

Федеральное агентство по здравоохранению
и социальному развитию

Волгоградский государственный медицинский университет

Кафедра акушерства и гинекологии

Научно исследовательская работа на тему:

Внематочная беременность

04.04.18
асс. Соколов (918)
асс. Соколов П.А.

Выполнил
студент 4 курса 3 группы
педиатрического факультета
Ревенко Игорь Алексеевич

Волгоград 2018

Оглавление

Введение	3
ЭПИДЕМИОЛОГИЯ.....	4
Классификация.....	5
ЭТИОЛОГИЯ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ.....	6
ПАТОГЕНЕЗ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ.....	7
СИМПТОМЫ (КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА) ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ	8
ДИАГНОСТИКА	11
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА.....	14
ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ	15
Профилактика повторной внематочной беременности	20
Список литературы.....	21

Введение

Внематочная или эктопическая беременность (ВБ)(graviditas extrauterina, s. ectopica) — имплантация оплодотворённого яйца вне полости матки.

Имеется стойкая тенденция к увеличению частоты внематочной беременности, которая составляет в индустриально развитых странах в среднем 12—14 на 1000 беременностей. Бесплодие после операции по поводу трубной беременности возникает в 70—80% случаев. Частота повторной трубной беременности варьирует от 4 до 12,6 %. Это связано с распространённостью воспалительных процессов гениталий, растущим числом хирургических вмешательств на маточных трубах, внедрением в медицинскую практику индукторов овуляции, применением внутриматочных контрацептивов.

Локализация плодного яйца выше полости матки относится к проксимальным вариантам эктопической беременности и является одной из главных причин внутреннего кровотечения у женщин репродуктивного возраста. Вовлечение в плодместилище шейки матки приводит к формированию шеечной или перешеечной беременности, т.е. к ее дистальным вариантам и сопровождается наружным кровотечением из влагалища сирующей внематочной беременности.

Кроме того, увеличение количества внематочных беременностей будет неуклонно расти вместе с ростом числа беременностей, полученных путём экстракорпорального оплодотворения.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Наиболее выраженный рост числа внематочной беременности в последние годы наблюдают среди женщин старше 35 лет.

В Великобритании отмечают 11,5 внематочных беременностей на 1000 беременных, частота материнской смертности составила 0,4 на 1000 случаев эктопической беременности.

В России в 2006 г. выполнено 45 673 операции по поводу внематочной беременности. За 10 лет от внематочной беременности умерло 243 женщины. В России эта патология занимает 5–6е место в ряду причин материнской смертности и составляет 4–5%. До недавнего времени более чем 96% больным с внематочной беременностью проводили лапаротомию и удаление маточной трубы, в настоящее время во многих клиниках тот же процент составляют лапароскопические операции.

Классификация.

Международная классификация болезней (МКБ 10) предлагает следующую классификацию внематочной беременности.

КОД ПО МКБ-10

О00.0 — абдоминальная (брюшная) беременность;

О00.1 — трубная беременность:

- беременность в маточной трубе,
- разрыв маточной трубы вследствие беременности.

О00.2 — яичниковая беременность;

О00.8 — другие формы внематочной беременности:

- шеечная,
- в роге матки,
- интралигаментарная.

О00.9 неуточнённая.

В отличие от МКБ10, в отечественной литературе трубную беременность разделяют на:

- ампулярную;
- истмическую;
- интерстициальную.

Яичниковую беременность подразделяют на:

- развивающуюся на поверхности яичника;
- развивающуюся интрафолликулярно.

Брюшную беременность подразделяют на:

- первичную (имплантация в брюшной полости происходит первоначально);
- вторичную.

ЭТИОЛОГИЯ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

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%.

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.

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.

ВМС. Часто эктопическая беременность возникает при использовании ВМС.

ПАТОГЕНЕЗ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

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 плодоемстилице, 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 плодоемстилица, сопровождающегося значительным кровотечением.

СИМПТОМЫ (КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА) ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

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.

В зависимости от локализации плодного яйца наблюдаются деформация матки или наличие опухолевидных образований.

Нарушенная внематочная беременность

Для разрыва трубы характерны симптомы внутреннего кровотечения различной выраженности (патологическая кровопотеря, синдром массивной кровопотери, геморрагический шок), а также симптомы раздражения брюшины: вздутие живота, болезненность, напряжение передней брюшной стенки, перитонеальные симптомы. При разрыве плодместилища появляется резкая боль в животе, которой могут предшествовать менее интенсивные схваткообразные боли, связанные с трубной перистальтикой («трубной коликой»). В момент интенсивного болевого приступа иногда бывает потеря сознания. Отмечается тошнота, головокружение, бледность кожных покровов, иногда жидкий стул. Появляется холодный пот, снижается артериальное давление, пульс становится частым и слабым. При перкуссии живота определяется притупление звука в отлогих местах.

При гинекологическом исследовании с помощью зеркал обнаруживается цианоз слизистой оболочки влагалища и шейки матки. Матка слегка увеличена, размягчена, подвижна («плавающая»). В области придатков матки определяется пастозность или пальпируется опухолевидное образование тестоватой консистенции. Задний и один из боковых сводов выпячены. Отмечается резкая болезненность при попытке смещения шейки матки кпереди и при пальпации заднего свода. Боль иррадирует в прямую кишку.

Прерывание трубной беременности по типу трубного аборта протекает более медленно (от нескольких дней до нескольких недель). Основные жалобы: приступообразные боли внизу живота, мажущие, скудные, темно-коричневые или почти черные выделения из половых путей (кровянистые выделения из влагалища обусловлены отторжением децидуальной оболочки в результате снижения уровня стероидных гормонов, возникающего при нарушении связи плодного яйца с плодместилищем). Могут возникать повторные кратковременные обморочные состояния, слабость, головокружения, холодный пот, рвота.

При гинекологическом исследовании— цианоз слизистых, скудные кровянистые выделения из цервикального канала. Увеличение матки не соответствует сроку беременности, она размягчена в области перешейка. В области придатков матки пальпируется опухолевидное образование ограниченно-подвижное с нечеткими контурами. Задний и соответствующий боковой своды уплощенные или выпячены, умеренно выражена их болезненность.

При яичниковой беременности плодное яйцо может имплантироваться на поверхности яичника, что иногда связывают с эндометриозом, или же развиваться внутри фолликула. Данная беременность прерывается на ранних сроках и сопровождается сходными симптомами, которые наблюдаются при прерывании трубной беременности.

Брюшная беременность как первичная, так и вторичная, встречается чрезвычайно редко. Плодное яйцо может прикрепляться к различным органам брюшной полости, кроме кишечника. Очень редко абдоминальная беременность достигает больших сроков. Как правило, она заканчивается разрывом капсулы плодместилища на ранних сроках, обильным кровотечением и перитонеальным шоком. Характеризуется повторными болевыми приступами в животе, иногда с потерей сознания. Резкая боль возникает при движении плода. При вла-галищном исследовании пальпируется немного увеличенная матка, расположенная отдельно от плодместилища. Части плода определяются под брюшной стенкой.

Шеечная беременность в ранние сроки протекает бессимптомно. В дальнейшем появляются кровянистые выделения. При осмотре наблюдается колбообразное увеличение шейки матки. Существует высокая опасность профузного кровотечения.

Перешеечно-шеечная беременность клинически проявляется кровотечением из влагалища на фоне задержки менструации и отсутствием болевого синдрома. При гинекологическом осмотре обращает на себя внимание эксцентрическая локализация наружного зева и расширение сосудов шейки матки.

При бимануальном исследовании определяется мягкая шаровидная увеличенная шейка и небольшая плотная матка. После проведенного обследования кровотечение усиливается.

Беременность в рудиментарном роге матки, имеющим недостаточно развитый мышечный слой и неполноценную слизистую оболочку, прерывается в 8—16 недель. В этом случае возникает интенсивное кровотечение и развитие внутренних перитонеальных симптомов.

Межсвязочная (интралигаментарная) беременность— плодное яйцо прикрепляется к трубе и развивается между листками широкой связки. При этом могут появляться периодические кровянистые выделения в широкую связку с образованием гематомы и смещением матки в сторону.

ДИАГНОСТИКА

1. Ультразвуковые критерии внематочной беременности:
 - увеличение матки при отсутствии органических изменений в миометрии или маточной беременности;
 - утолщение срединного М-эха;
 - выявление в проекции придатков матки (изолированно от яичников) образований с неомогенной эхо-структурой и повышенным уровнем звукопоглощаемости;
 - наличие свободной жидкости в углублениях малого таза;
 - выявление вне полости матки плодного яйца с живым эмбрионом.
2. Определение уровня хорионического гонадотропина (ХГ).

ХГ впервые выявляется в крови беременной женщины на 6—7 день после зачатия, а в моче — на 8 день. Информативность исследования 96,7—100 %. Серийное определение титра ХГ не позволяет достоверно отличить внематочную беременность от осложненной маточной. У 85 % женщин с нормально протекающей маточной беременностью уровень в-субъединицы ХГ в сыворотке за 48 часов повышается не менее чем на 2/3 в то время как у такого же числа больных с внематочной беременностью за то же самое время он повышается менее чем на 2/3.

При проведении исследования каждые 24 часа различия между маточной и внематочной беременностью менее заметны.

Многочисленные исследования уровня в-субъединицы ХГ проводятся при сомнительных результатах УЗИ, когда не определяются плодное яйцо и сердцебиение плода.

3. Определение уровня прогестерона в сыворотке крови.

При маточной беременности уровень прогестерона в сыворотке, как правило, выше, чем при внематочной. Определение уровня прогестерона в сыворотке можно использовать для исключения внематочной беременности, когда невозможно провести УЗИ и определить уровень в-субъединицы ХГ.

4. 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).

5. 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. Пунктат

микроскопическому исследованию. Эритроциты, полученные из пунктата, изменяются и имеют вид тутовых ягод или рыбьей чешуи. Пункция проводится только в случае сомнений в диагнозе (чаще при трубном аборте). При яркой клинике внутрибрюшного кровотечения пункция не показана, так как отсрочивает начало операции.

6. Биопсия эндометрия.

Проводится при подозрении на прогрессирование эктопической беременности. При внематочной беременности эндометрий трансформируется в децидуальную оболочку, строение которой идентично *decidua parietalis* с появлением клубков спиральных артерий, атипической трансформации маточного эпителия в виде феномена Ариас—Стеллы и «светлых желез» Овербека; ворсины хориона при этом не обнаруживаются.

Феномен Ариас—Стеллы— появление в эпителии желез эндометрия набухших клеток с необычайно крупными полиморфными ядрами, в 4—5 раз превышающими величину ядра нормальной эпителиальной клетки. В основе развития этого феномена лежит гиперсекреция гонадотропных гормонов.

«Светлые железы» Овербека встречаются при третьей стадии обратного развития эндометрия после нарушенной внематочной или маточной беременности. Эпителиальные клетки единичных желез имеют светлую вакуолизированную цитоплазму и полиморфные крупные ядра.

7. Лапароскопия

Наиболее информативный метод диагностики внематочной беременности. Точность диагностики как нарушенной, так и прогрессирующей эктопической беременности с применением лапароскопии, составляет 97—100 %./

Объективно при прогрессирующей внематочной беременности состояние пациентки удовлетворительное, гемодинамика стабильная. При пальпации может быть болезненность внизу живота на стороне поражения. При гинекологическом обследовании отмечается лёгкий цианоз слизистой оболочки влагалища и шейки матки, шейка матки несколько размягчена, безболезненна, тело матки мягковатой консистенции, чуть увеличено, несколько чувствительно при исследовании, на стороне поражения можно пропальпировать тестоватой консистенции болезненное образование овоидной формы. Выделения из половых путей светлые.

При прервавшейся беременности при объективном обследовании отмечают бледность кожи и слизистых оболочек, частый слабый пульс, АД может быть снижено. Температура тела нормальная или повышенная. При пальпации живот мягкий, болезненный над лонным сочленением или в подвздошных областях, перкуторно — притупление звука в отлогах местах.

Симптом Щёткина–Блюмберга выражен слабо. При влагалищном исследовании размер матки чаще увеличен. Отмечают резкую болезненность при смещении матки, её шейки и при пальпации заднего свода. Иногда пальпируют резко болезненное округлое образование слева или справа от матки (почти в 50% случаев).

Информативными методами в диагностике внематочной беременности служат: определение β субъединицы хорионического гонадотропина в крови, УЗИ и лапароскопия.

Для ранней диагностики проводят:

- трансвагинальное УЗИ;
- определение уровня β ХГЧ в сыворотке крови.

Комбинация трансвагинального УЗИ и определения уровня β ХГЧ позволяет диагностировать беременность у 98% больных с 3й нед. беременности. Ультразвуковая диагностика внематочной беременности включает в себя измерение толщины эндометрия, соногистерографию, цветное доплеровское картирование. Беременность в маточном углу может быть заподозрена при асимметрии матки, асимметричной позиции плодного яйца, выявленных при УЗИ.

Результаты проведённых исследований позволили выявить основные ультразвуковые критерии внематочной беременности и их частоту:

- неоднородные придатковые структуры и свободная жидкость в брюшной полости (26,9%);
- неоднородные придатковые структуры без свободной жидкости (16%);
- эктопически расположенное плодное яйцо с живым эмбрионом (с признаками сердцебиения) (12,9%);
- эктопически расположенный эмбрион (сердцебиение не определяется) (6,9%).

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

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

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Для дифференциальной диагностики неразвивающейся или прерывающейся маточной беременности и внематочной беременности проводят выскабливание полости матки. При внематочной беременности в соскобе определяется децидуальная ткань без ворсин хориона, феномен АриасСтеллы (гиперхромные клетки в эндометрии). При прерывающейся маточной беременности в соскобе имеются остатки или части плодного яйца, элементы хориона.

Прогрессирующую трубную беременность дифференцируют с:

- маточной беременностью ранних сроков;
- дисфункциональным маточным кровотечением;
- хроническим воспалением придатков матки.

Прерывание беременности по типу разрыва трубы дифференцируют с:

- апоплексией яичника;
- перфорацией язвы желудка и 12перстной кишки;
- разрывом печени и селезёнки;
- перекрутом ножки кисты или опухоли яичника;
- острым аппендицитом;
- острым пельвиоперитонитом.

Беременность, прервавшаяся по типу разрыва внутреннего плодместилища (трубный аборт), необходимо дифференцировать с:

- абортom;
- обострением хронического сальпингоофорита;
- дисфункциональным маточным кровотечением;
- перекрутом ножки опухоли яичника;
- апоплексией яичника;
- острым аппендицитом.

ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Цель лечения: устранение внематочной беременности.

ПОКАЗАНИЯ К ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

Задержка менструации, наличие кровянистых выделений из половых путей и боли внизу живота различного характера и интенсивности с возможной иррадиацией (в бедро, в паховую область, задний проход).

Задержка менструации, отсутствие кровянистых выделений из половых путей и положительные результаты ХГЧ в крови независимо от наличия или отсутствия ультразвуковых признаков внематочной беременности.

Основной метод лечения внематочной беременности — хирургический.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

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.

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.

Для исключения острой хирургической патологии показана консультация хирурга.

Характер оперативного вмешательства зависит от локализации плодного яйца. При имплантации его в ампулярном отделе трубы проводят фимбриальную эвакуацию. Если плодное яйцо находится в интерстициальном отделе, можно провести операцию двумя путями: удалить

часть трубы и возобновить ее проходимость или рассечь трубу, удалить плодное яйцо, а потом возобновить целостность трубы.

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 мезосальпинкс 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.

Сальпинготомия — удаление плодного яйца через разрез трубы с последующим ушиванием маточной трубы. Показания: бесплодие, повторная трубная беременность (с целью сохранения маточной трубы). Противопоказания: обильное кровотечение, значительный разрыв трубы, давнее нарушение трубной беременности.

Сальпинготомия с применением лапароскопа. Проводится в ранние сроки прогрессирующей беременности, когда диаметр маточной трубы не превышает 4 см, или при нарушенной беременности с небольшим повреждением трубы и умеренной кровопотерей.

При нарушенной внематочной беременности возникают гемодинамические и гиповолемические сдвиги в организме. Поэтому во время операции проводится реинфузия аутокрови, полученной из брюшной полости.

При трубной беременности используется широкий спектр органосохраняющих оперативных вмешательств с применением микрохирургической техники:

- сальпингостомия в ампулярном отделе трубы;
- фимбриопластика или неофимбриопластика при локализации плодного яйца в области фимбрий или ампулярной части трубы;
- сегментарная резекция истмического отдела с наложением анастомоза «конец в конец».

Профилактика спаечных процессов после органосохраняющих операций достигается путем гидроперитонеума в послеоперационном периоде, созданного введением раствора декстрана (полиглюкина).

Сроки нетрудоспособности зависят от оперативного доступа: после лапароскопии — 5 дней, после лапаротомии — 12 дней.

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 мезосальпинкс 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 мезосальпинкс 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 отдельное 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.

Лечение других форм внематочной беременности

Лечение брюшной беременности имеет большие трудности в связи с возможным профузным кровотечением. Поэтому перед операцией заготавливают не менее 2 л крови и начинают инфузию растворов в две вены. Может потребоваться удаление вместе с плодоместилищем и окружающих тканей (париетальной брюшины, резекция кишечника, сальника). Нередко плодный мешок полностью удалить не удается, в таких случаях операция выполняется по типу марсупиализации (вшивание краев оставшейся части плодного яйца в рану брюшной полости).

Лечение яичниковой беременности небольшого срока включает резекцию яичника, в другом случае проводят его удаление. Яичник выводят в рану, клиновидным разрезом удаляют патологически измененную ткань (удаляют 2/3 объема яичника). На яичник накладывают тонкие кетгутовые швы.

Лечение беременности в рудиментарном роге заключается в удалении рудиментарного рога с прилегающей маточной трубой.

При интралигаметарной беременности вначале рассекается брюшина широкой связки над гематомой, которая удаляется вместе с плодным яйцом, затем производится сальпингоэктомия.

При шейечной беременности проводят экстирпацию матки без придатков.

Профилактика повторной внематочной беременности

С целью профилактики развития повторной трубной беременности или бесплодия в послеоперационном периоде проводится поэтапная терапия, направленная на восстановление репродуктивной функции:

1 -й этап — ретроградное введение лекарственных средств в полость неповрежденной трубы во время операции.

2-й этап — использование в послеоперационном периоде антибиотиков; проведение гидротубации с лидазой, гидрокортизоном, новокаином, антибиотиками. Применяют электрофорез с солями цинка и йода. Эти мероприятия проводятся с 4—5-го дня после прекращения выделений из половых путей. Через 2 месяца после операции назначают индуктотермию и биостимуляторы, повторный курс гидротубации.

3-й этап — реабилитационный, проводится через 6,9,12 месяцев после операции с аналогичными курсами лечения.

Через 1 год после оперативного вмешательства показано санаторно-курортное лечение.

ДАЛЬНЕЙШЕЕ ВЕДЕНИЕ

Женщины, перенёвшие внематочную беременность, нуждаются в диспансерном наблюдении по месту жительства.

Пациенткам с нереализованной репродуктивной функцией показана контрольная лапароскопия с целью уточнения состояния маточных труб через три месяца после органосохраняющих операций.

При своевременно оказанной медицинской помощи прогноз благоприятный.

Список литературы

1. Диссертация: Михельсон А.А. Обоснование подходов к реабилитации после внематочной беременности: канд. мед. наук. Ростов_на_Дону, 2012. 28 с.
2. Диссертация: Науменко А.А. Современные методы диагностики и лечения редких форм внематочной беременности: канд. мед. наук. М., 2012. 24 с.)
3. Клинические рекомендации: Акушерство и гинекология: /под ред. В.Н. Серова, Г.Т. Сухих. М.: ГЭОТАР_Медиа, 2014. 1024 с.
4. Научно медицинский журнал: Салов И.А., Каушанская Л.В. Параметры качества жизни женщин, перенесших внематочную беременность//. 2009. Т. 5, № 4. С. 531_533.
5. Русский медицинский журнал: Твердикова М.А., Гависова А.А. Современные принципы контрацепции. Риск или польза посткоитальной контрацепции //РМЖ. 2012. Т. 20, № 21. С. 1090_1093.
6. Учебник: Гинекология /под ред. Г.М. Савельевой, В.Г. Бреусенко. М.: ГЭОТАР_Медиа, 2012. С. 320_335.

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

3 группы

Ревенко Игоря Алексеевича

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:  (Солтыс П.А.)