



«ВНЕМАТОЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ»

**К.М.Н. КОРАБЛИНА НАТАЛИЯ
АЛЕКСАНДРОВНА**

Внематочная беременность —
осложнение беременности, когда
прикрепление оплодотворённой
яйцеклетки происходит вне полости
матки. За редким исключением,
внематочная беременность
нежизнеспособна и нередко опасна
для здоровья матери из-за
внутреннего кровотечения.

По месту прикрепления оплодотворенного яйца, внематочная беременность бывает:

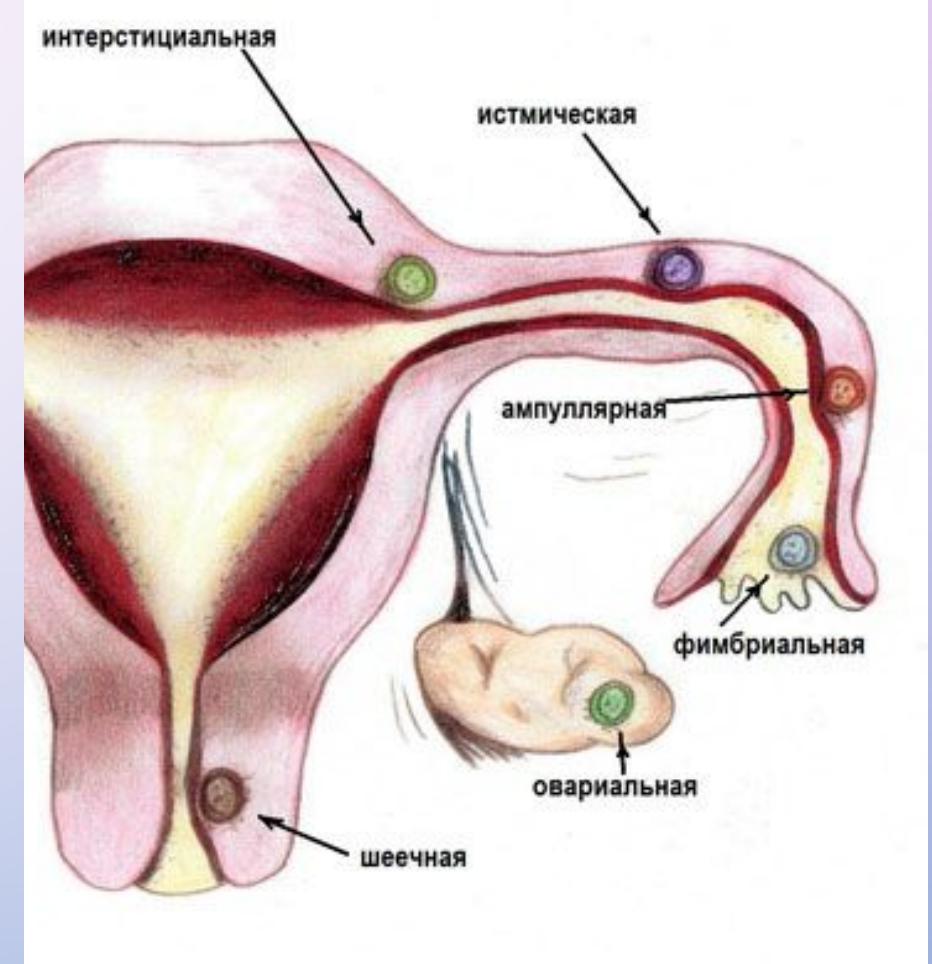
- трубной,
- яичниковой,
- шейечной,
- брюшной.



Трубная беременность встречается в 98% случаев внематочной беременности

Такой вид эктопической беременности происходит из-за того, что оплодотворённая яйцеклетка не продвигается по маточной трубе, чтобы выйти в полость матки и закрепиться там, а внедряется в стенку самой трубы.

Трубная беременность может развиваться в разных отделах маточной трубы, и согласно этому она делится на ампулярную (составляет 80% от всех случаев трубных беременностей), истмическую (составляет 13% от общего количества трубных беременностей), интерстициальную (составляет 2%) и фимбриальную (составляет 5%).



При **ампулярной трубной беременности** разрыв маточной трубы обычно происходит несколько позже, чем в остальных случаях, где-то в 8-12 недель, так как эта часть трубы самая широкая и плод может достигать больших размеров до того момента, как ему станет тесно, и он прорвёт фаллопиеву трубу. Реже, но всё же возможен и другой исход — трубный аборт.

Истмическая трубная беременность чаще всего заканчивается разрывом трубы ещё на раннем сроке, примерно на 4-6 неделе беременности, так как перешеек маточной трубы — самая узкая её часть. После разрыва трубы, яйцеклетка выходит в брюшную

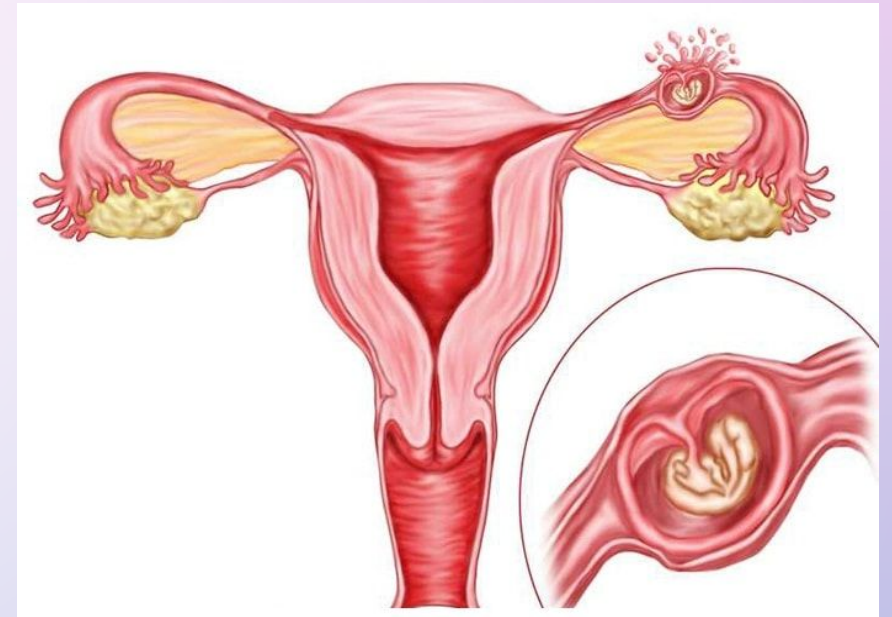
Плоды.
При **интерстициальной трубной беременности**

беременность может развиваться вплоть до 4 месяцев (14-16 недель), так как миометрий этого участка маточной трубы способен растягиваться до больших размеров. Именно этот отдел фаллопиевой трубы соединяется непосредственно с маткой, он имеет развитую сетку кровоснабжения, поэтому разрыв трубы сопровождается большой кровопотерей, что может привести к летальному исходу. При значительном поражении матки назначается её экстирпация (удаление).

При **фимбриальной трубной беременности** плод развивается на выходе из маточной трубы (в фимбриях — ворсинках)



Любой вид трубной
внематочной беременности
заканчивается прерыванием и
выражается это разрывом
маточной трубы или отслойкой
плодного яйца от стенки
маточной трубы и изгнанием
его в брюшную полость с
последующей гибелью плода
(такой процесс называется
трубным абортом).



Яичниковая беременность бывает приблизительно у 1% женщин среди всего количества женщин с внематочной беременностью.

Яичниковая внематочная беременность происходит, когда сперматозоид оплодотворил яйцеклетку, которая ещё не вышла из доминантного фолликула или оплодотворенная яйцеклетка прикрепилась к яичнику вместо того, чтобы двигаться по трубам в сторону полости матки.

Таким образом, яичниковая беременность делится на две формы: интрафолликулярную — когда имплантация происходит внутри фолликула, и эпиофоральную — когда имплантация происходит на поверхности

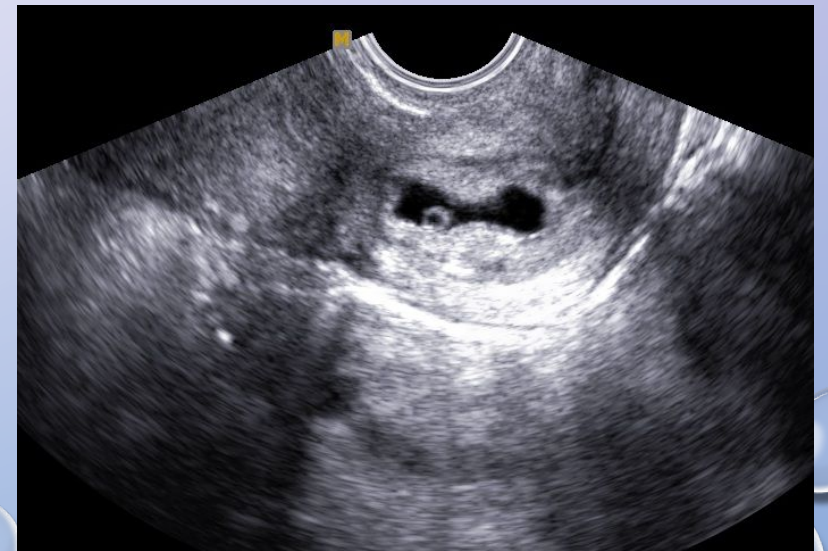
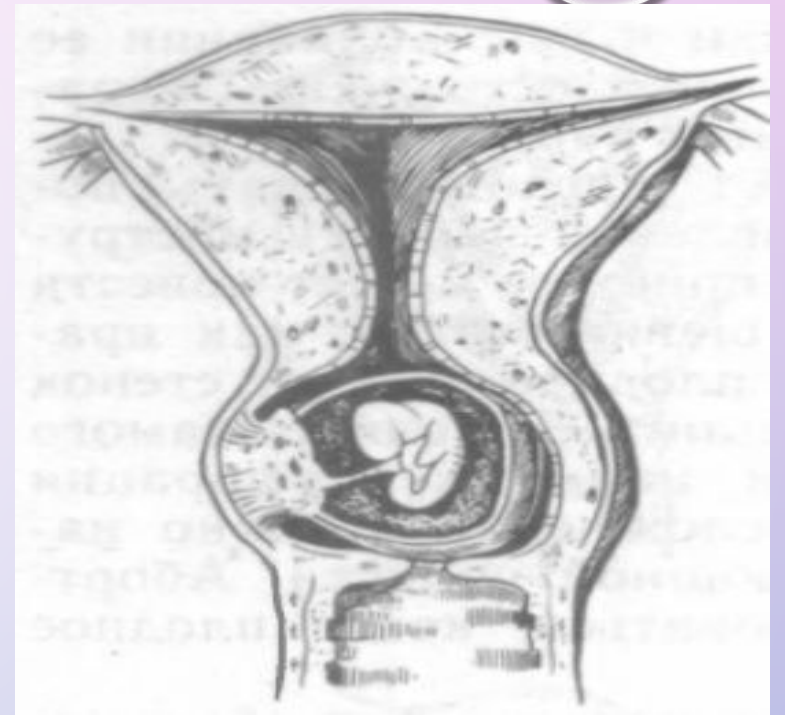


Шеечная беременность

- Беременность в шеечном канале матки случается достаточно редко, а именно 0,1% из всех случаев внематочной беременности. При шеечной беременности оплодотворённое яйцо проникает в слизистую оболочку шейки матки.

Существует и шеечно-перешеечный вид беременности, когда плодное яйцо прикрепляется в области перешейка матки.

Шеечная беременность может развиваться вплоть до 2-го триместра беременности.

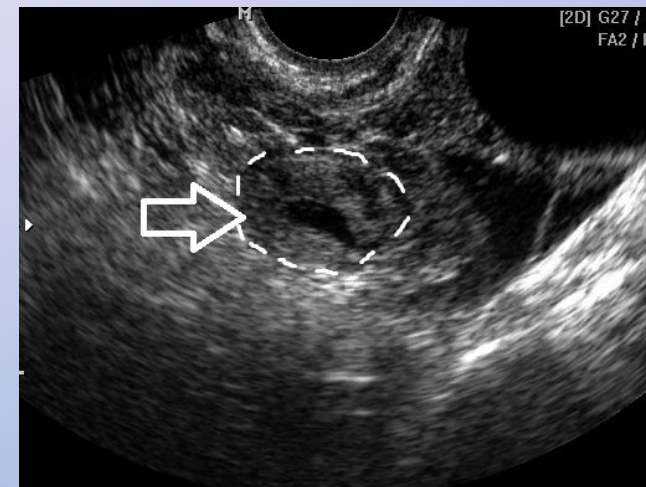
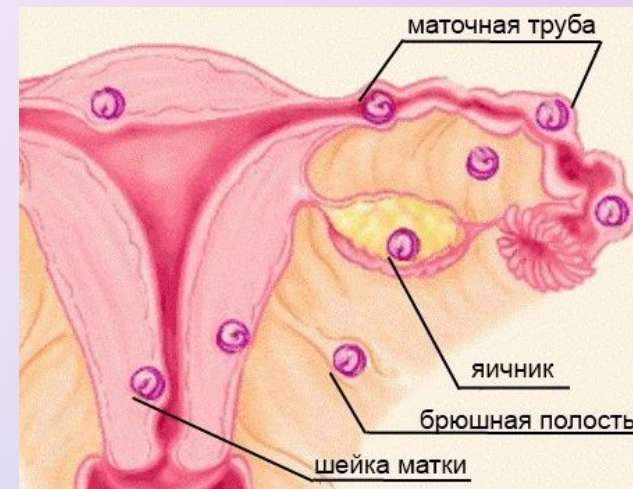


Брюшная (абдоминальная) беременность может быть первичной или вторичной.

При **первичной** брюшной беременности оплодотворение яйцеклетки и сама имплантация плодного яйца происходит в брюшной полости. При **вторичной** брюшной беременности оплодотворение происходит в маточной трубе, а потом плодное яйцо выбрасывается в брюшную полость, где и происходит его прикрепление к внутреннему органу брюшины (печени, селезенке и пр.). Вторичная брюшная беременность является следствием трубного аборта, таким образом, прервавшаяся трубная беременность переходит в другой вид внематочной беременности.

Брюшная беременность крайне редко донашивается до положенного срока, но если плоду удалось прикрепиться к тканям с хорошим кровообращением, ребенок вследствие такой беременности рождается, но с пороками и вскоре погибает.

Вследствие брюшной беременности очень поражаются и органы матери, соседствующие с развивающимся плодом, что является крайне опасным для жизни женщины.



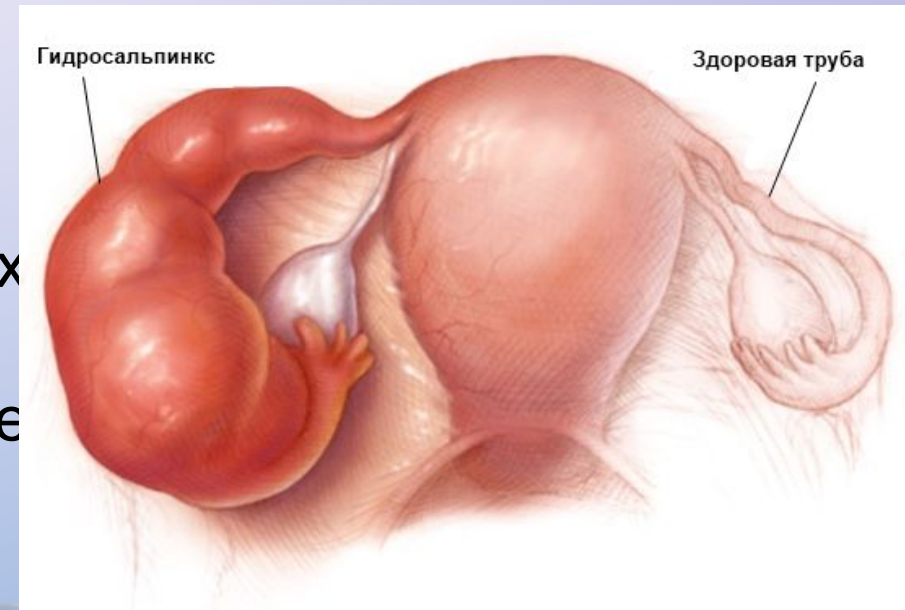
Группы риска

- Женщины 35-44 лет.
- Женщины, страдающие хроническими воспалительными заболеваниями, вызванными хламидийной инфекцией, микоплазмой или уреоплазмой.
- Женщины, проходившие лечение по поводу трубного и гормонального бесплодия.
- Женщины с эндометриозом.
- Женщины с врожденными аномалиями матки и маточных труб.
- Женщины с невынашиванием беременности.
- Женщины, использовавшие в качестве контрацепции внутриматочной спирали.

Причины трубной беременности

- Обычно это происходит из-за нарушения перистальтики маточной трубы, то есть из-за нарушения её способности сокращаться, или из-за других процессов, затрудняющих проходимость маточных труб (при спайках, опухолях, нарушении строения фимбрий, загибе трубы, недоразвитие труб (генитальном инфантилизме) и пр.)

Так несвоевременное лечение воспалительных заболеваний труб (сальпингита, гидросальпинкса, например) или перенесенные ранее операции на маточных трубах обычно являются причинами развития трубной беременности.



Причины яичниковой беременности

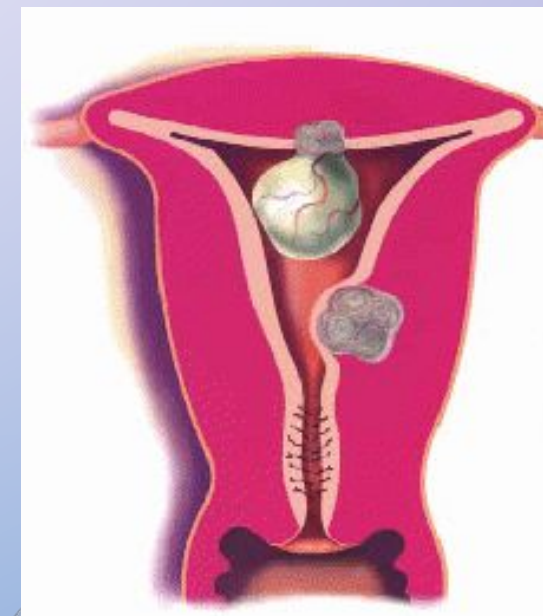
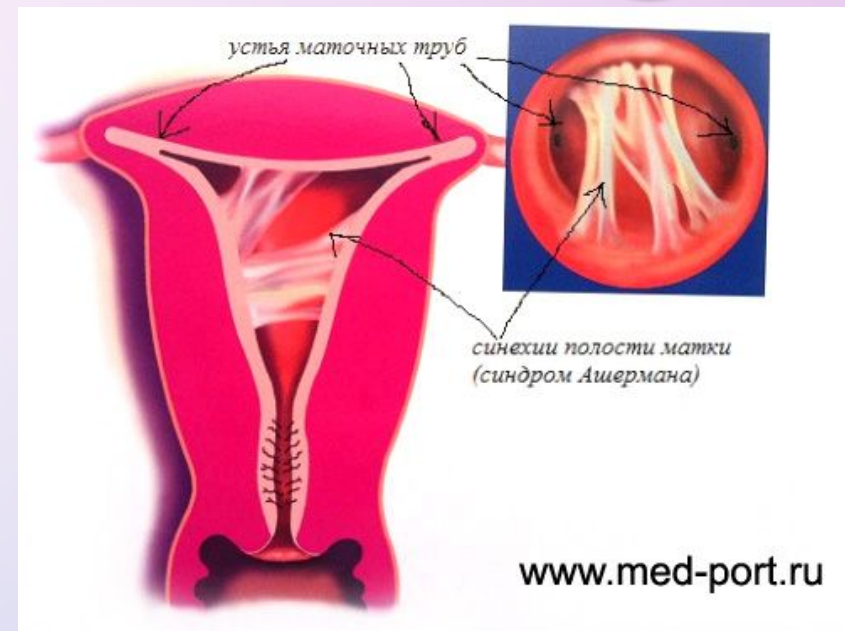
После разрыва доминантного фолликула яйцеклетка встречается со сперматозоидом, находясь ещё в яичнике. Далее оплодотворенная яйцеклетка по тем или иным причинам не продолжает своё движение к полости матки, а прикрепляется к яичнику.

Причиной такого сбоя в течение беременности может быть перенесенное инфекционное заболевание придатков матки или воспаление эндометрия, непроходимость маточных труб, эндокринные и генетические нарушения и пр.



Причины шеечной беременности

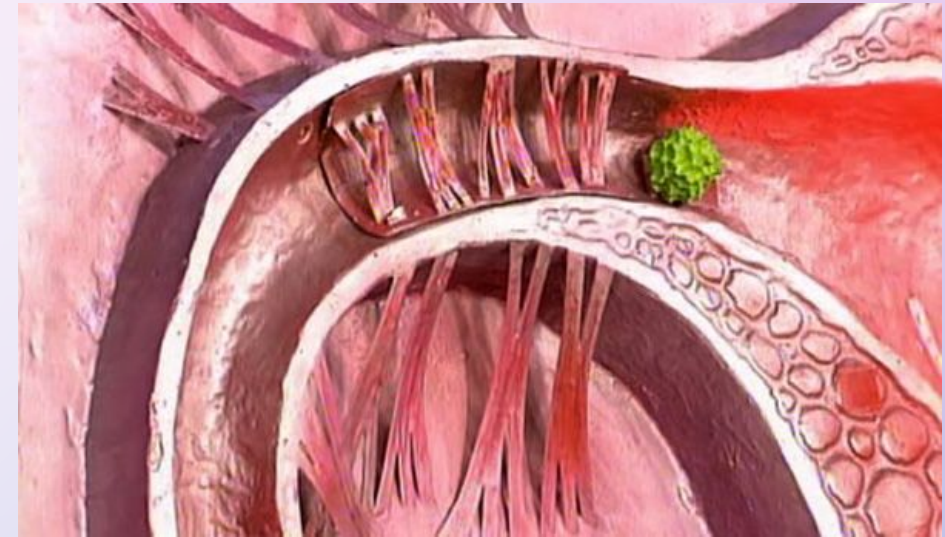
Шеечная беременность наступает из-за того, что оплодотворенная яйцеклетка не может прикрепиться к стенке матки. Имплантация плодного яйца к стенке цервикального канала происходит из-за перенесенного ранее механического аборта или кесарева сечения, образования спаек в полости матки, миомы и из-за различных аномалий в развитии матки.



Причины брюшной беременности

Брюшная беременность развивается при непроходимости маточных труб и при другой приобретенной или врожденной патологии.

Обычно брюшная беременность является последствием выброса оплодотворенной яйцеклетки в брюшную полость после разрыва маточной трубы (после трубного аборта).



При имплантации яйцеклетки в

интерстициальной или

истмической части маточной
трубы происходит в основном

разрыв трубы, т. е. острое
нарушение трубной

беременности,

сопровождающееся массивным
внутрибрюшным
кровотечением.

При локализации плодного яйца

в ампулярной части трубы

беременность чаще всего
прерывается по типу трубного
аборта и кровотечение не

Внематочная беременность



КЛИНИКА

- ✓ Тяжесть состояния больной зависит от величины кровопотери.
- ✓ При нарушении трубной беременности обычно появляются внезапные резкие боли внизу живота с иррадиацией в прямую кишку, область желудка, что связано с раздражением брюшины кровью, излившейся в брюшную полость.
- ✓ По мере увеличения кровопотери ухудшается общее состояние больной, ее кожные покровы бледнеют, появляется холодный пот, пульс учащается, становится мягким, иногда нитевидным.
- ✓ Степень падения АД зависит от кровопотери.
- ✓ При значительной кровопотере появляется симптом раздражения диафрагмального нерва, характеризующийся болями, иррадирующими в область плеча.
- ✓ Живот при пальпации остается мягким, но резко болезненным, больше в нижних отделах.
- ✓ В анамнезе, как правило, имеются указания на задержку менструации или необычный ее характер; чаще всего после задержки месячных появляются мажущиеся темные кровянистые выделения, не поддающиеся консервативному лечению.

ВНУТРИБРЮШНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ, ВОЗНИКШЕЕ В СВЯЗИ С РАЗРЫВОМ МАТОЧНОЙ ТРУБЫ, преобладают признаки коллапса:

- кожные покровы резко бледны,
- пульс частый, мягкий, иногда нитевидный,
- АД снижено,
- живот при пальпации остается мягким, но резко болезненным, больше в нижних отделах.

ПЕРИТОНИТ НА ПОЧВЕ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА ИЛИ ПЕРФОРАЦИЯ ПОЛОГО ОРГАНА, РАЗРЫВ КАПСУЛЫ ОПУХОЛИ ИЛИ ОСУМКОВАННОГО ГНОЙНИКА ПРИДАТКОВ МАТКИ

- резко выражена интоксикация, гиперемия лица,
- пульс частый,
- температура повышена,
- отмечаются тошнота или рвота,
- живот резко болезнен и напряжен

При нарушении внематочной беременности по типу **трубного аборта** плодное яйцо отслаивается постепенно, что вызывает длительную, но значительно меньшую кровопотерю.

Небольшие кровоточащие сосуды тромбируются сгустками, образуя околотрубную или заматочную гематому.

- Острые боли могут быть кратковременными, в виде повторяющихся приступов, которые сопровождаются болями внизу живота с иррадиацией в прямую кишку. Число приступов бывает различным.
- Приступам сопутствуют кратковременное учащение пульса, бледность кожных покровов, небольшое снижение АД.
- Живот при пальпации болезнен в нижних отделах, со

Дифференциальный диагноз трубного аборта

- ❖ Нарушенную трубную беременность, прерывающуюся по типу трубного аборта, следует дифференцировать с обострением хронического воспалительного процесса придатков матки и аппендицитом.
- ❖ Недиагностированный своевременно трубный аборт приводит к образованию так называемой старой формы трубной беременности, которую следует дифференцировать, помимо вышеперечисленных заболеваний, с хроническими гнойниками придатков матки или опухолями.

Диагностика:

- детородный возраст;
- особенности акушерско-гинекологического анамнеза с учетом характера и изменений менструального цикла (задержка месячных);
- слабые кровяные выделения, которые не являются месячными;
- тест на беременность, который имеет слабую вторую полоску. Внематочная беременность имеет довольно низкий уровень ХГЧ, по сравнению с нормальной беременностью. Поэтому вторая полоска вначале будет бледной, а потом может и вовсе пропасть;
- боли в нижних отделах живота, справа или слева, с характерной иррадиацией, внезапно появившиеся, сопровождающиеся головокружением, склонностью к

- постепенно нарастающие боли внизу живота с исходом в общую слабость, обморочное и коллаптоидное состояние;
- болезненность при пальпации нижних отделов живота, более выраженная на стороне нарушенной беременности;
- симптомы раздражения брюшины в болезненных областях живота;
- отсутствуют напряжение мышц передней брюшной стенки, сухость и обложенность языка, как правило;
- положительный симптом «ваньки-встаньки» - стремление принять полусидячее положение из положения лежа, из-за реакции диафрагмальной брюшины на подступающую кровь, а также положительный френикус-симптом, возникающий по той же причине;

Тактика:

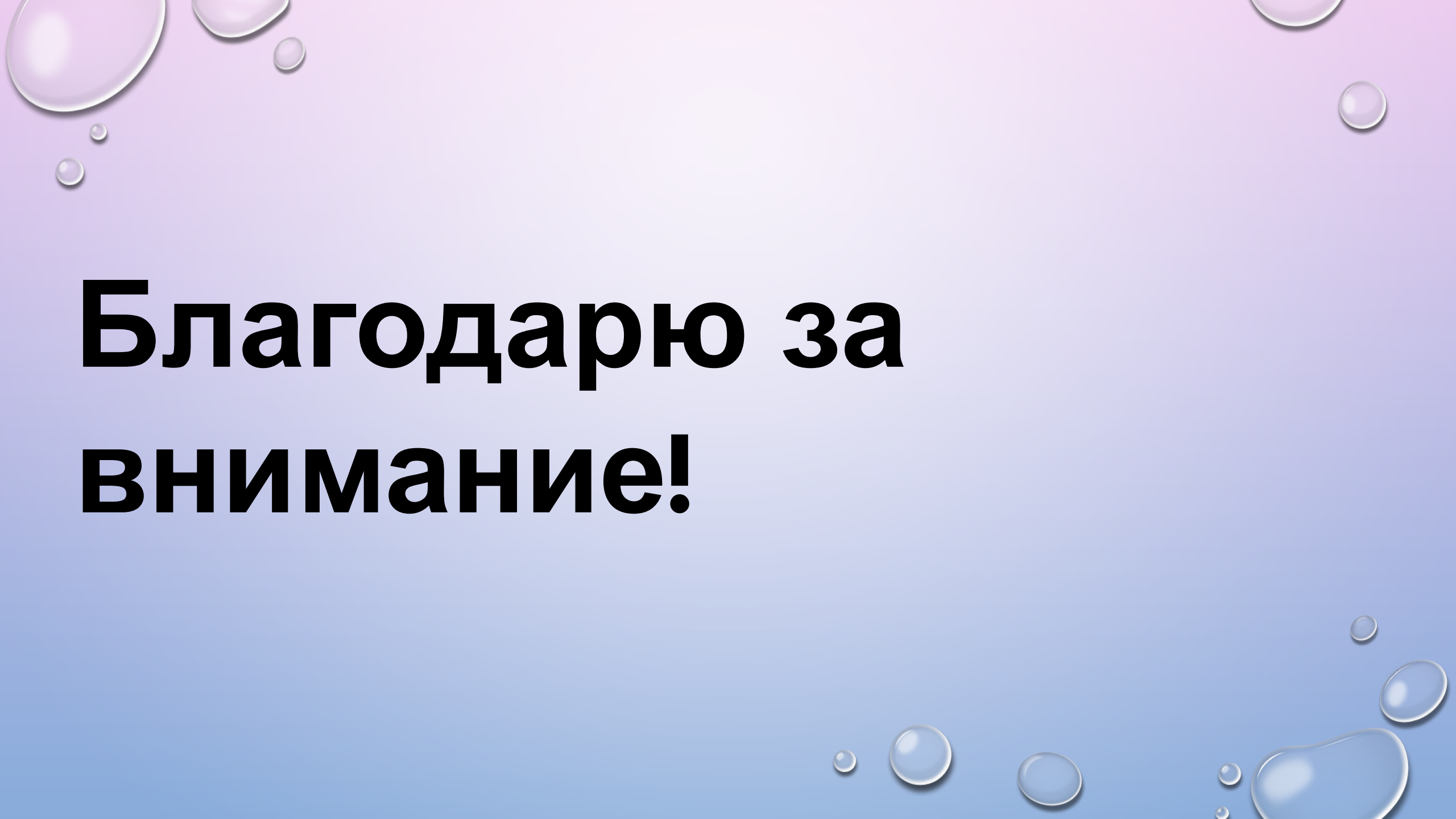
При прогрессирующей внематочной беременности терапии на догоспитальном этапе не требуется. Медицинская эвакуация сидя. Контроль АД в процессе транспортировки.

При нарушенной внематочной беременности:

- холод на живот;
- обеспечить надежный венозный доступ;
- при стабильной гемодинамике и систолическом АД на уровне 100 мм рт. ст. и выше инфузионная терапия не показана, так как ведет к повышению АД и усилению кровоизлияния в брюшную полость из поврежденных сосудов матки и ее придатков;
- при тахикардии и гипотензии - растворы внутривенно капельно в объеме, соответствующем сроку доставки в стационар – гидроксикрахмал 6% или 10% раствор по 500-1000мл, раствор натрия хлорида 0,9% - 400мл, раствор глюкозы 5% - 400мл;
- Введение внутримышечно или внутривенно этамзилат 4 мл (1000мг) и/или транексам в/в 5мл;
- ингаляция кислорода;
- экстренная доставка в гинекологический стационар на носилках, в положении, удобном для больной, но со слегка приподнятым ножным концом;
- при геморрагическом шоке - вызов в помощь реанимационной, в ее отсутствие

При развитии геморрагического шока дополнительно:

- пульсоксиметрия;
- ЭКГ;
- инфузия: гидроксикрахмал 6% или 10% раствор по 1000 - 1500мл, раствор натрия хлорида 0,9% - 1000мл струйно;
- преднизолон 90 – 120мг внутривенно;
- при отсутствии эффекта (САД <70) допамин 200мг на 250мл 0,9% натрия хлорида 14-18 капель в минуту;
- не поднимать САД выше 90 мм рт.ст.;
- ингаляция кислорода;
- при нарушении функции дыхания: атропина сульфат 0,1% - 1,0 в/в, реланиум – 2,0мл в/в, кетамин 1 мг/кг в/в с последующей интубацией и ИВЛ.



**Благодарю за
внимание!**