ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» МЗ России.

Кафедра мобилизационной подготовки здравоохранения, медицины катастроф и скорой помощи с курсом ПО.

Заведующий кафедрой Штегман О.А

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Реферат на тему: Внематочная беременность на ДГЭ. Клиника, диагностика, тактика.**

Выполнила: ординатор 1 года Елеева Е.Е.

Проверил(а):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Красноярск 2023

**Содержание**

**Введение………………………………………………………….….3**

**Классификация…………………………………………………….4**

**Этиология и патогенез внематочной беременности……….......5**

**Клиническая картина……………………………………………..7**

**Тактика на ДГЭ………………………………………………….…8**

**Список литературы……………………………………………….10**

**Введение**

Внематочная (эктопическая) беременность (ВБ) - имплантация плодного яйца вне полости матки (например, в маточных трубах, шейке матки, яичниках, брюшной полости).

В России в 2014 году смертность от внематочной беременности составила 1%, а в 2015 году возросла в 3,6 раза, составив 3,6% .

Факторами риска эктопической беременности являются:

* Операции на маточных трубах
* Эктопические беременности в анамнезе
* ВЗОМТ
* Внутриматочная контрацепция
* Внутриматочные вмешательства
* Бесплодие,
* Возраст матери старше 35 лет
* Курение
* Применение комбинированных оральных контрацептивов (по анатомо-терапевтическо-химической классификации лекарственных средств (АТХ) – Прогестагены и эстрогены (фиксированные комбинации))
* Пороки развития половых органов (беременность в рудиментарном роге), эндометриоз
* Наличие рубца на матке после Кесарева сечения

 Таким образом, ранняя диагностика и своевременное лечение ВБ снижает показатель материнской смертности. Кроме того, ранняя диагностика позволяет использование малоинвазивных и органосохраняющих методов лечения.

 **Классификация**

Анатомическая классификация и частота вариантов ВБ:

 • Трубная (интерстициальная, истмическая, ампулярная, фимбриальная) - 98-99%

. • Яичниковая - 0,1-0,7%.

• Шеечная (1 на 9000-12000 беременностей) - 0,1-0,4%

. • Брюшная (1 на 10000-25000 живорожденных) - 0,3-0,4%

. • Гетеротопическая беременность (сочетание маточной локализации одного плодного яйца и внематочной локализации другого) встречается крайне редко (1 из 30000 беременностей).

 • Беременность в рубце после кесарева сечения - встречается редко, частота на данный момент не определена.

Клиническая классификация:

Различают **прогрессирующую** и **прервавшуюся** трубную беременность.
\*Прерывание ВБ – по типу трубного аборта

\*Прерывание ВБ – по типу разрыва маточной трубы.

**Этиология и патогенез внематочной беременности**

Существует две теории возникновения внематочной беременности, в частности трубной беременности – это **овулогенная теория** и **теория нарушения перемещения оплодотворенной яйцеклетки.**

 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.
 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.
6. 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.

**Факторы, способствующие нарушению перемещения оплодотворенной яйцеклетки:**

* Миграция оплодотворённой яйцеклетки.
* У большинства женщин жёлтое тело обнаруживают в
яичнике на стороне, противоположной локализации
эктопической беременности.
* 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.
* Оплодотворённая яйцеклетка может также пройти через
матку (внутренняя миграция) и попасть в
противоположную трубу.
ВМС. Часто эктопическая беременность возникает при
использовании ВМС.
* Беременности, полученные путем экстракорпорального
оплодотворения.
* Воспалительные процессы органов
малого таза
* Неправильности развития половой
системы
* Эндометриоз
* Туберкулез маточных труб
* Опухоли яичников и труб
* Чрезмерные психо-эмоциональные
состояния, заболевания, стрессы.

Особенности анамнеза у больных с ВБ:

Заболеванию часто предшествуют задержка менструации, или имеют место самые различные нарушения менструального цикла (ациклические кровотечения, более обильные или скудные, более продолжительные или короткие по сравнению с обычными менструации и.т.д.).
Часто удается выяснить, что имелись субъективные признаки беременности. Часто в анамнезе предшествующие аборты, перенесенные ВЗПМ

**Клиническая картина**

**Клиника ВБ по типу разрыва трубы:**

* Заболевание начинается внезапно, среди полного здоровья,

возникают приступы схваткообразных болей с локализацией в
подвздошной области (справа или слева).

* Боли часто иррадиируют в область прямой
кишки или ключицы (френикус – симптом).
* Вскоре у таких больных может появиться
тошнота или рвота,
* Прогрессирующая
слабость,
* Мелькание мушек перед глазами,
шум в ушах,
* Развиться обморочное состояние,
потеря сознания.

**Клиника ВБ по типу разрыва трубы:**

* При осмотре врачом отмечаются признаки
малокровия и симптомы геморрагического
шока (бледность кожных покровов и видимых
слизистых, частый слабый пульс, холодный
пот, артериальная гипотония, учащенное
дыхание)
* Температура нормальная или субфебрильная.
* Живот умеренно вздут, болезненный при пальпации, симптомы раздражения брюшины,в частности Щеткина – Блюмберга, положительные.
* При перкуссии в некоторых случаях можно
определить наличие свободной жидкости в
брюшной полости.

**Тактика на ДГЭ**

**Сбор жалоб и анамнеза:**

Симптомы внематочной беременности: боли внизу живота и пояснице, возможно с иррадиацией в прямую кишку, преимущественно на фоне нарушений менструального цикла (задержки менструации), скудных кровянистых выделений из половых путей в виде «мазни». Характер болей многообразен как с позиции интенсивности, так и иррадиации. При нарушенной внематочной беременности боли могут сопровождаться головокружением, обмороками, тошнотой, рвотой, симптомами раздражения брюшины.

**Физикальное обследование:**

* Всем пациенткам с подозрением на внематочную беременность рекомендуется проведение пальпации живота (физикального обследования передней брюшной стенки и органов брюшной полости путем пальпации, перкуссии и аускультации) для верификации диагноза.

При прогрессирующей эктопической беременности живот мягкий, безболезненный; при нарушенной эктопической беременности определяется болезненность живота над лонным сочленением или в подвздошных областях, перкуторно — притупление звука в отлогих местах, появляются симптомы раздражения брюшины.

* Рекомендуется всем пациенткам при подозрении на внематочную беременность проведение бимануального влагалищного исследования для верификации диагноза.

При влагалищном исследовании определяется болезненность в нижних отделах живота, в области придатков пальпируется овоидное образование мягковатой консистенции, увеличенная в размерах матка, болезненные тракции за шейку матки, нависание заднего свода при наличии свободной жидкости (крови) в брюшной полости в прямокишечно-маточном углублении (Дугласовом пространстве). При наличии шеечной беременности пальпаторно выявляются изменения конфигурации шейки матки (бочкообразная). В ряде случаев проводится ректовагинальное исследование.

**Маршрутизация:**

 1. Все пациентки с диагнозом «подозрение на ВБ» должны быть госпитализированы бригадой скорой помощи. Не допускается самостоятельная транспортировка.

2. Пациентки с диагнозом ВБ госпитализируются в гинекологическое отделение бригадой скорой помощи. При наличии геморрагического шока во время транспортировки медицинский персонал стационара о поступлении больной должен быть уведомлен заранее.

3. При тяжелом состоянии больной, обусловленном геморрагическим шоком, пациентка должна быть госпитализирована в ближайшее хирургическое отделение.

 4. Любая форма прогрессирующей внетубарной ВБ должна быть госпитализирована в стационар 3-й группы бригадой скорой помощи.

 5. При поступлении в стационар при наличии геморрагического шока пациентка должна быть транспортирована в оперблок.

6. При подозрении на ВБ шеечной локализации осмотр на кресле проводится в условиях развернутой операционной (на доклиническом этапе и в приемном отделении не проводится).

 7. При поступлении в стационар обязательный алгоритм обследования в экстренном порядке согласно приказу Минздрава России от 1 ноября 2012 г. N 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)».

**Список литературы**

1. Савельева Г. М. Гинекология: учебник для мед вузов , 2014.
2. Акушерство и гинекология. Клинические рекомендации 4-е издание переработанное и дополненное / Под ред. В.Н.Серова, Г.Т.Сухих. - ГЭОТ АР-Медиа, 2014
3. Лекционный материал Цхай В.Б. ФГБОУ ВО КрасГМУ, 2020
4. Клинические рекомендации (протокол лечения) «Выкидыш в ранние сроки беременности: диагностика и тактика ведения», утвержденные Минздравом России и РОАГ от 7 июня 2016 г.
5. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12.11.2012 N 572н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)»