательства: туботомия или тубэктомия. При решении вопроса о возможности проведения органосохраняющей операции необходимо учитывать следующие факторы:

- v Желание пациентки иметь беременность в будущем;
- v Морфологические изменения в стенке трубы ("старая" внематочная беременность,

истончение стенки трубы на всем протяжении плодместилища);  
v Повторная беременность в трубе, ранее подвергнутой органосохраняющей операции;  
v Эktopическая беременность после реконструктивно-пластических операций на маточных трубах по поводу трубно-перитонеального фактора бесплодия;  
v Локализация плодного яйца в интерстициальном отделе маточной трубы;  
v Выраженный спаечный процесс органов малого таза.  
Необходимо обговорить с пациенткой объем оперативного вмешательства, получить от нее письменное согласие. [2]

### 1.8 Профилактика внематочной беременности

Общеизвестно, что профилактика бывает первичная, вторичная и третичная. Первичная профилактика направлена на укрепление и сохранение здоровья человека. Поскольку основные причины внематочной беременности - это патология маточных труб и эндокринные нарушения, то женщины должны знать, что здоровый образ жизни: отказ от курения и алкоголя, правильный режим труда и отдыха, здоровое питание укрепляют иммунитет и препятствуют развитию воспалительных заболеваний женской репродуктивной сферы. Кроме того, очень важно соблюдение правил личной гигиены, культуры половых отношений, рациональное использование современных контрацептивов, обследование и лечение полового партнера. Все это необходимо донести до населения методами печатной пропаганды - лозунги, листовки, памятки, брошюры, буклеты, а также методами устной пропаганды - лекция, выступление, беседа. Первичная профилактика самая результативная, поскольку направлена на здоровое население.

Вторичная профилактика заболевания направлена на сохранение здоровья у людей из группы риска. В данном случае это женщины с хроническими воспалительными заболеваниями придатков матки, с дисфункцией яичников, с трубно-перитонеальным бесплодием, с абортами в анамнезе, с внематочной беременностью в анамнезе, перенесшие ранее реконструктивные операции на маточных трубах.

Цель вторичной профилактики: сформировать группу риска и наблюдать за такими пациентками. Их нужно своевременно обследовать, лечить рецидивы воспалительных заболеваний, устранять болевой синдром, нормализовать менструальную и репродуктивную функцию.

Третичная профилактика направлена на пациенток у которых уже возникла ectopическая беременность. Целью третичной профилактики является достижение длительной и стойкой ремиссии, то есть предотвращение ухудшения течения или осложнения заболевания. Не следует забывать, что внематочная беременность может осложняться массивным кровотечением, угрожающим жизни больной, возможна потеря органа. Из отдаленных осложнений это: переход заболевания в хроническую стадию, развитие спаечного процесса в брюшной полости, нарушение менструального цикла, развитие новой внематочной беременности, невынашивания беременности и бесплодия. Роль медицинской сестры в реализации третичной профилактики: уход и наблюдение за больным, сообщение лечащему врачу о



внезапном ухудшении состояния больного, выполнение врачебных назначений.  
Глава 2. Экспериментальное исследование информированности женщин о факторах риска и профилактике внематочной беременности

### 2.1 Цель и задачи исследования

Цель: Провести экспериментальное исследование информированности женщин о факторах риска и профилактике внематочной беременности.

Задачи исследования:

1. Составить анкету с соответствующими вопросами;
2. Подобрать группу женщин детородного возраста;
3. Провести анкетирование;
4. Проанализировать результаты;
5. Сделать соответствующие выводы.

### 2.2 Материалы и методы исследования

Материалы исследования: исследование проводилось на базе..., было опрошено 50 пациентов.

Методы исследования: анализ литературных источников, анкетирование, интервьюирование, методы статистической обработки данных.

### 2.3 Анализ результатов исследования

Нами было проведено анкетирование 50 женщин детородного возраста.

Проанализируем ответы пациентов на каждый вопрос анкеты.

Первый вопрос анкеты звучит следующим образом: "Как вы считаете, предшествующие воспалительные заболевания придатков матки могут в дальнейшем привести к внематочной беременности?" 40% пациенток ответили утвердительно, 20% - отрицательно, еще 40% - не смогли ответить на вопрос. Данные результаты свидетельствуют о том, что большинство женщин не знает о влиянии воспалительных заболеваний придатков на возникновение внематочной беременности. (Рис. 3.)

Рис. 3. Показатель, характеризующий знания женщин о влиянии воспалительных заболеваний придатков на развитие внематочной беременности

Второй вопрос звучит так: "Как вы считаете, внутриматочная или внутритрубная спираль может способствовать развитию внематочной беременности?" Данный вопрос мы считаем актуальным, поскольку более 70 млн. женщин во всем мире используют именно этот метод контрацепции. Получились следующие результаты: 30% женщин ответили утвердительно, ровно столько же ответили отрицательно, 40% - не смогли ответить на вопрос. (Рис. 4).

Рис. 4. Показатель, характеризующий знания женщин о влиянии внутриматочной спирали на частоту возникновения внематочной беременности

Третий вопрос: "Как вы считаете, гормональные контрацептивы способны привести к внематочной беременности?" Данный вопрос актуален, поскольку многие

женщины детородного возраста используют данный метод контрацепции. 10% женщин ответили утвердительно, 70% - отрицательно, 20% - не ответили на вопрос. (Рис. 5) Следует отметить, что ответ на данный вопрос остается спорным до настоящего времени. Мнения исследователей противоречивы.

Рис 5. Показатель, характеризующий знания женщин о влиянии гормональных контрацептивов на развитие внематочной беременности

Четвертый вопрос: "Как вы считаете, выполнение таких простых правил, как личная гигиена женщины, один половой партнер, использование барьерных методов контрацепции, обследование и лечение полового партнера может профилактировать внематочную беременность?" 60% женщин ответили утвердительно, 6% - отрицательно, 34% - не смогли ответить на вопрос (Рис. 6).

Рис 6. Показатель, характеризующий знания женщин о профилактическом влиянии личной гигиены, культуры половых отношений, барьерных методов контрацепции на частоту возникновения внематочной беременности

Пятый вопрос анкеты звучит следующим образом "Выражение "заболевание легче предотвратить, чем лечить" применимо ли к внематочной беременности?" 80% женщин ответили положительно, 4% - отрицательно, 16% - не ответили на вопрос (Рис. 7).

Рис 7. Показатель, характеризующий знания женщин о том, что внематочную беременность можно профилактировать

#### Выводы

1. Проведенное нами исследование показало, что более половины женщин не знает о том, что воспалительные заболевания женской репродуктивной системы способны в дальнейшем привести к внематочной беременности. В данном случае медицинская сестра должна провести беседу с женщинами, рассказать, что своевременно вылеченные воспалительные заболевания снижают риск возникновения эктопической беременности.
2. До настоящего времени внутриматочная спираль остается довольно популярным методом контрацепции. Однако не многие женщины знают, что спираль - это риск возникновения внематочной беременности.
3. О влиянии оральных контрацептивов на частоту возникновения внематочной беременности в настоящее время говорят многие ученые. Однако выводы их противоречивы. Большинство опрошенных нами женщин считают, что данный вид контрацепции безопасен в отношении возникновения эктопической беременности.
4. Соблюдение правил личной гигиены женщины, культура половых отношений (один постоянный партнер), использование барьерных методов контрацепции, обследование и лечение полового партнера - все эти простые правила способны предотвратить развитие внематочной беременности с ее грозными осложнениями. Более половины из опрошенных нами женщин знают об этом. На данную тему мы разработали памятку. (Приложение А).
5. Любое заболевание можно профилактировать, в том числе и эктопическую беременность. С данным утверждением согласились 80% из опрошенных нами женщин.

## Заключение

Обзор различных литературных источников показал, что внематочная беременность - это беременность, при которой плодное яйцо имплантируется и развивается вне полости матки, а в фаллопиевой трубе, яичнике, шейке матки или брюшной полости. В этиологии данного заболевания выделяют группы факторов: изменения со стороны матери - органическая патология фаллопиевых труб, эндокринные нарушения; изменения со стороны плода - повышенная биологическая активность плодного яйца спорные факторы - урбанизация, курение, качество спермы. Патогенез эктопической беременности складывается из трех последовательных фаз: патологическая имплантация зиготы, прогрессирование беременности и прерывание.

В соответствии с анатомической классификацией выделяют: трубную, яичниковую, шеечную, брюшную и гетеротопическую беременности.

Клиническая картина заболевания полностью зависит от стадии развития внематочной беременности.

"Золотой стандарт" диагностики эктопической беременности: бета-ХГЧ в сыворотке крови и при УЗИ исследовании - наличие плодного яйца вне полости матки.

Лечение данного вида патологии в подавляющем большинстве случаев хирургическое. Имеет значение объем оперативного вмешательства: радикальное - удаление трубы вместе с имплантировавшимся зародышем, либо органосохраняющая операция - рассечение трубы с вылуциванием плодного яйца. Роль в профилактике внематочной беременности принадлежит медицинской сестре.

## Список литературы

1. Гаспаров А.С. Общероссийской научно - практический семинар "Репродуктивный потенциал России: версии и контраверсии" / А.С. Гаспаров, В.И. Радзинский, Е.Д. Дубинская, Тотчиев Г.Ф, Барабанова О.Э., Тер-Овакимян А.Э. - Сочи, 2011. - с. 13.
2. Кулаков В.И. Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология. Выпуск 2 / В.И. Кулаков. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 543 с
3. Макаров О.В. Гинекология. Клинические лекции: учебное пособие / О.В. Макаров. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 352 с
4. Радзинский В.Е. Акушерство: учебник / В.Е. Радзинский. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 904 с.
5. Стрижаков А.Н. Акушерство. Курс лекций: учебное пособие/А.Н. Стрижаков, А.И. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 456 с.
6. Хачкурузов С.Г. Ультразвуковая диагностика внематочной беременности / С.Г. Хачкурузов. - М.: Медпресс-информ, 2009. - 30 с.

## Приложения

### Приложение А

### Приложение Б

### Анкета для пациентов

Уважаемые пациенты!

Кафедра ..... проводит исследование по изучению информированности женщин детородного возраста о факторах риска и профилактике внематочной беременности. Просим Вас принять участие в проведении данного исследования и ответить на вопросы анкеты, выделив их цветом. Исследование анонимное. Результаты будут использоваться только в научных целях.

1. Как вы считаете, предшествующие воспалительные заболевания придатков матки могут в дальнейшем привести к внематочной беременности?

А) Да;

Б) Нет;

В) Затрудняюсь ответить.

2. Как вы считаете, внутриматочная или внутритрубная спираль может способствовать развитию внематочной беременности?

А) Да;

Б) Нет;

В) Затрудняюсь ответить.

3. Как вы считаете, гормональные контрацептивы способны привести к внематочной беременности?

А) Да;

Б) Нет;

В) Затрудняюсь ответить.

4. Как вы считаете, выполнение таких простых правил, как личная гигиена женщины, один половой партнер, использование барьерных методов контрацепции, обследование и лечение полового партнера может профилактировать внематочную беременность?

А) Да;

Б) Нет;

В) Затрудняюсь ответить.

5. Выражение "заболевание легче предотвратить, чем лечить" применимо ли к внематочной беременности?

А) Да;

Б) Нет;

В) Затрудняюсь ответить.

Приложение В

№ п/п

Название вопроса

Ответ, количество чел.

1.

Как вы считаете, предшествующие воспалительные заболевания придатков матки могут в дальнейшем привести к внематочной беременности?

Да

20

Нет

10

Затрудняюсь ответить

20

2.

Как вы считаете, внутриматочная или внутритрубная спираль может способствовать развитию внематочной беременности?

Да

15

Нет

15

Затрудняюсь ответить

20

3.

Как вы считаете, гормональные контрацептивы способны привести к внематочной беременности?

Да

5

Нет

35

Затрудняюсь ответить

10

4.

Как вы считаете, выполнение таких простых правил, как личная гигиена женщины, один половой партнер, использование барьерных методов контрацепции, обследование и лечение полового партнера может профилактировать внематочную беременность?

Да

30

Нет

3

Затрудняюсь ответить

17

5.

Выражение "заболевание легче предотвратить, чем лечить" применимо ли к  
внематочной беременности?

Да



40

Нет

2

Затрудняюсь ответить

8