

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет»

Кафедра акушерства и гинекологии

Научно-исследовательская работа

«Внематочная беременность»

Проверила:
асс., и.м.н.
Зубошотнева К.О.
о.т. (91 балл)
20.06.18

Заб-

Выполнила:
студентка 4 курса, 6 группы
педиатрического факультета
Андреянова Екатерина Викторовна

Волгоград 2018

Оглавление

Введение	3
Актуальность	3
Классификация	5
Трубная беременность	6
• Этиология	6
• Патогенез	7
• Клиника и диагностика прогрессирующей трубной беременности	9
• Клиника и диагностика прерывания беременности по типу трубного аборта	10
• Клиническая картина и диагностика разрыва маточной трубы	12
• Дифференциальная диагностика прервавшейся внематочной беременности	13
• Лечение трубной беременности	14
Редкие формы внематочной беременности	18
Обсуждение	21
Заключение	22
Список литературы	23

Введение

Беременность, при которой оплодотворенная яйцеклетка имплантируется и развивается вне полости матки, называется внематочной, или эктопической. [2]

Внематочная беременность в 99,5% случаев возникает в трубе (трубная беременность), реже (0,1-0,2%) - в яичнике (яичниковая беременность) или на органах брюшной полости (брюшная беременность). Кроме того, беременность может локализоваться в зачаточном роге матки при пороках ее развития и в шейке матки (шеечная беременность). Возможно сочетание трубной и маточной беременности.

Внематочная беременность является серьезной угрозой жизни женщины, так как ее прерывание нередко сопровождается кровотечением в брюшную полость, которое может приводить к геморрагическому шоку. Если своевременно не остановить кровотечение, то не исключен летальный исход. Врач любой специальности должен уметь диагностировать внематочную беременность и обеспечить госпитализацию пациентки

Актуальность

Несмотря на достижения медицинской науки и практики, внематочная беременность все еще остается серьезной проблемой, с которой приходится сталкиваться акушеру-гинекологу и хирургу. Частота этого заболевания у гинекологических больных, поступающих в стационар, колеблется от 1 до 6%. В последние годы наблюдается рост числа с внематочной беременностью, что обусловлено увеличением числа аборт, воспалительных заболеваний женских половых органов, нейроэндокринных нарушений, применением метода экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) для лечения бесплодия.

Летальность при внематочной беременности в России в 3 раза выше, чем в США. В структуре причин материнской смертности на долю внематочной беременности приходится 7,4%, т. е. внематочная беременность занимает стабильное 4-5-е место в структуре причин материнской смертности в цивилизованных странах мира. [1]

Частота внематочной беременности во всем мире имеет тенденцию к неуклонному росту. Согласно данным эпидемиологических исследований, в индустриально развитых странах частота внематочной беременности составляет в среднем 1,2-1,4% по отношению к общему числу беременностей и 0,8-2,4% - по отношению к родам. Особого внимания заслуживает факт значительного роста заболеваемости в двух возрастных группах: среди подростков и женщин от 30 до 39 лет.

В настоящее время отмечено снижение летальности среди больных внематочной беременностью на 90%, которое связывают с усовершенствованием методов ее ранней диагностики, таких как трансвагинальное ультразвуковое сканирование, определение β -субъединицы хорионического гонадотропина в крови, а также лапароскопия.

Таким образом, в последние десятилетия XX столетия зарегистрировано достоверное увеличение частоты эктопической беременности во всех странах: согласно результатам мировой статистики, в настоящее время около 1,2-2% всех беременностей - внематочные. Данная закономерность обусловлена рядом объективных факторов, среди которых необходимо выделить следующие:

- а) неуклонный рост числа воспалительных заболеваний внутренних половых органов, в первую очередь специфической этиологии (подобная тенденция, в свою очередь, объясняется возрастанием сексуальной активности, наличием нескольких половых партнеров, увеличением числа аборт);
- б) широкое распространение оперативных методов и/или методов экстракорпорального оплодотворения в лечении трубного и трубноперитонеального форм бесплодия;
- в) увеличение числа женщин, применяющих внутриматочные средства контрацепции.[3]

Классификация

В разделе «Беременности с абортивным исходом» Международного классификатора болезней ВОЗ 10-го пересмотра зарегистрированы два термина, не исключают друг друга, - «*внематочная беременность*» и «*эктопическая беременность*». В современной классификации (МКБ-10), основанной на локализации плодного яйца, выделяют следующие формы эктопической беременности:

- O00.0 Абдоминальная (брюшная) беременность.
- O00.1 Трубная беременность:
 - Беременность в маточной трубе.
 - Разрыв маточной трубы вследствие беременности.
 - Трубный аборт.
- O00.2 Яичниковая беременность.
- O00.8 Другие формы внематочной беременности.
 - Шеечная.
 - В роге матки.
 - Интралигаментарная.
 - Стеночная.
- O00.9 Неуточненная.

Наиболее распространенной формой эктопической беременности является трубная - 96,5-98,5%. Остальные, так называемые редкие формы внематочной беременности, распределяются следующим образом: яичниковая - 0,4-1,3%; брюшная - 0,1-1,0%; беременность в рудиментарном роге матки - 0,2-0,9%; шеечная - 0,1-0,4% и интралигаментарная - 0,1%.

К редким формам относится гетеротопическая беременность, при которой одновременно возникает маточная и внематочная имплантация эмбрионов, а также двусторонняя трубная беременность. Частота спонтанной гетеротопической беременности за последние десятилетия возросла с 1:30 000 до 1:4000, а в популяции женщин, забеременевших с помощью экстракорпорального оплодотворения, - до 1:100-1:1000. [3]

Трубная беременность

Этиология

Этиология заключается в замедленном продвижении по трубе оплодотворенной яйцеклетки, в повышенной активности трофобласта, что способствует прикреплению морулы к стенке трубы. Замедлению продвижения оплодотворенной яйцеклетки способствуют:

- воспалительные заболевания половых органов;
- инфантилизм;
- реконструктивно-пластические операции на маточных трубах;
- ЭКО;
- гормональная контрацепция;
- опухоли и опухолевидные образования матки и ее придатков;
- эндометриоз;
- аномалии развития половых органов.

Роль воспалительных заболеваний заключается в нарушении продвижения яйцеклетки в связи с образованием спаек; не прекращению или замедлению движения ресничек эпителия по направлению к телу матки; сниженной перистальтики трубы.

Инфантилизм половых органов нередко сопровождается длинными, извитыми трубами, что приводит к nidации в них плодного яйца.

Реконструктивные пластические операции на трубах нередко нарушают анатомию и функцию труб.

ЭКО, гормональная контрацепция связаны с прямым или косвенным воздействием избытка прогестерона на маточные трубы, который замедляет их перистальтику.

Опухоли и опухолевидные образования придатков матки и матки так же, как и эндометриоз, аномалии развития половых органов приводят к анатомическим изменениям труб.

Описаны случаи наружной миграции яйцеклетки, при которой женская гамета из яичника попадает в маточную трубу с противоположной стороны, проходя при этом более длинный путь. Доказательством этому служит обнаружение во время операции желтого тела в яичнике со стороны, противоположной трубной беременности.

Некоторые исследователи связывают возникновение эктопической беременности с преждевременным проявлением протеолитической активности трофобласта, которая приводит к нидации плодного яйца в стенку трубы.

Патогенез

Трубная беременность вызывает те же изменения в организме, что и маточная: в яичнике развивается истинное желтое тело, которое выделяет в большом количестве прогестерон, блокируя выделение ФСГ. Увеличивается выделение лютропина базофильными клетками гипофиза. На 8-й день после оплодотворения трофобласт выделяет ХГ. Эндометрий пролиферирует и подвергается выраженной децидуальной реакции.

Оплодотворенное плодное яйцо в трубе не имеет условий для длительного развития из-за недостаточной толщины слизистой оболочки трубы. Трофобласт проникает в мышечный слой. Трубная беременность, как правило, прерывается в сроки до 6-8 нед.

Беременность чаще локализуется в ампулярном отделе трубы, но может быть в истмическом и в интерстициальном (рис. 1; 2).

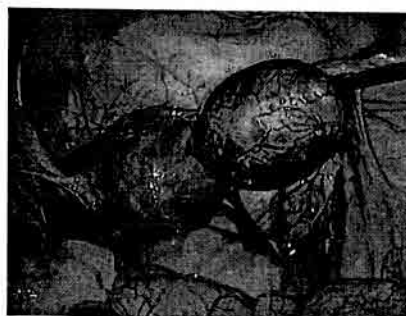


Рис. 1. Лапароскопия. Трубная беременность в интерстициально-истмический отделе



Рис. 2. Лапароскопия. Трубная беременность в ампулярном отделе. Туботомия

При локализации плодного яйца в рудиментарном роге трубы до отслойки плодного яйца может пройти несколько больше времени (8-9 нед), а при его нахождении в истмическом отделе - меньше (до 5 нед).

Ворсины хориона, внедряясь в стенку маточной трубы и вырабатывая протеолитические ферменты, вызывают ее расплавление, истончение, а затем и разрушение со вскрытием стенок кровеносных сосудов (разрыв трубы). При разрыве трубы кровотечение в брюшную полость тем сильнее, чем ближе плодное яйцо к углу матки, где расположен анастомоз маточной и яичниковой артерий. В результате роста и развития плодного яйца в трубе беременность часто прерывается по типу трубного аборта, когда плодное яйцо сначала отслаивается от стенки трубы, а затем его элементы выталкиваются в брюшную полость.

При полном трубном аборте, когда плодное яйцо целиком изгоняется в брюшную полость, оно обычно погибает, а затем подвергается обызвествлению и мумификации. В некоторых случаях изгнание плодного яйца из трубы прекращается, вокруг нее скапливаются сгустки крови, которые формируют капсулу, иногда тесно примыкающую к висцеральной и париетальной брюшине ("старая" внематочная беременность).

Патогенетически оправдано выделение трех основных вариантов трубной беременности: прогрессирующая беременность, трубный аборт, разрыв трубы. [1]

Клиника и диагностика прогрессирующей трубной беременности

Своевременная диагностика прогрессирующей трубной беременности очень важна, хотя представляет существенные трудности.

Прогрессирующая трубная беременность имеет те же симптомы, что и маточная: сомнительные, т. е. субъективные (задержка менструации, тошнота, рвота, изменение вкуса и обоняния) и вероятные (нагрубание молочных желез, появление отделяемого при надавливании на соски, который считается вероятным только у нерожавших) признаки беременности со стороны половых органов.

При гинекологическом осмотре выявляют цианоз малых половых губ, влагилица и шейки. Двуручное гинекологическое исследование может указывать на некоторое увеличение матки и размягчение перешейка. Однако матка меньше, чем должна быть в соответствии со сроком задержки менструации. При влагилицном исследовании движения за шейку матки безболезненны. Слева или справа в области придатков может определяться вытянутое овоидное образование, несколько болезненное при пальпации. Своды глубокие. Выделения слизистые. Тест на беременность положительный.

Для уточнения диагноза прибегают к дополнительным методам исследования: трансвагинальной эхографии; определению концентрации ХГ в крови в динамике; гидролапароскопии или лапароскопии.

УЗИ, как правило, позволяет исключить маточную беременность, так как плодное яйцо в матке не визуализируется. В проекции придатков матки при малых сроках беременности может, помимо яичника, определяться неомогенное образование. Однако на ранних сроках беременности ошибки в диагностике прогрессирующей трубной беременности не исключены. В таких случаях прибегают к определению ХГ в крови, реже в моче. Количество ХГ в крови при внематочной беременности снижено по сравнению с таковым при маточной. Большое значение в диагностике прогрессирующей внематочной беременности имеет количественное выявление в крови b-субъединицы ХГ в динамике. При маточной беременности каждые два дня количество его в крови возрастает в два раза, а при внематочной увеличивается лишь незначительно. Диагноз прогрессирующей трубной беременности можно установить при лапароскопии: в одном из отделов трубы видно синеватое утолщение. Однако и при визуализации трубы возможны диагностические ошибки, которые определяются либо малым сроком беременности, либо ее локализацией в интерстициальном отделе. [1]

Клиника и диагностика прерывания беременности по типу трубного аборта

При сомнительных и вероятных признаках беременности появляются боли внизу живота и кровяные выделения из половых путей, что обусловлено отторжением децидуально измененной слизистой оболочки матки. Иногда задержки менструации нет, но в дни ее появляются не характерные для обычных менструаций мажущие кровяные выделения темного цвета. Боли внизу живота определяются сокращением трубы, выталкивающей отслаивающееся или отслоившееся плодное яйцо, а также попаданием крови в брюшную полость. В зависимости от количества крови и скорости кровотечения клинические проявления различны. Если немного крови поступает в брюшную полость, то общее состояние пациентки не нарушено, боли могут быть ноющими, незначительными. Иногда симптоматика настолько скудна, что выявить внематочную беременность прерывающуюся по типу трубного аборта трудно.

При поступлении в брюшную полость 500 мл крови и более появляются сильные боли в животе с иррадиацией в правое подреберье, межлопаточную область и ключицу справа (френикус-симптом). Нередко бывают слабость, головокружение, обморочное состояние, рвота.

Объективное обследование позволяет выявить бледность кожных покровов и слизистых оболочек, иногда с желтоватым оттенком, тахикардию. Пульс слабого наполнения, артериальное давление снижено.

Появляются симптомы раздражения брюшины: язык суховат, живот несколько вздут, болезнен при пальпации в нижних отделах, где симптом Щеткина, как правило, положительный. При значительной кровопотере определяется притупление перкуторного звука в отлогих местах живота. При гинекологическом исследовании выявляются цианоз наружных половых органов, слизистой оболочки влагалища и шейки матки, темные скудные кровяные выделения из цервикального канала. При двуручном исследовании шейка матки размягчена, наружный зев закрыт, движения за шейку болезненны. Тело матки размягчено и увеличено меньше, чем должно бы быть в соответствии со сроком задержки менструации. Определяются пастозность и болезненность придатков матки со стороны поражения. Перитубарная гематома или утолщенная труба пальпируется как болезненное образование овоидной или ретортообразной формы, без четких границ и контуров, ограничено подвижное, сбоку или кзади от матки. При скоплении крови в маточно-прямокишечном пространстве отмечается сглаженность или выбухание заднего свода влагалища, резко болезненного при пальпации.

В анализах крови могут обнаруживаться снижение уровня гемоглобина, картина гипохромной анемии, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, повышение СОЭ.

Клиническая картина внутриутробного кровотечения - основание для диагностики прервавшейся трубной беременности и оперативного вмешательства.

В случае небольшой кровопотери и неясности диагноза прибегают к дополнительным методам исследования: ультразвуковому сканированию, определению в крови b-субъединицы ХГ, выскабливанию слизистой матки. При УЗИ эндометрий утолщен (децидуальная реакция), в позадиматочном пространстве определяется кровь, в области придатков - гетерогенное образование без четких контуров. Абсолютным критерием является обнаружение плодного яйца вне матки.

В прошлом для уточнения диагноза трубной беременности производили пункцию брюшной полости через задний свод. Подтверждением диагноза служила вытекающая из иглы темная, не свертывающаяся кровь. Если поместить полученную из брюшной полости кровь в стакан с водой, то можно видеть плавающие ворсины хориона. Если есть возможность произвести лапароскопию, то от пункции брюшной полости через задний свод целесообразно отказаться, так как отсутствие крови при пункции не исключает внематочную беременность. Кроме того, результат пункции брюшной полости через задний свод может быть ложноположительным, если игла попадает в сосуд.

С целью дифференциальной диагностики внематочной беременности и неполного аборта при маточной производят выскабливание слизистой оболочки матки. Обнаружение во время гистологического исследования децидуальной ткани при отсутствии ворсин хориона, как правило, свидетельствует об эктопической беременности. Однако децидуальное превращение слизистой оболочки может быть при персистенции желтого тела, а также при текалютеиновых кистах яичника.

Наиболее точный метод диагностики трубного аборта, в том числе и "старой" внематочной беременности, - лапароскопия. Эндоскопия всегда визуализирует изменения в трубе (сине-багровое выбухание в месте плодного яйца, поступающая в брюшную полость темная кровь, скапливающаяся в позадиматочном углублении). При "старой" внематочной беременности в области придатков обнаруживается образование, состоящее из темных кровяных сгустков, иногда окруженное спайками, что имитирует опухоль. [1]

Клиническая картина и диагностика разрыва маточной трубы

Диагностика разрыва трубы со значительным внутрибрюшным кровотечением трудностей не представляет. Жалобы заключаются во внезапном появлении сильных болей в животе, иррадиирующих в прямую кишку (ложные позывы на дефекацию) и правую ключицу (френикуссимптом), резкой слабости вплоть до потери сознания. При массивной кровопотере развивается геморрагический шок: апатия, заторможенность, бледность кожных покровов и видимых слизистых оболочек, холодный пот, одышка. Пульс частый, слабого наполнения и напряжения, артериальное давление снижается. Живот вздут, напряжен в нижних отделах, при пальпации выявляются резкая болезненность и симптомы раздражения брюшины, притупление перкуторного звука в отлогах местах живота, граница которого перемещается с изменением положения тела. Гинекологическое исследование позволяет выявить цианоз слизистой оболочки влагалища. Кровяных выделений из цервикального канала может не быть. При бимануальном исследовании обнаруживаются чрезмерная подвижность увеличенной, размягченной матки (симптом "плавающей" матки), резкая болезненность при смещении шейки матки, нависание и выраженная болезненность заднего свода влагалища ("крик Дугласа"). Ввиду характерной клинической картины разрыва маточной трубы дополнительные методы исследования обычно не требуются. [1]

Дифференциальная диагностика прервавшейся внематочной беременности

Прервавшуюся эктопическую беременность необходимо дифференцировать с самопроизвольным абортом при ранних сроках маточной беременности; с апоплексией яичника; с острым воспалением придатков матки; острым аппендицитом; перекрутом ножки яичникового образования.

Самопроизвольный аборт при маточной беременности, так же как и при трубной, сопровождается кровяными выделениями после задержки менструации, схваткообразными болями внизу живота и признаками беременности. Однако при прерывании маточной беременности нет симптомов внутрибрюшного кровотечения, кровяные выделения из половых путей появляются до возникновения болей, они более яркие, алые, из скудных чисто переходят в обильные со сгустками и наличием хориальной ткани, которая при помещении в сосуд с водой всплывает. Живот мягкий, безболезненный, симптомов раздражения брюшины нет. При гинекологическом исследовании шейный канал пропускает палец, матка увеличена соответственно сроку задержки менструации. Пальпация области матки и придатков безболезненна. УЗИ позволяет обнаружить плодное яйцо в полости матки. В соскобе из матки определяют эндометрий с децидуальным превращением и ворсинами хориона.

Апоплексия (разрыв желтого тела) яичника так же, как при нарушенной маточной беременности, сопровождается внутрибрюшным кровотечением, чаще в середине менструального цикла. Никаких признаков беременности при этом нет.

Острое воспаление придатков матки, острый аппендицит, перекрут ножки яичникового образования вызывают симптомы раздражения брюшины ("острый живот" без указаний на беременность и внутрибрюшное кровотечение). Уточнению диагноза способствуют УЗИ и лапароскопия.

Лечение трубной беременности

Осуществляется только в стационаре и заключается в остановке кровотечения оперативным путем; восстановлении нарушенной гемодинамики; реабилитации репродуктивной функции у заинтересованных в деторождении.

При установлении диагноза внематочной беременности или большой ее вероятности осуществляют либо лапаротомию, либо лапароскопию. Доступ определяется состоянием больной. При геморрагическом шоке следует производить чревосечение. Лапаротомия показана также, если предполагается выраженный спаечный процесс, а квалификация эндоскописта недостаточна. Во всех остальных случаях методом выбора является лапароскопия, которая обладает безусловным преимуществом перед чревосечением: малый разрез, меньшая продолжительность операции, незначительная частота осложнений, возможность органосохраняющих манипуляций, сокращение сроков пребывания пациентки в стационаре, ранняя физическая и социальная реабилитация.

При хирургическом вмешательстве по поводу прерывания внематочной беременности вне зависимости от доступа, прежде всего, выполняют гемостаз: зажимы накладывают при лапароскопии на маточный конец трубы и на мезосальпинкс. После этого с помощью отсоса удаляют кровь из брюшной полости и приступают к удалению трубы. При локализации плодного яйца в интерстициальной части трубы кровоостанавливающий зажим накладывают на мезосальпинкс так, чтобы пережать восходящие ветви маточной артерии, после чего иссекают угол матки. На разрез матки накладывают отдельные двухрядные швы. При прогрессирующей трубной беременности или трубном аборте с малой кровопотерей можно производить органосохраняющие операции.

Вид обезболивания зависит от хирургического доступа: при лапаротомии и отсутствии обильного внутрибрюшного кровотечения допустимо применять регионарную (эпидуральную или спинальную) анестезию, при геморрагическом шоке или при лапароскопии осуществляют общую анестезию.

Разрез передней брюшной стенки может быть как поперечным по Пфанненштилю, так и нижнесрединным. Нижнесрединный разрез предпочтителен при выраженном внутрибрюшном кровотечении, при ожирении, при имеющемся рубце после нижнесрединного разреза и при недостаточном опыте врача.

Техникой чревосечения при нарушенной внематочной беременности должен владеть каждый оперирующий врач. Послойно вскрывают брюшную стенку; после вскрытия брюшины иногда изливается значительное количество крови. Следует немедленно ввести руку в брюшную полость и постараться захватить тело матки, а затем поднять его к краю раны. Как можно скорее накладывают один кровоостанавливающий зажим на маточный угол трубы, второй - на мезосальпикс (рис.3). Кровотечение остановлено. Можно приступать к внутривенному переливанию кровезаменителей по показаниям донорских эритроцитов. С целью восполнения кровопотери используют раствор Рингера-Локка, 5% раствор глюкозы, плазму крови, донорские эритроциты (из-за возможности трансфузионных осложнений применяют редко).

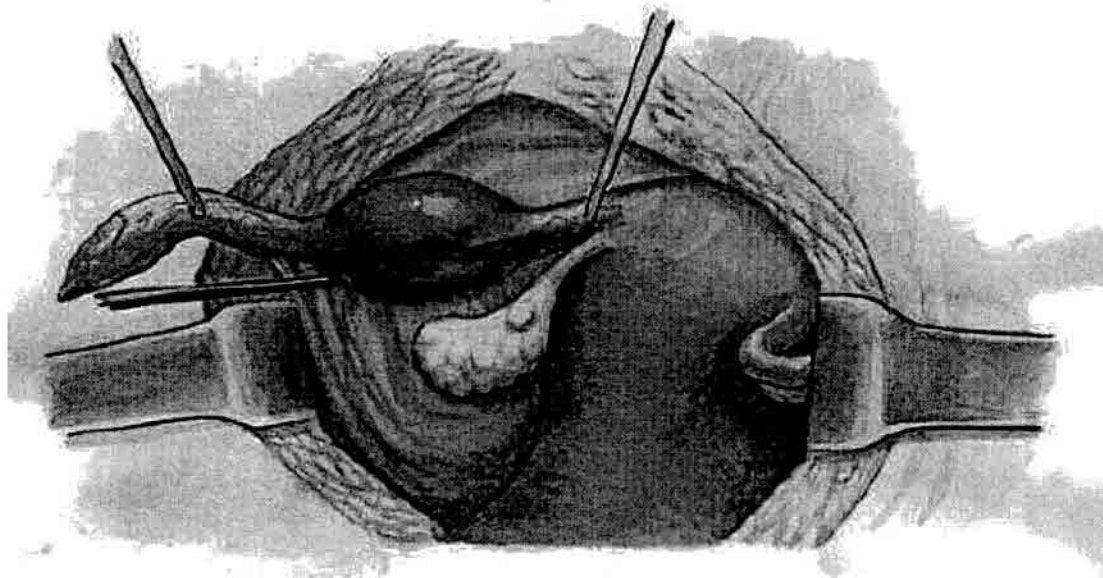


Рис. 3. Операция удаления трубы при трубной беременности (схема). Кровоостанавливающие зажимы наложены на маточный угол трубы и мезосальпикс

До остановки кровотечения введение препаратов, повышающих артериальное давление, нецелесообразно из-за риска усиления внутрибрюшного кровотечения. Во время операции можно проводить реинфузию собственной крови, излившейся в брюшную полость, если она не свернулась. С целью реинфузии используют только неинфицированную, негемолизированную кровь при давности заболевания не более 5 ч. Кровь вычерпывают из малого таза в емкость с цитратом или гепарином, процеживают через 8 слоев стерильной марли, а затем вводят в кровяное русло. Переливание собственной крови не сопряжено с гемотрансфузионными осложнениями.

В настоящее время для реинфузии эритроцитов аутокрови можно применять специальные аппараты (Cell saver, Haemolite). С их помощью излившаяся кровь отсасывают, собирают, антикоагулируют и отфильтровывают от сгустков и кусочков тканей. Из резервуара кровь поступает во вращающийся колокол, где под действием центробежных сил происходит концентрация эритроцитов, которые затем проходят очистку от свободного гемоглобина, факторов свертывания, тромбоцитов. После этого эритроциты можно возвращать в кровяное русло.

Одновременно с восстановлением гемодинамики продолжают операцию - отсекают от мезосальпинкса трубу с небольшим иссечением ее из угла матки, где затем накладывают отдельные швы. Для перитонизации используют листки широких и круглых связок. В некоторых случаях при соответствующих условиях для сохранения репродуктивной функции выполняют органосохраняющие (консервативно-пластические) операции: выдавливание плодного яйца - "milking" (при его локализации в ампулярном отделе); туботомию - разрез маточной трубы в месте расположения плодного яйца с последующим его удалением (см. рис. 2); резекцию сегмента маточной трубы. Показаниями к тубэктомии служат повторная беременность в маточной трубе, подвергавшейся ранее органосохраняющему вмешательству; рубцовые изменения в маточной трубе; нежелание иметь беременность в дальнейшем; разрыв маточной трубы; диаметр плодного яйца более 3,0 см; локализация плодного яйца в интрамуральном (интерстициальном) отделе маточной трубы.

При проведении консервативно-пластических операций возможны осложнения. Одним из осложнений является трансплантация частей хориона, оставшихся после его неполного удаления, в сальник и органы брюшной полости, что может привести к возникновению в последующем хорионэпителиомы. В связи с этим после органосохраняющих операций по поводу внематочной беременности необходимо проводить контроль в отношении остающегося в организме пролиферирующего трофобласта. С этой целью определяют ХГ в крови каждые 2 дня (динамика снижения или повышения), начиная с 3-го дня после операции, до уровня ниже 10 мМЕ/мл. Если концентрация ХГ в крови через 2 дня после операции снижается в 2 раза и более по сравнению с дооперационной, то лечение можно считать эффективным. Если уровень ХГ превышает 50% от начального либо остается стабильной концентрация ХГ без снижения, то это является основанием для назначения цитостатика - метотрексата (50 мг внутримышечно), блокирующего пролиферацию клеточных элементов хориона. В некоторых случаях требуется повторное введение препарата в той же дозе.

Для более полного контроля необходимо сочетать динамический мониторинг ХГ в крови с эхографией органов малого таза и цветовым доплеровским картированием, позволяющим объективно оценить полноценность элиминации хориона. Неэффективность лечения является показанием к радикальной операции (тубэктомии).

После органосохраняющих операций, в том числе при единственной маточной трубе, риск повторной эктопической беременности повышается. Однако частота маточной беременности после консервативно-пластических операций выше, чем после ЭКО.

Пациентки, перенесшие оперативное вмешательство в связи с внематочной беременностью, нуждаются в дальнейшем в восстановлении менструальной и генеративной функций. После операции почти у половины женщин наблюдаются нейроэндокринные и вегетососудистые расстройства, а в последующем возникает бесплодие и возрастает риск повторной внематочной беременности. Реабилитационные мероприятия заключаются в назначении физиотерапевтических процедур, уменьшающих возможность образования спаек в малом тазу, препаратов железа, витаминов.

Немаловажное значение после операции по поводу внематочной беременности придается контрацепции, предпочтительно комбинированными оральными контрацептивами. Длительность предохранения от беременности не менее 6 мес.

Для оценки состояния внутренних гениталий после операции по поводу внематочной беременности, прогноза репродуктивной функции и лизиса вновь образующихся спаек целесообразно производить повторную (second-look) лапароскопию через 6-10 нед после оперативного вмешательства. Повторные лапароскопии важны для пациенток со спаечным процессом в брюшной полости, после органосохраняющих операций, особенно у больных с единственной маточной трубой, так как позволяют выполнить лечебные манипуляции (разъединение спаек) и оценить проходимость маточных труб посредством хромосальпингоскопии, а также решить вопрос о возможности ЭКО.

Редкие формы внематочной беременности

Яичниковая беременность чаще развивается вторично, когда оплодотворенное плодное яйцо из трубы попадает на яичник, но возможно и первичное прикрепление к нему оплодотворенного плодного яйца. При этом ворсины хориона проникают в ткань яичника. Амниальная и хориальная оболочки образуют как бы капсулу, в которой в течение 6-8 нед развивается эмбрион, а затем наступает разрыв плодместилища с кровотечением в брюшную полость.

Клиническая картина прогрессирующей яичниковой беременности не отличается от таковой при трубной беременности. Чаще в таких случаях думают о трубной беременности и только при осмотре органов брюшной полости во время чревосечения или лапароскопии устанавливается точный диагноз. При яичниковой беременности производят резекцию яичника в пределах здоровой ткани. Если таковую обнаружить не удастся, то яичник удаляют.

Беременность в рудиментарном роге встречается редко и представляет особую опасность в плане брюшного кровотечения, что сопряжено с особенностями кровоснабжения рога маточной артерией.

Клиническая картина прогрессирующей беременности в добавочном роге мало отличается от клинической картины маточной беременности. Иногда диагноз трудно установить как при пальпации, так и при УЗИ. Это объясняется тем, что определить плодное яйцо в маточном углу или дополнительном роге не всегда возможно. Точный диагноз устанавливают только при операции, во время которой отсекают рог.

Брюшная беременность встречается редко. Ворсины хориона при этом могут прикрепляться к любым внутренним органам: кишечнику, сальнику и даже печени. Брюшная беременность прерывается на ранних стадиях, но описаны наблюдения доношенной беременности с сохранением жизни плода. Диагноз прогрессирующей беременности установить непросто. Большую помощь оказывает УЗИ, при котором определяется интактная матка. Разрыв плодместилища сопровождается кровотечением в брюшную полость. В случае своевременного установления диагноза целесообразно произвести сначала эмболизацию соответствующих питающих плодное яйцо артерий, а затем чревосечение и удаление, как беременности, так и ворса хориона.

Шеечная беременность подразумевает локализацию плодного яйца в перешейке или шеечном канале матки (рис. 4). Шеечная беременность из-за недостаточного кровоснабжения ворсин хориона, которые часто прорастают в мышечную ткань, прерывается в ранние сроки. Прерывание шеечной беременности сопровождается обильным, трудно останавливаемым кровотечением.

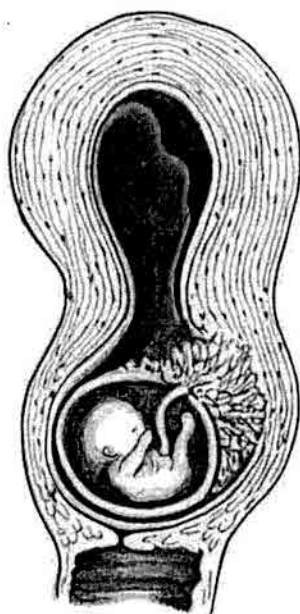


Рис. 4. Шеечная беременность

Развитию шеечной беременности способствуют либо отсутствие выраженного децидуального слоя (аборты или кесарево сечение в анамнезе, внутриматочные синехии, миома матки, ЭКО), либо пониженная ферментативная активность плодного яйца.

Диагностика основывается на следующих данных:

- при двуручном исследовании определяется растянутая шарообразная шейка, над которой пальпируется плотное тело матки, имитирующее миоматозный узел;
- с началом манипуляции - введения зонда, кюретки - появляется обильное кровотечение;
- при кровотечении из шеечного канала матка плотная;
- по данным УЗИ полость матки без плодного яйца - оно обнаруживается в шеечном канале.

Шеечную беременность дифференцируют с абортom в ходу (плодное яйцо переместилось в шеечный канал); с раком шейки матки и шеечным миоматозным узлом (отсутствуют признаки беременности).

Диагноз шеечной беременности нередко окончательно устанавливается только во время попытки удаления плодного яйца.

Как временное мероприятие для остановки кровотечения можно использовать тугую тампонаду или ввести в шеечный канал баллонный катетер с последующим его раздуванием. Далее возможны прошивание боковых сводов влагалища, наложение кругового шва на шейку матки. После остановки кровотечения следует удалить плодное яйцо, затем наложить поперечные швы на ложе. Эффективным методом остановки кровотечения является эмболизация маточных артерий, после чего плодное яйцо легко удаляется кюреткой. При отсутствии возможности эмболизации и продолжающемся кровотечении показана экстирпация матки без придатков.

Обсуждение

Общность симптомов трубного аборта и обострившегося воспаления придатков матки часто создает трудности в диагностике.

Правильный диагноз может быть поставлен на основании тщательного изучения анамнеза, внимательного обследования больной, а также наблюдения за ней в динамике в условиях стационара с применением различных дополнительных методов исследования.

При обострении воспалительного процесса придатков матки задержки менструаций, как правило, не бывает; объективные и субъективные признаки беременности отсутствуют; в крови отрицательный β -ХГЧ; СОЭ ускорена, показатели красной крови в пределах нормы, отмечаются лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево; повышение температуры тела; боли носят постоянный характер и ощущаются обычно в месте локализации процесса; живот напряжен, болезненный обычно с обеих сторон; кровянистые выделения из половых путей бывают в очень редких случаях; при влагалищном исследовании - матка нормальной величины, плотная, придатки матки (чаще с двух сторон) утолщены, болезненны при пальпации, своды свободные, глубокие.

При пункции брюшной полости через задний свод влагалища результат либо отрицательный, либо получают серозную жидкость или гной.

Среди современных методов лечения трубной беременности выделяют эндохирургический и медикаментозный, однако медикаментозная терапия целесообразна только при прогрессировании трубной беременности, т.е. менее чем в 3-8% всех случаев внематочной беременности. В связи с этим эндохирургия представляет преимущественный метод лечения трубной беременности.

Заключение

До настоящего времени внематочная беременность занимает второе место в структуре острых гинекологических заболеваний и первое — среди нозологических форм, сопровождающихся внутрибрюшным кровотечением [4, 5]. Эктопическая беременность является причиной каждого девятого случая материнской смерти и удерживает первое место среди причин смерти в первом триместре беременности [6]. За последнее десятилетие отмечена тенденция к неуклонному росту частоты внематочной беременности во всем мире. Указанную тенденцию связывают с бурным ростом воспалительных заболеваний внутренних половых органов. Несмотря на значительный прогресс за последние 20—30 лет, проблема диагностики и лечения внематочной беременности остается по-прежнему актуальной. На смену уже решенным задачам приходят новые, более высокого уровня сложности [7].

Список литературы

1. Акушерство: учебник для вузов / Савельева Г.М., Шалина Р.И., Сичинава Л.Г., Панина О.Б., Курцер М.А. - М. 2009. - 656 с
2. Руководство к практическим занятиям по гинекологии: Учебное пособие / Под ред. В.Е. Радзинского. - 2009. - 600 с. : ил.
3. Акушерство. Курс лекций: учебное пособие Под ред. А.Н. Стрижакова, А.И. Давыдова. 2009. - 456 с.
4. Фаткуллин, И.Ф. Результаты комплексного лечения трубной беременности с применением мини-инвазивных эндоскопических технологий и современного противоспаечного барьера / И.Ф. Фаткуллин, Ш.А. Алыев // Медицинский альманах. — 2009. — No 4(9). — С. 86—89.
5. Alkatout, I. Clinical diagnosis and treatment of ectopic pregnancy / I. Alkatout, U. Honemeyer, A. Strauss [et al.] // *Obstet. Gynecol. Surv.* — 2013. — Vol. 68(8). — P.571— 581.
6. Махотин, А.А. Оптимизация протокола ранней неинвазивной диагностики эктопической беременности / А.А. Махотин, Н.Е. Махотина, А.И. Шевела // Вестник НГУ. — 2011. — Т. 9, вып. 2. — С.82—85. — (Сер.: Биология, клиническая медицина).
7. Каушанская, Л.В. Современные технологии в диагностике внематочной беременности на госпитальном этапе / Л.В. Каушанская, И.А. Салов // Саратовский научно-медицинский журнал. — 2009. — Т. 5, No 4. — С.537—540.

Рецензия

на научно-исследовательскую работу, предусмотренная программой производственной практики «Производственная клиническая практика модуль Акушерство (помощник врача стационара, научно-исследовательская работа)» обучающегося 4 курса по специальности 31.05.02 Педиатрия

6 группы

Андреяновой Екатерины Викторовны

на тему:

« Внематочная беременность »

Научно-исследовательская работа выполнена в соответствии с требованиями написания НИР при прохождении производственной клинической практики по акушерству. Данное исследование имеет четкую структуру и состоит из введения, основной части, заключения, списка литературы.

Работа написана грамотным научным языком. Тема является актуальной в современном акушерстве. Четко сформулирована цель, поставлены конкретные задачи. Введение достаточно содержательное и емкое. В результате четкого изложения цели работы в основной части научно-исследовательской работы присутствует логичность, четкость, последовательность. Наличие ссылок показывает детальную работу с научной литературой.

Список литературы включает разнообразные источники оформленные в соответствии с требованиями.

В целом работа заслуживает отличной оценки.

Оценка 91 балл (отлично)

РЕЦЕНЗЕНТ:  (Заболотнева К.О)