

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО
ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ «КРАСНОЯРСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ В.Ф.ВОЙНО-
ЯСЕНЕЦКОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО АГЕНСТВА ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ И
СОЦИАЛЬНОМУ РАЗВИТИЮ» ГОУ ВПО

Кафедра перинатологии, акушерства и гинекологии лечебного факультета

Заведующий кафедрой:
ДМН, Профессор Цхай В.Б.

РЕФЕРАТ

На тему: «Внематочная беременность»

Выполнила:
Клинический ординатор
кафедры перинатологии,
акушерства и гинекологии
Жилина П.В

Проверил:
Ассистент Коновалов В.Н.



Красноярск 2019

Оглавление

1. Актуальность
2. Классификация
3. Этиология
4. Патогенез
5. Признаки
6. Диагностика
7. Лечение
8. Список литературы

Внематочная беременность.

В последние годы проблема внематочной беременности вновь стала актуальной для медицинской общественности. Это объясняется тем, что в последнее время всё больше возрастает количество женщин, страдающих этим видом патологии беременности.

Этому факту можно дать двоякое объяснение. С одной стороны, постоянно растет распространённость воспалительных заболеваний внутренних половых органов, увеличивается число хирургических вмешательств на маточных трубах, проводимых с целью регуляции деторождения, увеличение количества женщин, использующих ВМС. С другой стороны, улучшились методы диагностики, и это привело к возможности диагностирования ненарушенной и даже регрессирующей внематочной беременности.

К сожалению, в России число внематочных беременностей увеличивается ещё и за счёт большого числа аборт и, соответственно, большого числа их осложнений. И.И.Гребешева, Л.Г.Камсюк и И.Л.Алесина отмечают: "На протяжении последних 40 лет проблемы регулирования рождаемости в России решались в условиях широкой доступности искусственных абортов и крайне ограниченного применения современных методов контрацепции. Фактически у нас сложилась национальная модель планирования семьи, основанная преимущественно на применении искусственных абортов как метода регулирования рождаемости."

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

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

б. Трубная беременность

- (1) Беременность в маточной трубе
- (2) Разрыв маточной трубы вследствие беременности
- (3) Трубный аборт.

в. Яичниковая беременность

г. Другие формы внематочной беременности

- 1 Шеечная
- 2 Комбинированная
- 3 В роге матки
- 4 Внутрисвязочная
- 5 В брыжейке матки
- 6 Неуточнённая.

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

1. Ампулярную.
2. Истмическую.
3. 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 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.

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.

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 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 эндосальпингса. 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 гематосальпингса. 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 замочная 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

слабоположителен. 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.

ДИАГНОСТИКА

Предположительные признаки. Подозрение на эктопическую беременность возникает при жалобах беременной на патологическое кровотечение и боли в нижних отделах живота. В анамнезе — ВЗОТ или операции на органах малого таза.

Дифференциальная диагностика. Диагностика эктопической беременности достаточно проста у пациенток с аменореей, признаками беременности, болями в нижних отделах живота и кровотечением.

Необходимо исключить следующие состояния.

1. Перекрут кисты яичника или острый аппендицит сопровождаются односторонними болями в правой подвздошной области; язык сухой, положителен симптом Щёткина-Блюмберга. Но не бывает аменореи, обмороков, анемии и шока. Анализ крови указывает на воспалительный процесс: лейкоцитоз, повышение СОЭ.

2. Прерывание маточной беременности. При прерывании маточной беременности наружное кровотечение более выражено, чем болевой синдром, тогда как при эктопической беременности боль доминирует. При влагалищном исследовании матка увеличена соответственно сроку задержки менструации, цервикальный канал открыт, возможно выделение плодного яйца из полости матки. Имеет значение и характер выделений: при аборте они жидкие, ярко-красного цвета; при прерывании трубной беременности — крошковатые, цвета кофейной гущи вследствие смешивания крови с десквамированной некротизированной децидуальной оболочкой.

3. Кровоизлияние в желтое тело при нормальной маточной беременности (апоплексия яичника). Кровоизлияние в жёлтое тело обычно не вызывает очень сильных болей и шока, типичных для эктопической беременности. Кроме того, маточного кровотечения обычно нет. Апоплексия яичника может возникнуть и в момент овуляции (В отечественной практике апоплексия яичника — кровоизлияние в момент овуляции).

Методы диагностики эктопической беременности

1. Определение уровня ХГТ. Проба на определение в сыворотке крови р-субъединицы ХГТ положительна во всех случаях эктопической беременности, в то время как проба на ХГТ в моче положительна только в 50% случаев.

а. Скорость нарастания ХГТ в крови помогает дифференцировать нормальную и патологическую (эктопическую или неразвивающуюся)

беременность; при нормальной беременности уровень ХГТ в крови удваивается каждые 2 дня.

б. При пороговом уровне ХГТ 6000 мМЕ/мл маточную беременность выявляют при УЗИ. Если в полости матки нет эмбриона, можно предположить эктопическую беременность.

в. Стандартная проба мочи на беременность бывает отрицательной в 50%) случаев эктопической беременности. Необходимо помнить, что нередко в случаях прерывания эктопической беременности на основании кровотечения и более ошибочно диагностируют угрожающий аборт.

2. УЗИ органов малого таза помогает исключить эктопическую беременность, если в полости матки четко определяется плодное яйцо через 7 недель после последней менструации; этот срок беременности коррелирует с уровнем ХГТ 5000-6000 мМЕ/мл. Выявление увеличенной матки и яичника при УЗИ не имеет диагностической ценности, так как такая картина может просто представлять собой раннюю маточную беременность и жёлтое тело.

3. Трансвагинальное УЗИ. При УЗИ, проводимом при помощи трансвагинального датчика, плодное яйцо можно визуализировать раньше, чем при трансабдоминальной эхографии. а. Плодное яйцо в полости матки можно обнаружить при уровне ХГТ 1500-2000 мМЕ/мл, соответствующем 6 неделям беременности, б. Следовательно, с помощью трансвагинального УЗИ эктопическую беременность можно исключить на 4-6 дней раньше, чем при трансабдоминальном УЗИ.

4. Кульдоцентез (пункцию прямокишечно-маточного углубления) проводят для выявления свободной крови в брюшной полости при жалобах на острую боль в низу живота в сочетании с патологическим кровотечением, обмороком или шоком.

а. Иглу №18 вводят через задний свод влагалища в прямокишечно-маточное углубление.

б. При пункции прямокишечно-маточного углубления необходимо получить жидкость.

в. Нормально содержимое шприца — 3-5 мл прозрачной жидкости желтоватого цвета. При наличии крови в брюшной полости получают тёмную жидкую кровь. Содержимого в шприце может не быть при спайках или при организации сгустков крови, что не снимает диагноза внематочной беременности.

5. Лапароскопия и кульдоскопия дают возможность осмотра маточных труб и яичников, если диагноз вызывает сомнение. Риск, связанный с выполнением лапароскопии, гораздо меньше, чем риск серьёзных последствий при недиагностированной эктопической беременности. Противопоказаниями для лапароскопии (по мнению Грязновой) являются перенесённый перитонит, рубцовые изменения передней брюшной стенки, метеоризм, тяжёлые неврозы и заболевания сердечно-сосудистой системы в стадии декомпенсации.

6. Гистологическое исследование эндометрия. При выскабливании полости матки по поводу патологического кровотечения (например, при подозрении на самопроизвольный аборт), полученная децидуальная ткань без ворсин хориона в образцах эндометрия указывает на эктопическую беременность. Дополнительно при изучении мазков можно выявить феномен Ариас-Стелла — атипичные клетки в эндометрии с набуханием, вакуолизацией протоплазмы, гиперхромазией, гипертрофией ядер с фрагментацией, появляющиеся в ответ на гормональные изменения при беременности.

7. Реография органов малого таза. Это исследование позволяет получить данные о кровенаполнении различных органов и, следовательно, об их функциональной активности.

Лечение эктопической беременности.

В современной практике до сих пор применяются оперативные и консервативные методы лечения внематочной беременности. Оба эти метода имеют свои преимущества и недостатки. Грязнова с соавторами считает, что оперативное лечение внематочной беременности является оптимальным. В современной зарубежной литературе (Gollesky, Goshert и др авторы) есть сведения об успешном применении синтетических гормоноподобных препаратов и метотрексата для лечения трубной беременности.

В нашей стране применяется комплексный подход к лечению внематочной беременности. Он включает:

1. Операцию.
2. Борьбу с кровотечением, геморрагическим шоком, кровопотерей.
3. Ведение послеоперационного периода.
4. Реабилитацию репродуктивной функции.

Операции, применяемые при прервавшейся трубной беременности.

Все описанные ниже операции могут быть выполнены как лапаротомическим, так и лапароскопическим способом. К преимуществам лапароскопических методик относятся:

- Сокращение продолжительности операции.
- Сокращение продолжительности послеоперационного периода.
- Сокращение продолжительности пребывания в стационаре.
- Уменьшение количества рубцовых изменений передней брюшной стенки.
- Лучший косметический эффект.

1. Сальпингоовариэктомия. В прошлом при наличии неизменённых придатков матки с противоположной стороны применялся именно этот вид оперативного вмешательства, однако в настоящее время

удаление нормального яичника считается неоправданным. Это связано с тем, что в настоящее время появилась возможность для экстракорпорального оплодотворения, для чего необходимо максимальное восстановление генеративного потенциала (W.W.Beck).

2. Сальпингэктомия. В настоящее время считается оптимальным методом лечения внематочной беременности. Более всего эта операция подходит для лечения прервавшейся трубной беременности при присоединении массивного кровотечения (W.W.Beck, T.Wolff). Операцию и гемотрансфузию в таком случае проводят одновременно. После вскрытия брюшной стенки можно применить реинфузию (Айламазян Э.К. с соавт.). Реинфузия противопоказана при давно прервавшейся беременности (W.W.Beck).

Операции, применяемые при прогрессирующей трубной беременности.

Частота диагностирования прогрессирующей внематочной беременности увеличилась в последнее время не только за счёт увеличения общего количества внематочных беременностей, но, главным образом за счёт улучшения методов диагностики. При обнаружении у больной прогрессирующей трубной беременности возможно применение более щадящих методов лечения, нежели при прервавшейся трубной беременности.

1. Выдавливание. У больной с прогрессирующей трубной беременностью (при локализации плодного яйца в ампулярном отделе трубы) плодное яйцо можно осторожно выдавить. Этот метод в настоящее время не применяется в связи с тем, что очень велика вероятность повторного возникновения трубной беременности

2. Сальпингостомия. Выполняется продольная сальпингостомия. После удаления плодного яйца сальпингостому, обычно не ушивают. Шинкарёва Л.Ф. и Александров М.С. в случае, когда ворсины хориона не

прорастали в мышечную оболочку трубы ограничивались её выскабливанием.

3. Сегментарная резекция маточной трубы. Удаляют сегмент трубы, несущий плодное яйцо, после чего выполняют анастомоз двух концов трубы. При невозможности выполнения сальпингосальпингоанастомоза можно перевязать оба конца и наложить анастомоз позднее.

Операции при брюшной беременности.

Техника операции при брюшной беременности зависит от локализации плодного яйца. Обычно операция сводится к удалению плодного яйца и последующему гемостазу.

Ведение послеоперационного периода.

Ведение послеоперационного периода при этих операциях несколько отличается от обычного.

Сразу после операции больную обкладывают грелками, на живот кладут мешочек с песком, который впоследствии заменяют на пузырь со льдом.

При необходимости продолжается инфузионная терапия и обезболивание. Абсолютно необходимым считают превентивное применение антибиотиков. Кроме того необходима витаминотерапия и адекватное питание.

Консервативные методы лечения эктопической беременности.

При наличии прогрессирующей внематочной беременности небольшого срока успешно применяется метотрексат.

Метотрексат является антагонистом фолиевой кислоты. Он блокирует метаболизм тканей, обладающих высоким уровнем обмена, к числу которых относится и трофобласт.

Осложнением применения метотрексата является острое массивное кровотечение из места локализации беременности через 1-2 недели после отмены препарата.

Реабилитация репродуктивной функции.

Проводят мероприятия, направленные на восстановление проходимости трубы. Проводят санаторно-курортное лечение. Имеются сведения, что у женщин, перенесших трубную беременность, часто неполноценна и вторая труба. Это является поводом для проведения 13 противовоспалительной терапии в послеоперационном периоде. При невозможности зачатия ребёнка естественным путём возможно ЭКО.

Список литературы.

Айламазян Э.К. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в гинекологии. С-Пб. Гиппократ, 1992

Грязнова И.М. Внематочная беременность. М. Медицина 1980.

А.Н. Стрижаков с соавт. Принципы и этапы восстановительной терапии после трубной беременности. // Акушерство и гинекология - 1996 - №3 - стр 9 - 12.

W.w.Beck Obstetrics And Gynecology 3rd edition. Williams and Wilkins 1995.

Рецензия на реферат выполненный по теме:

«Внематочная беременность»

Ординатор 2го года обучения

Кафедра: перинатологии, акушерства и гинекологии лечебного факультета
ФГБУ ВО КрасГМУ им. Профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого.

ФИО: Жилина Полина Вячеславна

Реферат выполнен на 16 страницах, в структуре реферата имеется: титульный лист, оглавление, содержательная часть, используемая литература.

Актуальность проблемы: Внематочная беременность занимает одно из ведущих мест в структуре материнской смертности, стоит на первом месте как причина внутрибрюшного кровотечения и на втором месте в структуре острых гинекологических заболеваний.

В реферате полностью раскрыто содержание материала. Материал изложен грамотно, в определенной логической последовательности. Продемонстрировано системное и глубокое знание программного материала. Точно используется терминология.

Содержание реферата в полной мере отражает значимость и актуальность темы. При написании реферата использовались современные источники литературы.

Реферат написан хорошим литературным языком, грамотно оформлен, принят и оценен на (5) отлично. Руководитель клинической ординатуры: Коновалов В.Н

