Внематочная беременность

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

- На протяжении последних 40 лет проблемы регулирования рождаемости в России решались в условиях широкой доступности искусственных абортов и крайне ограниченного применения современных методов контрацепции.

- Сложилась национальная модель планирования семьи, основанная преимущественно на применении искусственных абортов как метода регулирования рождаемости.

Классификация. (МКБ X)

- Абдоминальная (брюшная) беременность.
- Трубная беременность:
  - Беременность в маточной трубе;
  - Разрыв маточной трубы вследствие беременности;
  - Трубный аборт.
- Яичниковая беременность.
- Другие формы внематочной беременности:
  - Шеечная;
  - Комбинированная;
  - В роге матки;
  - Внутрисвязочная;
  - В брыжейке матки;
  - Неуточнённая.

Анатомические формы внематочной беременности делят на:

- 1) ампулярную
- 2) истмическую
- 3) интерстициальную
- 4)яичниковую подразделяют на:

а) развивающуюся на поверхности яичника
б) развивающуюся интрафолликулярно.

Этиология

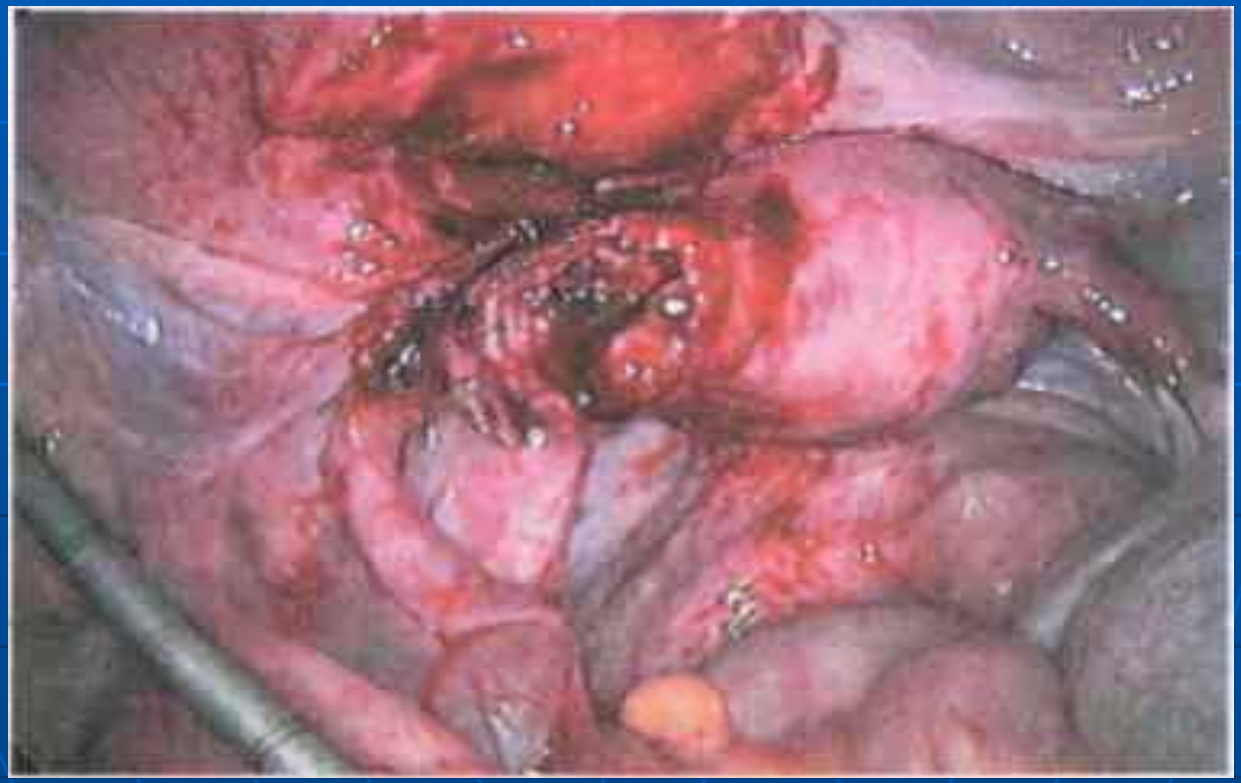
- Инфекционный процесс в слизистой оболочке маточной трубы
- Хронические воспалительные заболевания органов малого таза
- Врожденные дефекты
- Доброкачественные опухоли
- Фибромиомы матки в области трубного угла
- Эндометриоз труб
- Околотрубные спайки
- Хирургические вмешательства на маточных трубах
- Миграция оплодотворённой яйцеклетки
- 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.
- Ворсины хориона, внедряясь в стенку маточной трубы и вырабатывая протеолитические ферменты, вызывают ее расплавление, истончение, а затем и разрушение со вскрытием стенок кровеносных сосудов.
- В результате роста и развития плодного яйца в трубе прогрессирующая трубная беременность прерывается чаще на 6-8-й неделе по типу трубного аборта, когда плодное яйцо отслаивается от стенки трубы. Реже наблюдается разрыв трубы.

- 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.

- Наиболее частое нарушение трубной беременности — **трубный аборт** (51%)
- прерывание беременности по типу разрыва маточной трубы отмечается в 31 % случаев
- достаточно редким исходом трубной беременности любой локализации является ранняя гибель и резорбция зародыша с образованием гемато- или гидросальпинкса
- При полном трубном аборте, когда плодное яйцо целиком изгоняется в брюшную полость, оно обычно погибает, а затем может подвергнуться обызвествлению и мумификации.
- Кровотечение из трубы, возникающее при этом, крайне редко может остановиться самостоятельно.

Клиника и диагностика трубного аборта:

- у некоторых больных наблюдаются признаки острого внутреннего кровотечения
- у других симптоматика настолько скудна, что выявить заболевание довольно трудно
- Пациентки не всегда отмечают задержку менструации, боли и кровяные выделения из половых путей.
- Субъективные признаки беременности также могут отсутствовать, а нагрубание молочных желез и выделения из сосков могут быть обусловлены другими патологическими состояниями. Такая беременность протекает большей частью бессимптомно.
- При объективном исследовании Выявляют падение АД, слабый частый пульс, бледность кож ных покровов и слизистых оболочек. Живот при пальпации болезнен со стороны разрыва, симптом Щёткина-Блюмберга слабоположителен. Перкуторно — признаки свободной жидкости в брюшной полости.
- Боли обычно приступообразные (от нескольких минут до нескольких часов), кровотечение из половых путей или совпадает с первым болевым приступом, или появляется после него. Кровяные выделения напоминают «кофейную гущу».
- При гинекологическом исследовании- цианоз слизистой оболочки влагалища и шейки матки.
- При влагалищном исследовании удается пальпировать незначительное увеличение и размягчение тела матки, не соответствующее сроку задержки менструации, определить пастозность и болезненность придатков матки, сглаживание и/или напряжение заднего свода влагалища, резко болезненного при пальпации. Перитубарная гематома имеет вид образования без четких контуров в проекции придатков матки или позади нее.

Разрыв маточной трубы

- Болевой синдром появляется при полном благополучии (чаще резкая боль возникает на стороне «беременной» трубы), боль имеет характерную иррадиацию, нередко возникают тенезмы и жидкий стул.
- Больные апатичны, заторможены, отмечаются бледность кожных покровов и видимых слизистых оболочек, холодный пот, одышка.
- систолическое давление ниже 80 мм рт. ст.
- При пальпации живота выявляют резкую болезненность и симптомы раздражения брюшины, притупление перкуторного звука в отлогих местах живота, граница которого перемещается с изменением положения тела.
- При бимануальном осмотре обнаруживают чрезмерную подвижность матки (симптом «плавающей матки»), резкую болезненность при смещениях шейки матки, нависание и выраженную болезненность заднего свода влагалища («крик Дугласа»).

Прогрессирующая трубная беременность

- распознается на ранней стадии крайне редко
- клиническая симптоматика скудна, так как в организме происходят изменения, свойственные маточной беременности ранних сроков

- Характерны предположительные (тошнота, рвота, изменения обонятельных ощущений, сонливость, слабость) или вероятные (нагрубание молочных желез, цианотичность слизистой оболочки влагалища и влагалищной части шейки матки, незначительное увеличение матки и смягчение ее консистенции, положительные тесты на гормоны трофобласта) признаки
- Задержка менструации может отсутствовать

- менструация может наступить в срок, но проявляется необычно (в виде скудных кровяных выделений).

- При бимануальном влагалищно-абдоминальном исследовании отмечается несоответствие размеров матки сроку задержки менструации, в области придатков матки иногда определяется образование веретенообразной конфигурации, мягкой или эластической консистенции, болезненное при пальпации. Однако при небольшом сроке беременности маточная труба увеличена незначительно. Признаки маточной беременности (симптомы Горвица-Гегара, Пискачека, Гентера) чаще всего не выявляются.

Дифференциальная диагностика трубного аборта

- самопроизвольным абортом при маточной беременности
- обострением хронического сальпингоофорита
- апоплексией яичника
- перекрут кисты яичника
- острый аппендицит

Дифференциальная Диагностика разрыва маточной трубы

Разрыв маточной трубы следует дифференцировать с другими острыми заболеваниями брюшной полости:

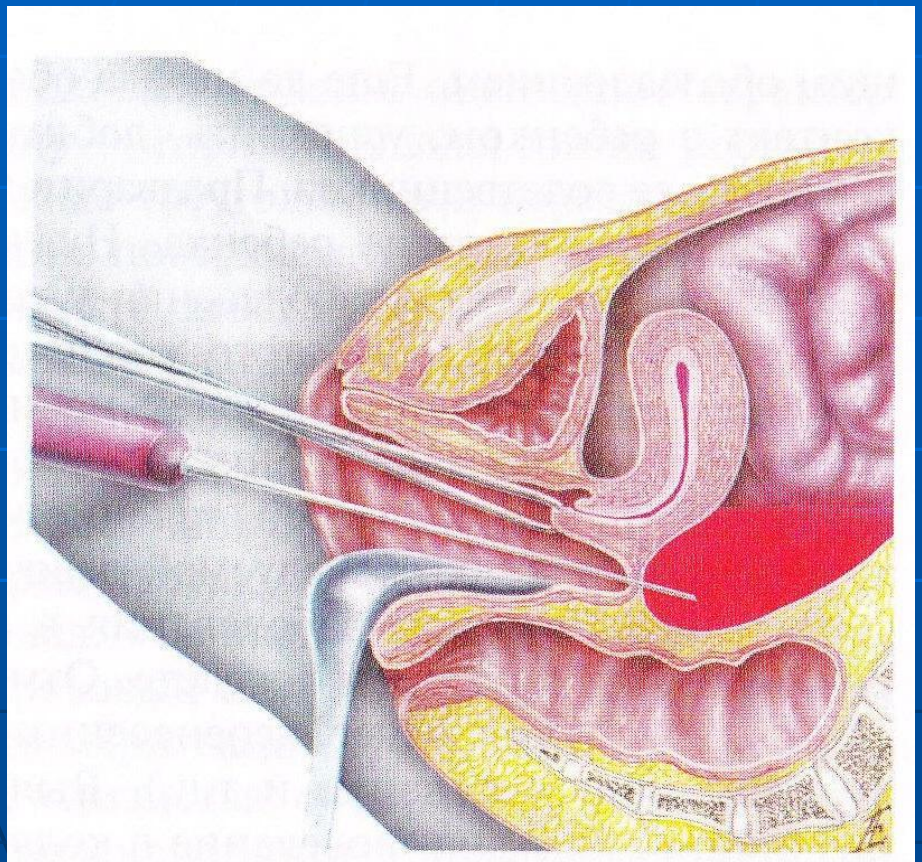
- апоплексией яичника
- перекрутом ножки цистаденомы
- перитонитом при прободной язве желудка
- травмой органов брюшной полости

Все указанные заболевания требуют срочного оперативного вмешательства.

Диф. диагностика прогрессирующей эктопической беременности

- Нечеткость клинической картины при этой форме эктопической беременности требует дифференциальной диагностики с дисфункциональным маточным кровотечением
- маточной беременностью малых сроков
- хроническим воспалением придатков матки (гидросальпинкс)
- ретенционными образованиями яичников
- В связи с этим при малейшем подозрении на трубную беременность показана экстренная госпитализация для тщательного обследования и динамического наблюдения в условиях стационара.

Дополнительные методы исследования



Пункция брюшной полости через задний свод влагалища.

- До настоящего времени в клинической практике используется пункция брюшной полости через задний свод влагалища.
- При прогрессирующей внематочной беременности крови в брюшной полости нет.

Диагностическое выскабливание слизистой матки

- **Диагностическое выскабливание слизистой матки** с гистологическим исследованием эндометрия обосновано в тех ситуациях, когда диагноз «внематочная беременность» дифференцируется с дисфункциональным маточным кровотечением и/или неполным самопроизвольным абортом.

- слизистая оболочка матки при внематочной беременности может не изменяться и соответствовать какой-либо фазе менструального цикла, а при полном самопроизвольном аборте возможна только децидуальная трансформация эндометрия с **феноменом Ариас-Стеллы** (атипические изменения ядер эпителиальных клеток), что бывает и при внематочной беременности.

- Несомненный признак маточной беременности — **ворсины хориона** и/или децидуальной ткани с инвазией хориального эпителия в соскобе слизистой оболочки тела матки.

- При заинтересованности пациентки в сохранении возможной маточной беременности выскабливание делать нельзя.

- При подозрении на внематочную беременность определяют **хорионический гонадотропин** (ХГ) в крови.

- Информативность исследования 96,7—100%. Однако серийное определение титра ХГ иногда выявляет нормальную маточную беременность, но не позволяет достоверно отличить внематочную беременность от осложненной маточной.

- При маточной беременности концентрация ХГ в крови увеличивается не менее чем на 66% первоначального показателя каждые 2 дня, меньшее значение служит одним из признаков внематочной или нарушенной маточной беременности в 85% наблюдений.

- Время удвоения b-субъединицы ХГ при эктопической беременности составляет 7 дней или более. В повседневной практике рекомендуется оценивать уровень ХГ в динамике.

УЗИ органов малого таза и Трансвагинальное УЗИ

- Существует 3 группы эхографичкских признаков внематочной беременности:

1) Абсолютные ультразвуковые признаки — эктопически расположенное плодное яйцо с живым эмбрионом

Абсолютные ультразвуковые признаки трубной беременности (эктопически расположенное плодное яйцо с живым эмбрионом).

2) Вероятные признаки — увеличение тела матки с визуализацией около нее небольшого кистозного образования (плодное яйцо) с характерным эхопозитивным венчиком ветвистого хориона;

- свободная жидкость (кровь) не только позади матки, но и в латеральных каналах живота, где можно выявить даже незначительное скопление жидкости в малом тазу;

- визуализация отдельных аморфных эхосигналов (свертки крови) в жидкости позадиматочного пространства; сочетание свободной жидкости и образования без четких контуров с гетерогенной внутренней структурой рядом с маткой.

3) Возможные признаки:

- увеличение тела матки;
- визуализация в позадиматочном пространстве свободной жидкости, не содержащей дополнительных эхоструктур;
- образование жидкостной, смешанной или плотной неоднородной структуры с неровными или нечеткими контурами в области придатков матки.
- Подобная ультразвуковая картина не исключает внематочной беременности, но, правильный диагноз устанавливается только в 14% наблюдений.

Лечение эктопической беременности, включает:

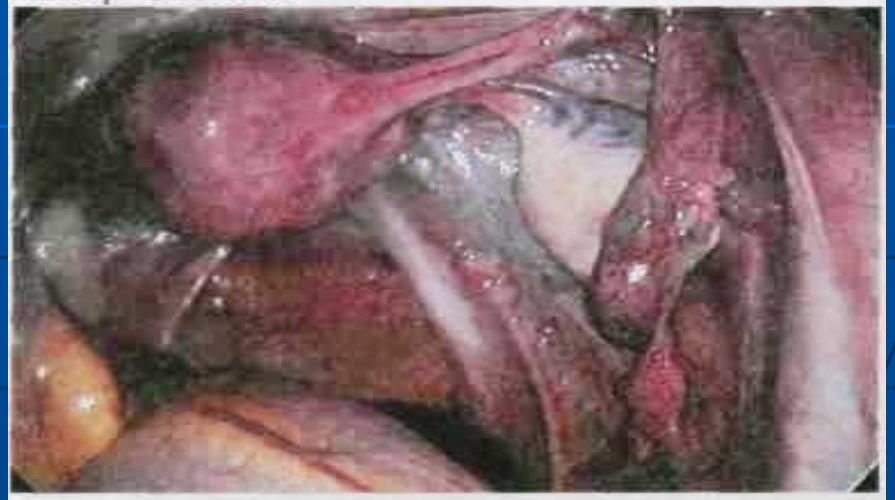
- **Хирургический метод**
- **Консервативный метод**

Лечение внематочной беременности

1. Хирургическое лечение эктопической беременности выполняется лапаротомическим или лапароскопическим доступом в различном объеме:

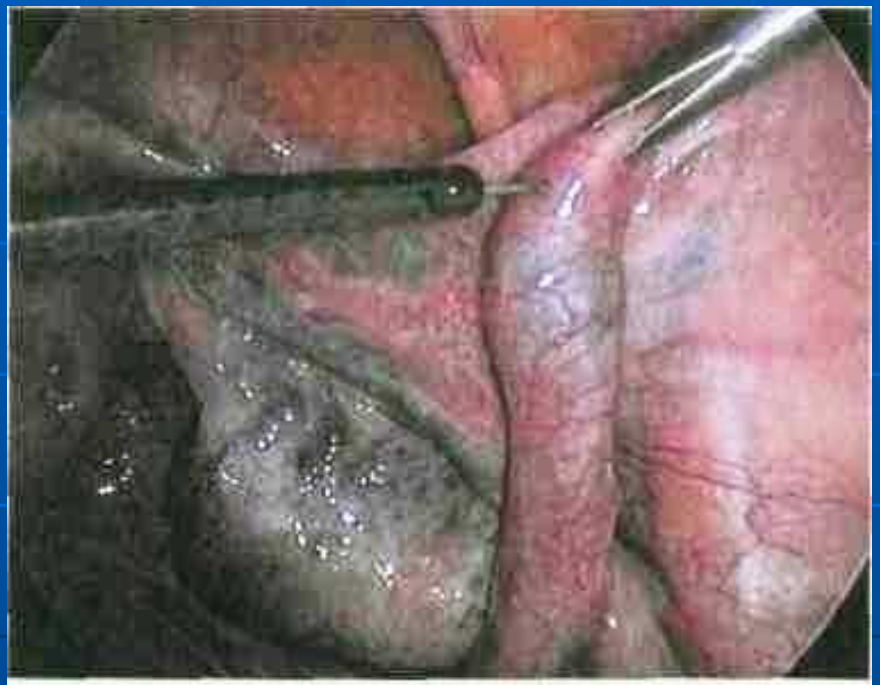
- консервативно-пластические операции - выдавливание плодного яйца, локализованного в фимбриальном отделе

Выдавливание плодного яйца при локализации в фимбриальном отделе «milking». Лапароскопия.



Выдавливание плодного яйца при локализации в фимбриальном отделе «milking». Лапароскопия.

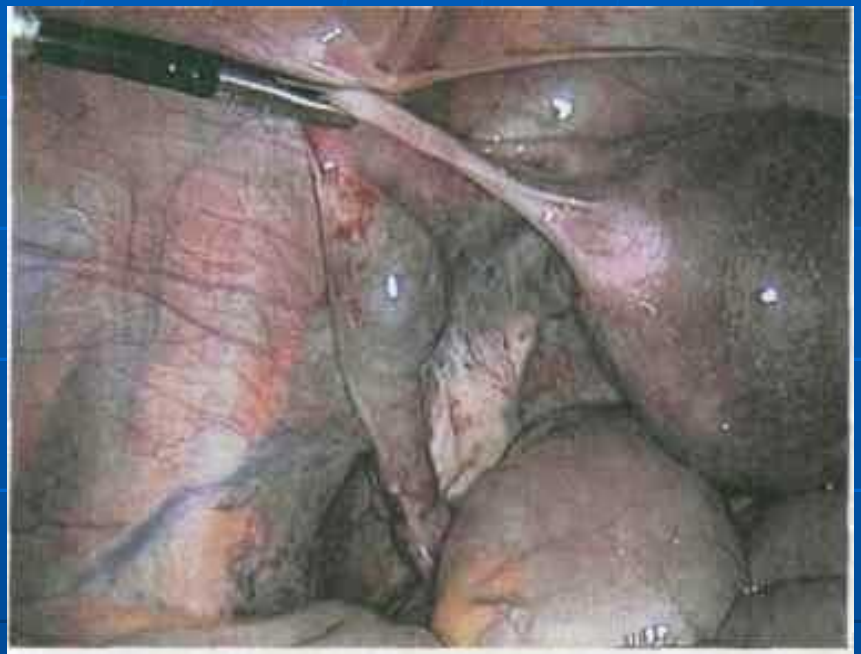
сальпинготомия



Сальпинготомия. Лапароскопия.

Сальпинготомия. Лапароскопия.

Резекция сегмента маточной трубы или резекция яичника



Резекция сегмента маточной трубы. Лапароскопия.

Резекция сегмента маточной трубы. Лапароскопия.

Радикальные операции—тубэктомия

Тубэктомия с иссечением угла матки при локализации плодного яйца в интрамуральном (интерстициальном) отделе маточной трубы. Лапароскопия.

Тубэктомия с иссечением угла матки при локализации плодного яйца в интрамуральном (интерстициальном) отделе маточной трубы. Лапароскопия.

- Пациенткам с признаками массивной кровопотери показано экстренное хирургическое вмешательство.
- Назначение препаратов, повышающих артериальное давление, недопустимо, в связи с риском усиления внутрибрюшного кровотечения.
- Показаниями к лапаротомии являются геморрагический шок у больной и/или спаечный процесс в брюшной полости IV степени.
- При лапароскопическом оперативном вмешательстве по поводу внематочной беременности гемостаз можно выполнить по принципам моно- и биполярной электрохирургии, лазером.

Реабилитационные мероприятия после операций по поводу внематочной беременности.

- Пациентки, перенесшие оперативное вмешательство в связи с внематочной беременностью, нуждаются в восстановлении менструальной и генеративной функций.

Методика **«постоянной» (динамической)** лапароскопии

- существенно расширяет возможности наблюдения за состоянием оперированной маточной трубы при консервативном хирургическом вмешательстве или за культей трубы после тубэктомии

- полученные данные сравнивают с предыдущим исследованием, в связи с чем желательно выполнение одним и тем же специалистом как первичной, так и повторной лапароскопии

- Динамические лапароскопические осмотры выполняют 2—3 раза в неделю в зависимости от клинической ситуации.

- Особую значимость лапароскопический мониторинг приобретает у больных с беременностью в единственной маточной трубе после органосохраняющих операций (выдавливание плодного яйца при его локализации в фимбриальном отделе, сальпинготомия)

Сальпингоскопия

- Салъпингоскопия под контролем лапароскопии позволяет объективно оценить состояние эндосальпинкса и при помощи микролазеров и микроинструментов производить тубопластику (рассечение синехий, бужирование, локальное подведение лекарственных средств)

- После консервативно-пластических операций на маточных трубах с целью профилактики персистирующей трубной беременности необходим контроль уровня ХГ в крови каждые 2 дня, начиная с 3-го дня после лапароскопии, так как даже при «качественной» туботомии или резекции сегмента не исключается дальнейшее развитие трофобласта.

- После операции по поводу внематочной беременности немаловажное значение придается контрацептивному режиму. Предохраняться от беременности целесообразно 2—6 мес.

- Для оценки состояния внутренних гениталий после операции по поводу внематочной беременности, прогноза репродуктивной функции и лизиса вновь образующихся спаек следует производить повторную («second-look») лапароскопию через 6—10 нед после оперативного вмешательства.

Консервативные методы лечения внематочной беременности

При эктопической беременности применяют:

- метотрексат,
- винстин,
- простагландины Е2 и F2a,
- антипрогестероновый препарат RU-486,
- трихосантин.

- 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.

- Отмечены некоторые преимущества винбластина перед метотрексатом, а именно более быстрое действие, высокий антимикробный эффект, отсутствие угнетающего влияния на эритропоэз и тромбоцитопоэз.

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 противовоспалительной терапии в послеоперационном периоде.
- При невозможности зачатия ребёнка естественным путём возможно ЭКО.

- **Литература**

- 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.
- Лапароскопия в гинекологии Г.М. Савельева. – М. 2000
- Большая медицинская энциклопедия/ Совр. Попул. Ил. Изд. – М.: Эксмо. 2007