

5- (920)
acc
Министерство
ИИ

ФГБОУ ВОУ «Волгоградский государственный медицинский университет»
Министерство здравоохранения Российской Федерации

Кафедра акушерства и гинекологии

Учебно-исследовательская работа на тему:
«Внематочная беременность»



Выполнила: студентка 9 группы 4 курса
Педиатрического факультета
Зайцева Яна Николаевна

Волгоград – 2018 г.

Содержание

Введение.....	3
Основные понятия.....	4
Этиология и патогенез.....	5
Признаки эктопической беременности.....	7
Клиническая картина.....	8
Диагностика.....	9
Хирургическое лечение.....	13
Консервативное лечение.....	15
Вывод.....	16
Список литературы.....	17

Введение

Цель работы: дать характеристику внематочной беременности, изучить методы диагностики и лечения.

Задачи:

1. Дать характеристику основным понятиям и проанализировать причины возникновения.
2. Выявить распространенность.
3. Проанализировать клиническую картину.

Основные понятия

Под внематочной (эктопической, несвоеместной) беременностью понимают беременность, при которой имплантация произошла вне полости матки.

Классификация.

Международная классификация болезней (МКБ X) предлагает следующую классификацию внематочной беременности.

- | | |
|---|--|
| а. Абдоминальная (брюшная) беременность | г. Другие формы внематочной беременности |
| б. Трубная беременность | 1 Шеечная |
| (1) Беременность в маточной трубе | 2 Комбинированная |
| (2) Разрыв маточной трубы вследствие беременности | 3 В роге матки |
| Трубный аборт. | 4 Внутрисвязочная |
| в. Яичниковая беременность | 5 В брыжейке матки |
| | 6 Неуточнённая. |

В отличие от МКБ X в отечественной литературе трубную беременность разделяют на

1. Ампулярную.

Истмическую.

Интерстициальную.

Яичниковую подразделяют на:

Развивающуюся на поверхности яичника.

Развивающуюся интрафолликулярно.

Брюшная беременность подразделяется на

Первичную (имплантация в брюшной полости происходит первоначально).

Вторичную (имплантация в брюшной полости происходит вследствие изгнания плодного яйца из трубы).

Этиология и патогенез

Этиология внематочной беременности.

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

1. Инфекционный процесс в слизистой оболочке маточной трубы ведёт к фиброзу и рубцовым изменениям, нарушающим транспортную функцию трубы из-за её сужения, формирования ложного хода, изменения реснитчатого эпителия и неполноценной перистальтики. Все эти особенности задерживают продвижение оплодотворённой яйцеклетки, способствуя её имплантации в трубе.

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

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

2. Доброкачественные опухоли или кисты трубы.

3. Фибромиомы матки в области трубного угла.

4. Эндометриоз труб.

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

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

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

1. При внешней миграции (например, из правого яичника в левую маточную трубу через брюшную полость или наоборот) бластоциста успевает настолько увеличиться, что не проходит через узкий перешеек трубы.

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

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

Д. Беременности, полученные путем экстракорпорального оплодотворения.

Патогенез.

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

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

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

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

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

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

Признаки эктопической беременности

Клиника разрыва трубы. Внезапно возникают резкие боли в низу живота и в паху, иррадиирующие в плечо, лопатку, прямую кишку. Частые симптомы: холодный пот, потеря сознания.

1. Объективный осмотр. Выявляют падение АД, слабый частый пульс, бледность кожных покровов и слизистых оболочек. Живот при пальпации болезнен со стороны разрыва, симптом Щёткина-Блюмберга слабopоложителен. Перкуторно — признаки свободной жидкости в брюшной полости.

2. Влагалищное исследование. Матка незначительно увеличена, мягковатая; более подвижная, чем обычно (плавающая матка). Пастозность в области придатков матки. Задний свод влагалища уплощён или выпячен, резко болезнен при пальпации (крик Дугласа). При попытке смещения шейки матки кпереди возникает резкая боль. Клиника трубного аборта. При прерывании беременности по типу трубного аборта возникают приступообразные боли в низу живота, появляются кровянистые выделения. Часто бывают кратковременные обморочные состояния.

1. Влагалищное исследование. Матка мягковатая, слегка увеличена. Пальпируется опухолевидное образование в области одного из придатков, болезненное при пальпации, малоподвижное. Болезненность при смещении матки кпереди и при пальпации заднего свода влагалища выражены слабее, чем при разрыве трубы. Нередко из полости матки происходит выделение децидуальной оболочки,

2. При гистологическом исследовании выделившейся децидуальной оболочки или соскоба слизистой оболочки тела матки выявляют элементы децидуальной ткани без элементов хориона.

Клиническая картина

С клинической точки зрения выделяют прогрессирующую трубную беременность и нарушенную трубную беременность (разрыв маточной трубы, трубный аборт). При прогрессирующей трубной беременности общее состояние, как правило, удовлетворительное. При нарушенной трубной беременности состояние пациентки зависит от величины кровопотери и может быть удовлетворительным, средней тяжести и тяжёлым.

Результаты проведённых исследований позволили выявить частоту характерных жалоб, предъявляемых больными с внематочной беременностью:

задержка менструации (73%);

кровянистые выделения из половых путей (71%);

боли различного характера и интенсивности (68%);

сочетание трёх симптомов (52%);

тошнота (48%);

иррадиация боли в поясничную область, прямую кишку, внутреннюю поверхность бедра (32%).

*Клиническая картина зависит от стадии развития внематочной беременности, вида ее нарушения (разрыв трубы или трубный аборт), общей кровопотери и реакции организма.

Для прогрессирующей трубной беременности характерны: задержка менструации; нагрубание молочных желез; тошнота, вкусовые изменения. Бимануально и в зеркалах: цианоз слизистых оболочек влагалища и шейки матки. Шейка уплощенная, а в области перешейка отмечается частичное размягчение. Матка размягчена, несколько увеличивается в размерах за счет утолщения мышечной стенки и развития децидуальной оболочки. Симптомы Гегара, Пискачека и др. слабо выражены или не определяются. В яичнике образуется желтое тело беременности.

Характерны кровянистые маточные выделения, обусловленные отторжением эндометрия в выраженной секреторной фазе. При этом нет эффекта от терапии, включая гормональные методы гемостаза. Главным признаком данной формы внематочной беременности является отставание размеров матки соответственно предполагаемым срокам беременности при увеличении опухолевидных образований, определяемых в местах локализации плодного яйца.

Диагностика

Порядок диагностики

1. Анамнез жизни.
2. Гинекологический анамнез.
3. Характерные клинические симптомы.
4. Трансвагинальная эхография.
5. Определение уровня хорионического гонадотропина (ХТ).
ХТ впервые выявляется в крови беременной женщины на 6—7 день после зачатия, а в моче — на 8 день. Информативность исследования 96,7—100 %.
6. Определение уровня прогестерона в сыворотке крови.
При маточной беременности уровень прогестерона в сыворотке, как правило, выше, чем при внематочной.
7. Фактор ранней беременности (ФРБ) — специфическая для беременности иммуносупрессивная субстанция, появляющаяся в крови и моче уже через 24—48 часов после оплодотворения.
При эктопической беременности обнаруживается более низкий, чем при маточной беременности титр ФРБ (определяется с помощью теста ингибирования розеткообразования).
8. Пункция брюшной полости через задний свод влагалища.
При нарушении внематочной беременности в результате недавнего внутрибрюшного кровотечения определяется темная несвертывающаяся кровь в маточно-прямокишечном углублении малого таза.
9. Биопсия эндометрия.
Проводится при подозрении на прогрессирование эктопической беременности.
10. Лапароскопия — наиболее информативный метод диагностики внематочной беременности. Точность диагностики как нарушенной, так и прогрессирующей эктопической беременности с применением лапароскопии, составляет 97—100 %./

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

- I — утолщенный от 11 до 25 мм эндометрий без признаков деструкции;
- II — полость матки расширена, переднезадний размер 10–26 мм, содержимое в основном жидкостное, неоднородное за счёт сгустков крови и отторгнутого в различной степени gravidарного эндометрия;
- III — полость матки сомкнута, Мэхо в виде гиперэхогенной полоски 1,6–3,2 мм.

Дифференциальная диагностика:

ПРОГРЕССИРУЮЩАЯ ТРУБНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ

Внематочная беременность вызывает в организме женщины такие же изменения, как и маточная: задержку менструации, нагрубание молочных желёз, появление молозива, тошноту, извращение вкуса. Отмечают цианоз преддверия влагалища, слизистой оболочки влагалища и шейки матки. Матка увеличивается в размерах, размягчается, слизистая оболочка матки трансформируется в децидуальную оболочку. В яичнике формируется жёлтое тело беременности, иммунологическая реакция на беременность положительная. Постановка прогрессирующей трубной беременности в ранние сроки исключительно трудна. Однако есть признаки, характерные больше для внематочной беременности, чем для маточной:

содержание хорионического гонадотропина несколько ниже, чем при маточной беременности аналогичного срока;

увеличение размеров матки не соответствует предполагаемому сроку беременности;

в области придатков пальпируют болезненное опухолевидное образование тестоватой консистенции.

Достоверные диагностические признаки: УЗИ (определение плодного яйца в трубе) и лапароскопия. Динамическое наблюдение за больной с подозрением на прогрессирующую внематочную беременность проводят только в стационаре с круглосуточно действующей операционной, т.к. прерывание её происходит внезапно и сопровождается кровотечением в брюшную полость. При сборе анамнеза уточняют характер менструального цикла, число и исход предшествующих беременностей, применявшиеся методы контрацепции, оценивают риск внематочной беременности.

При предполагаемом сроке беременности 3–4 нед, отсутствии ультразвуковых данных за маточную беременность и положительных результатах хорионического гонадотропина в крови показана диагностическо-лечебная лапароскопия.

Реакцию на хорионический гонадотропин в случае отрицательного результата следует повторять неоднократно. В современных условиях основное лечение прогрессирующей трубной беременности — органосохраняющая операция эндоскопическим доступом.

РАЗРЫВ МАТОЧНОЙ ТРУБЫ

Для разрыва маточной трубы характерна клиническая картина острого заболевания. Внезапно у больной наступает приступ острой боли внизу живота с иррадиацией в прямую кишку, появляются холодный пот, бледность, даже возможна кратковременная потеря сознания, снижение АД. Пульс становится слабым и частым. Френикуссимптом положительный, если в брюшной полости имеется не менее 500 мл крови, появляются симптомы

раздражения брюшины. Состояние больной зависит от величины кровопотери.

В боковых отделах живота определяют притупление перкуторного звука (свободная кровь в брюшной полости). Живот умеренно вздут, отмечаются нерезко выраженное напряжение мышц передней брюшной стенки и болезненность нижних отделов живота, чаще на стороне разрыва трубы. При гинекологическом исследовании (его следует проводить крайне осторожно во избежание повторного болевого шока, усиления кровотечения и коллапса) обычно определяется незначительное увеличение матки, пальпация её и движения шейки резко болезненны. Через боковой свод влагалища в области придатков определяют опухолевидное образование тестоватой консистенции без чётких контуров. Задний свод уплощён или даже выпячен во влагалище. Пальпация заднего свода резко болезненна. Из шеечного канала вскоре после приступа появляются незначительные тёмнокровянистые выделения (в первые часы они могут отсутствовать). Через несколько часов после приступа боли из матки начинает отторгаться децидуальная ткань, которая представляет собой почти полный слепок полости матки. Состояние больной может на какое-то время стабилизироваться или даже улучшиться, но по мере увеличения внутреннего кровотечения развивается картина тяжёлого коллапса и шока. Тяжесть состояния больной обусловлена объёмом кровопотери, однако при этом большое значение имеет способность адаптации пациентки к кровопотере.

Информативный диагностический тест — кульдоцентез, с помощью которого можно подтвердить наличие свободной крови в брюшной полости.

Полученная при пункции кровь имеет тёмный цвет, содержит мягкие сгустки и не свёртывается, что отличает её от крови, полученной из кровеносного сосуда. Если в результате пункции через задний свод кровь не получена, то это ещё не отвергает диагноза внематочной беременности, т.к. возможно неправильное выполнение пункции или отсутствие крови в позадиматочном углублении ввиду спаек и сращений в области малого таза. Гемоперитонеум — показание для экстренной операции. Разрыв трубы — относительное противопоказание для органосохраняющей операции. Геморрагический шок III степени — показание к лапаротомии. Таким образом, выбор доступа оперативного вмешательства при разрыве маточной трубы зависит от состояния больной.

ТРУБНЫЙ АБОРТ

Клиника трубного аборта складывается из сочетания объективных и субъективных признаков беременности и симптомов прервавшейся беременности. Обычно после небольшой задержки менструации появляются

схваткообразные, периодически повторяющиеся приступы боли внизу живота, чаще односторонние. Из половых путей появляются скудные тёмнокровянистые выделения, обусловленные отторжением децидуальной оболочки матки. Трубный аборт, как правило, протекает длительно, часто без острых клинических проявлений. В начале заболевания кровь при отслойке плодного яйца из маточной трубы поступает в брюшную полость небольшими порциями, не вызывая резких перитонеальных симптомов и анемизации больной. Однако лабильность пульса и АД, особенно при перемене положения тела, — достаточно характерный признак. Дальнейшая клиника трубного аборта определяется повторным кровотечением в брюшную полость, образованием позадиматочной гематомы и анемией. Появляются симптомы раздражения брюшины.

ШЕЕЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ

Частота шеечной беременности колеблется от 1 на 2400 до 1 на 50 000 беременностей. Считается, что её риск повышают предшествующий аборт или кесарево сечение, синдром Ашермана, ММ и ЭКО. Ультразвуковые признаки шеечной беременности:

- отсутствие плодного яйца в матке или ложное плодное яйцо;
- гиперэхогенность эндометрия (децидуальная ткань);
- неоднородность миометрия;
- матка в виде песочных часов;
- расширение канала шейки матки;
- плодное яйцо в канале шейки матки;
- плацентарная ткань в канале шейки матки;
- закрытый внутренний зев.

После подтверждения диагноза определяют группу крови и резусфактор, устанавливают венозный катетер, получают письменное согласие больной на выполнение при необходимости экстирпации матки. Все это вызвано высоким риском массивного кровотечения. Имеются сообщения об эффективности при шеечной беременности интраамниального и системного применения метотрексата. Диагноз шеечной беременности часто ставят только во время диагностического выскабливания по поводу предполагаемого аборта в ходу или неполного аборта, когда начинается обильное кровотечение.

Хирургическое лечение

Хирургическое лечение остается наиболее распространенным методом лечения внематочной беременности. Больная сразу после установления диагноза нарушенной внематочной беременности должна быть прооперирована. Объем операции зависит от локализации плодного яйца, выраженности патологических изменений в обеих маточных трубах, общего состояния и возраста пациентки, степени кровопотери, отношения к сохранению генеративной функции в последующем. Помимо оперативного вмешательства проводится борьба с геморрагическим шоком. Хирургическое лечение трубной беременности может производиться с помощью лапароскопической техники или через брюшностеночный доступ. При любом методе хирургического лечения проводят как радикальные, так и консервативные операции.

Внедрение в практику лапароскопической хирургии привело к снижению количества лапаротомических операций по поводу внематочной беременности от общего числа оперативных вмешательств. Объем оперативного вмешательства (туботомия или тубэктомия) в каждом случае решается индивидуально. При решении вопроса о возможности проведения органосохраняющей операции необходимо учитывать следующие факторы:

- характер оперативного доступа (лапароскопия или лапаротомия);
- желание пациентки иметь беременность в будущем;
- морфологические изменения в стенке трубы («старая» внематочная беременность, истончение стенки трубы на всём протяжении плодместилища);
- повторная беременность в трубе, ранее подвергнутой органосохраняющей операции;
- локализация плодного яйца в интерстициальном отделе маточной трубы;
- выраженный спаечный процесс органов малого таза;
- эктопическая беременность после реконструктивнопластических операций на маточных трубах по поводу ТПБ.

Основные операции на трубах при эктопической беременности:

Сальпинготомия.

Условия:

- сохранение фертильности;
- стабильная гемодинамика;
- размер плодного яйца менее 5 см;
- плодное яйцо расположено в ампулярном, инфундибулярном или истмическом отделе.

Выдавливание плодного яйца производят при его локализации в фимбриальном отделе трубы. Рассечение маточного угла производят при локализации плодного яйца в интерстициальном отделе трубы.

Сальпингэктомия.

Показания:

- содержание ХГЧ более 15 000 МЕ/мл;
- эктопическая беременность в анамнезе;
- размер плодного яйца более 5 см.

Фимбриальная эвакуация — удаление или отсасывание плодного яйца через ампулу маточной трубы — проводится в случае дистальной локализации плодного яйца.

Сегментарная резекция с анастомозом «конец в конец» показана при истмической беременности. С обеих сторон части трубы, содержащей плодное яйцо, накладывают мини-зажимы. Через мезосальпикс проводят лигатуру, выкалывая иглу под одним зажимом и вкалывают под другим. Патологическую часть трубы удаляют. Лигатуру затягивают. Концы труб соединяют двумя рядами швов: первый ряд через мышечный слой и серозную оболочку, второй — серо-серозный.

Радикальные операции

Тубэктомия показана в случае обильного кровотечения, значительных патологических изменениях маточных труб, разрыва маточной трубы, диаметра плодного яйца более 3,0 см. Накладывают зажимы на мезосальпикс и маточный угол трубы. После остановки кровотечения удаляют сгустки крови, проводят ревизию органов брюшной полости и малого таза. Трубу и трубный угол пересекают, культю трубы и мезосальпикс прошивают, и лигируют. Если поражен яичник, проводят его резекцию.

Консервативное лечение

В большинстве случаев для этого применяют метотрексат, реже используют другие лекарственные средства: цитовар, хлорид калия, гипертонический раствор глюкозы, препараты простагландинов, мифепристон. Их применяют как системно, так и местно (вводят в маточную трубу через боковой свод влагалища под контролем УЗИ, при лапароскопии или трансцервикальной катетеризации маточной трубы).

Рекомендации по введению метотрексата при внематочной беременности.

Перед введением препарата:

- ◆ определить уровень в-субъединицы ХГ в сыворотке крови;
- ◆ провести влагалищное УЗИ (диаметр плодного яйца, расположенного в области придатков матки, не должен превышать 3,5 см);
- ◆ при уровне р-субъединицы ХГ в сыворотке менее 2000 МЕ/л произвести раздельное диагностическое выскабливание полости матки и цервикального канала или вакуум-аспирацию;
- ◆ выполнить биохимические исследования и общий анализ крови, при гематокрите менее 30 % назначить препараты железа;
- ◆ женщинам с Rh-отрицательной кровью назначить анти-Rh (D)-иммуноглобулин для в/м или в/в введения;
- ◆ получить письменное согласие больной на лечение.

Метотрексат — антагонист фолиевой кислоты, нарушает синтез ДНК, блокируя дегидрофолатредуктазу. При внематочной беременности препарат вводится в небольших дозах, не вызывающих тяжелых побочных действий. Назначают метотрексат по 1 мг/кг в сутки в/м через день.

Если требуется несколько введений метотрексата, назначают фолиат кальция; это антидот метотрексата, снижающий риск его побочных действий (вводят по 0,1 мг/кг в сутки в/м через день, начиная со второго дня лечения). Метотрексат отменяют, когда уровень Р-субъединицы ХГ в сыворотке крови снизится на 15 % за сутки.

В дальнейшем происходит лизис погибшего плодного яйца.

Целесообразность консервативного лечения эктопической беременности не очевидна.

Вывод

1. Дали характеристику основным понятиям и проанализировать причины возникновения.
2. Выявить распространенность.
3. Проанализировать клиническую картину.
4. Изучили возможные методы диагностики и лечения.

Список литературы

1. Кулаков В.И. Значение применения эхографии перед проведением оперативной лапароскопии / Кулаков В.И.,
2. Демидов В.Н., Гатаулина Р.Г. // Акуш. и гинекол. — 1996. — № 5. — С. 15–19.
3. Кулаков В.И. Ургентная гинекология: новый взгляд / Кулаков В.И., Гаспаров А.С., Косаченко А.Г. // Журнал акуш. и женских болезней. — 2001. — Вып. III. — Т. L. — С. 15–18.
4. Кулаков В.И. Эндоскопия в гинекологии. Общие положения / Кулаков В.И., Гаспаров А.С. — М., 2000. — С. 3–18.
5. Айламазян Э.К. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в гинекологии. С-Пб. Гиппократ, 1992

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

9 группы

Зайцевой Яны Николаевны

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 92 балла (отлично)

РЕЦЕНЗЕНТ:  (Мигулина Н.Н.)