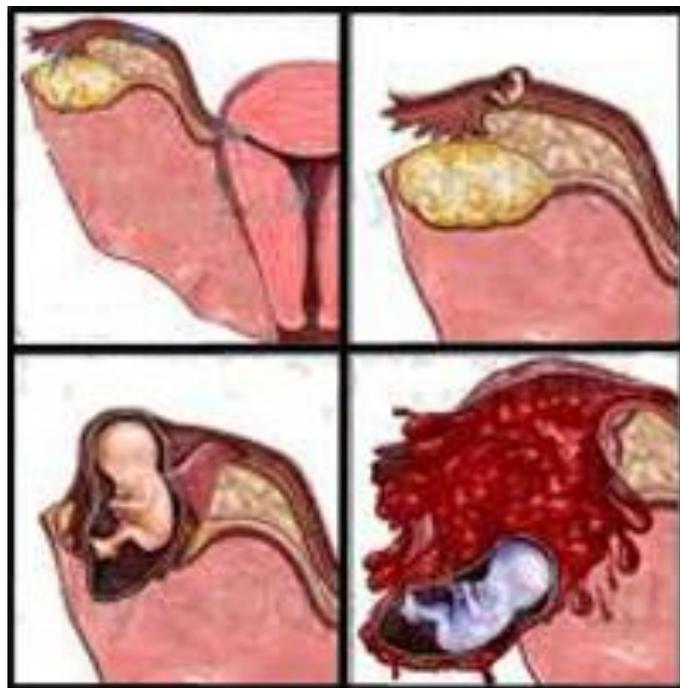


Дифференциальная диагностика внематочной беременности

Подготовила: студентка ЛД-1А-С11
Сенева Анастасия Владимировна



Беременность называют внематочной при имплантации оплодотворенной яйцеклетки вне полости матки. Более чем в 95% случаев внематочной беременности яйцеклетка имплантируется в маточной трубе, реже — в шейке матки, в брюшной полости и в яичнике.

Распространенность.

В 70-е гг. распространенность внематочной беременности в США возросла примерно в 3 раза, в 80-х была отмечена та же динамика. На сегодняшний день внематочными оказываются 1,4% всех беременностей. Внематочная беременность служит основной причиной смерти женщин в I триместре беременности. Риск внематочной беременности повышается с возрастом и наиболее высок у женщин 35–44 лет. Относительный риск летального исхода при внематочной беременности примерно в 10 раз выше, чем при родах, и в 50 раз выше, чем при искусственном аборте



Факторы риска

- ▶ **А. Хронический сальпингит** обнаруживают примерно у половины женщин с внематочной беременностью. Показано, что это заболевание повышает риск внематочной беременности в 7 раз. Хламидийный сальпингит чаще осложняется внематочной беременностью, чем гонококковый.
- ▶ **Б. Аномалии развития маточных труб** – дивертикулы, добавочные отверстия, недоразвитие. Применение диэтилстильбэстрола матерью женщины во время беременности повышает риск внематочной беременности в 4–5 раз.
- ▶ **В. Спаечный процесс в малом тазу** вследствие эндометриоза или острого аппендицита, а также инфекционных осложнений после родов или аборта.
- ▶ **Г. Хирургические вмешательства на маточных трубах** – перевязка, органосохраняющие операции по поводу внематочной беременности, операции по поводу бесплодия. Так, после лапароскопической электрокоагуляции маточных труб внематочная беременность развивается в 50% случаев [6], а после сальпингостомии – в 15–20% случаев.
- ▶ **Д. Использование внутриматочных контрацептивов** предохраняет от маточной беременности. В связи с этим беременность у женщин, использующих внутриматочные контрацептивы, чаще оказывается внематочной.
- ▶ **Е. Прием мини-пилей и инъекции медроксипрогестерона** повышают риск внематочной беременности. Это, по-видимому, связано со снижением моторики маточных труб.
- ▶ **Ж. Искусственное оплодотворение** (экстракорпоральное оплодотворение с переносом эмбриона или зиготы, искусственное осеменение) осложняется внематочной беременностью примерно в 5% случаев.
- ▶ **З. Бесплодие.** При бесплодии независимо от причины повышен риск внематочной беременности.
- ▶ **И. Возраст женщины старше 35 лет.**

Патогенез.

Плодное яйцо имплантируется в слизистую маточной трубы так же глубоко, как и в эндометрий. В матке развиваются изменения, характерные для нормальной беременности ранних сроков — размягчение шейки и перешейка, небольшое увеличение тела матки. Развитие хориона и его внедрение в стенку маточной трубы приводит к кровотечению. Кровь изливается в полость маточной трубы или расслаивает ее стенку. Децидуальные изменения эндометрия выражены меньше, чем при маточной беременности. В связи с отсутствием в маточной трубе благоприятных условий для развития плодного яйца беременность прерывается. Обычно это происходит на 6–12-й неделе. Происходит разрыв маточной трубы либо изгнание плодного яйца в брюшную полость (трубный аборт).

Формы внематочной беременности

- ▶ **А. Ампулярная трубная беременность** составляет 80% случаев трубной беременности. Поскольку ампула маточной трубы – самая широкая ее часть, плодное яйцо при ампулярной беременности может достигать значительных размеров. Беременность обычно прерывается на 12-й неделе. Обычно происходит разрыв маточной трубы, реже прерывание происходит по типу трубного аборта. Трубный аборт может стать причиной других видов внематочной беременности – брюшной, яичниковой или фимбриальной.
- ▶ **Б. Истмическая трубная беременность** составляет около 13% случаев трубной беременности. Беременность заканчивается разрывом маточной трубы. Поскольку перешеек маточной трубы – самая узкая ее часть, разрыв происходит достаточно рано. Яйцеклетка, как правило, выходит в брюшную полость. Если маточная труба разрывается по линии прикрепления брыжейки, плодное яйцо оказывается между листками широкой связки матки, где может продолжать развиваться.
- ▶ **В. Интерстициальная трубная беременность** составляет около 2% случаев трубной беременности. Благодаря большой растяжимости миометрия интерстициальная беременность может развиваться до 4 мес. Прерывание сопровождается сильным кровотечением, которое может быстро привести к смерти. При значительном повреждении матки показана ее экстирпация.
- ▶ **Г. Фимбриальная трубная беременность** составляет примерно 5% случаев трубной беременности.

Редкие формы внематочной беременности

- ▶ **А. Яичниковая беременность** развивается при оплодотворении яйцеклетки в полости фолликула. Хотя известно, что яйцеклетка готова к оплодотворению еще до овуляции, многие авторы считают, что при яичниковой беременности в яичник имплантируется уже оплодотворенная яйцеклетка.

1. Маточная труба на пораженной стороне не изменена.
2. Плодное яйцо располагается в проекции яичника.
3. Плодное яйцо соединено с маткой собственной связкой яичника.
4. Среди плодных оболочек обнаруживается ткань яичника.

Лечение включает удаление плодного яйца или клиновидную резекцию яичника. Овариэктомия требуется редко.

- ▶ **Б. Шеечная беременность** развивается при имплантации оплодотворенной яйцеклетки в канале шейки матки. Плодное яйцо проникает в слизистую канала шейки матки, а иногда — в подлежащую соединительную ткань. Распространенность шеечной беременности составляет около 0,1%. При бимануальном исследовании в области шейки матки обнаруживают шаровидное образование. При изгнании плодного яйца через наружный зев клиническая картина напоминает неполный аборт, однако при этом наружный зев открыт, а внутренний — закрыт. При УЗИ матка имеет форму песочных часов. Первым проявлением шеечной беременности нередко служит кровотечение. Оно обычно возникает до 20-й недели беременности, может быть обильным и нередко требует прерывания беременности. Шеечную беременность обычно диагностируют во II триместре. Такая беременность редко заканчивается рождением жизнеспособного плода. Раньше материнская смертность достигала 45%, а единственным методом лечения была экстирпация матки. В последние годы хорошие результаты дает лечение [метотрексатом](#), которое позволяет сохранить фертильность.

- ▶ **В. Брюшная беременность** составляет 0,003% всех случаев внематочной беременности. Различают первичную и вторичную брюшную беременность. Под первичной понимают имплантацию оплодотворенной яйцеклетки в брюшной полости. Вторичная брюшная беременность формируется, когда плодное яйцо оказывается в брюшной полости после трубного аборта. Описаны случаи вторичной брюшной беременности в исходе маточной беременности, когда после разрыва матки плодное яйцо попадает в пространство между листками широкой связки матки. Изредка брюшная беременность развивается до больших сроков. При этом возможны тяжелые осложнения — массивное кровотечение из-за отслойки плаценты или повреждение внутренних органов.

Диагностика развивающейся трубной беременности

- ▶ **1. Боль в животе** наблюдается в 95% случаев внематочной беременности. Вначале возникает незначительная преходящая боль в одной из подвздошных областей. По мере увеличения срока беременности боль нарастает, становится непрерывной и распространяется на весь низ живота.
- ▶ **2. Задержка менструации** от нескольких суток до нескольких недель наблюдается в 90% случаев.
- ▶ **3. Кровянистые выделения из половых путей** встречаются в 50–80% случаев. Кровянистые выделения вызваны отторжением эндометрия вследствие низкого уровня половых гормонов. Выраженность выделений различна – от скудных до менструальноподобных. Иногда кровянистые выделения содержат фрагменты отторгнутой децидуальной оболочки. Это затрудняет дифференциальную диагностику внематочной беременности с неполным абортom.
- ▶ **4. Болезненность живота при пальпации** отмечается в 80–90% случаев и бывает выражена в разной степени: от незначительной до очень интенсивной, вплоть до появления симптома Щеткина–Блумберга.
- ▶ **5. Болезненность придатков матки при бимануальном исследовании** – постоянный симптом, который нередко сочетается с болезненностью шейки матки при ее смещении.
- ▶ **6. У 50% больных** в области придатков матки или в прямокишечно-маточном углублении пальпируется объемное образование. Примерно в половине случаев оно представляет собой кисту желтого тела и локализуется с противоположной стороны от плодного яйца.
- ▶ **7. Увеличение матки** наблюдается в 25% случаев внематочной беременности. Размеры матки, как правило, меньше предполагаемого срока беременности.

Дифференциальная диагностика

1. Заболевания, связанные с беременностью. Исключают самопроизвольный аборт (угрожающий, неполный и полный), инфицированный аборт, пузырный занос и кисту желтого тела при маточной беременности малых сроков. В дифференциальной диагностике учитывают клинические проявления, уровень бета-субъединицы ХГ в сыворотке и данные УЗИ.

- ▶ **Диагностика внематочной беременности основывается:** 1) на отсутствии в полости матки плодного яйца; 2) наличии за пределами матки при ненарушенной трубной беременности округлой или овальной формы образования; 3) появлении при прервавшейся трубной беременности обычно в заматочном пространстве множественных отраженных аморфных эхоструктур или эхонегативного образования, обусловленного скоплением крови, при массивной кровопотере иногда может возникать ультразвуковая картина, напоминающая асцит. Точность диагностики внематочной беременности, по данным Kobayashi, Hellman, Fillisti (1969), составляет 76,2%.
- ▶ При нарушенной трубной беременности, в отличие от дисфункционального маточного кровотечения репродуктивного периода, удастся отметить признаки беременности (задержка менструаций, легкий цианоз слизистых оболочек шейки матки и влагалища, увеличение и размягчение матки и др.). Кровянистые выделения из половых путей не бывают столь сильными и обильными, как при дисфункциональных маточных кровотечениях. Пораженная маточная труба имеет характерную тестоватую консистенцию. Биологические или иммунологические реакции на беременность положительны. При пункции заднего свода влагалища удастся получить темную кровь с мельчайшими сгустками

Дифференциальная диагностика

- ▶ Внематочная беременность, прервавшаяся по типу трубного аборта, по своим клиническим симптомам во многом сходна с клиникой прервавшейся маточной беременности малых сроков. Дифференциальная диагностика основывается на данных анамнеза, клинической картины заболевания и дополнительных методов исследования. При начавшемся самопроизвольном аборте схваткообразная боль в низу живота не сопровождается симптомами внутреннего кровотечения, явления раздражения брюшины отсутствуют. Наружное кровотечение более выражено, чем болевой синдром, тогда как при эктопической беременности боль доминирует.
- ▶ 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.
- ▶ При влагалищном исследовании размеры матки соответствуют сроку беременности, наружный зев слегка приоткрыт, матка мягкая, легко возбудимая. В области придатков патологических изменений не обнаруживают, надавливание на задний свод влагалища безболезненно.

Дифференциальная диагностика

- ▶ В затруднительных случаях производят диагностическое выскабливание стенок полости матки с последующим гистологическим исследованием. При внематочной беременности в соскобе гистологически выявляется децидуальная ткань без ворсин хориона, при прерывании маточной беременности - остатки или Части плодного яйца, элементы хориона. Гистологическому исследованию необходимо подвергать и кусочки ткани, отторгнувшиеся из матки самостоятельно. После выскабливания стенок полости матки при маточном аборте клинические проявления заболевания ликвидируются, при внематочной беременности - не изменяются либо нарастают.
- ▶ Для уточнения диагноза в отдельных случаях прибегают к реографическому исследованию. Кровообращение и функциональное состояние сосудов при воспалительном процессе и внематочной беременности отличаются друг от друга. При воспалительном процессе наблюдается повышенная интенсивность кровенаполнения и сравнительно большая скорость оттока венозной крови на фоне пониженного тонуса сосудов, а при внематочной беременности значительно снижается интенсивность кровенаполнения на фоне повышения тонуса сосудов. В затруднительных случаях прибегают к эндоскопическим методам исследования - кульдо- или лапароскопии.

Дифференциальная диагностика

2. Заболевания, не связанные с беременностью. Исключают острый сальпингит, острый аппендицит, перекрут ножки объемного образования яичника, разрыв кисты желтого тела, дисфункциональное маточное кровотечение, инфекцию мочевых путей и почечную колику. В дифференциальной диагностике важную роль играет исследование уровня бета-субъединицы ХГ в моче и сыворотке.

Дифференциальная диагностика

- ▶ При остром аппендиците симптомы раздражения брюшины более выражены, отмечаются повышенная температура, высокий лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, увеличенная СОЭ. При разрыве трубы острая боль постепенно утихает, а при остром аппендиците она нарастает и перемещается из эпигастральной области в правую подвздошную. При остром аппендиците пальпация передней брюшной стенки болезненна в области локализации отростка и сопровождается резким напряжением мышц передней брюшной стенки. При разрыве трубы пальпация живота менее болезненна, напряжение мышц передней брюшной стенки также менее выражено. Концентрация гемоглобина в крови при остром аппендиците не меняется, а при нарушенной внематочной беременности этот показатель снижается. Наконец, при остром аппендиците почти всегда наблюдаются характерные аппендикулярные симптомы, отсутствующие при внематочной беременности. Для уточнения диагноза проводится гинекологическое исследование, которое в сочетании с анамнезом и вспомогательными методами исследования (пункция через задний свод) помогает поставить правильный диагноз.
- ▶ Для острого аппендицита нередко характерна боль первоначально в эпигастральной области или в области пупка, а не в низу живота. Постепенно боль перемещается в правую подвздошную область. Типичными для острого аппендицита симптомами являются выраженное напряжение мышц передней брюшной стенки в правой подвздошной области, положительные симптомы Щеткина - Блюмберга, Ровзинга, Ситковского. Анализ крови указывает на воспалительный процесс: лейкоцитоз, повышение СОЭ. Отличить внематочную беременность от аппендицита помогает также признак Промптова. Он заключается в том, что при аппендиците обследование больной через прямую кишку вызывает выраженную болезненность в области прямокишечно-маточного пространства, тогда как смещение матки пальцем, упирающимся во влагалищную часть шейки, почти безболезненно. При прервавшейся внематочной беременности имеется обратная зависимость: поднятие матки пальцем вызывает резкую боль, а надавливание на дно маточно-прямокишечного пространства почти не вызывает неприятных ощущений.

Дифференциальная диагностика

- ▶ При апоплексии яичника у больных, как правило, не бывает задержки менструации, а заболевание наступает в дни, близкие к овуляции, или перед очередной менструацией, нет признаков беременности. В связи с наличием признаков внутрибрюшного кровотечения апоплексия яичника, так же как и разрыв трубы, является показанием к срочному оперативному вмешательству.
- ▶ При остром воспалении придатков матки или обострении хронического процесса у больной нередко определяют двухстороннее увеличение придатков. Матка не увеличена, признаки беременности отсутствуют. При воспалении боль нарастает постепенно, нет признаков внутреннего кровотечения. В крови отмечается выраженный лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, СОЭ увеличена. Температура тела при внематочной беременности обычно нормальная или субфебрильная, при обострении сальпингоофорита она достигает более высоких цифр.
- ▶ Перекрут ножки опухоли или кисты яичника, как и трубный выкидыш, обычно сопровождается симптомами острого живота. Решающим в дифференциальной диагностике этих заболеваний является указание в анамнезе на наличие опухоли или кисты яичника, отсутствие задержки менструации и других признаков беременности и обнаружение при влагалищном исследовании сбоку от матки образования округлой формы, тугоэластичной консистенции, резко болезненного при пальпации и смещении.
- ▶ Яичниковые кровотечения из разрыва фолликула или желтого тела дают клиническую картину, весьма схожую с таковой при внематочной беременности. Разрыв фолликула происходит чаще всего между 12-м и 18-м днем менструального цикла, а разрыв желтого тела – в течение последней недели цикла или во время самой менструации.

Лабораторные исследования

- ▶ **1. Исследование содержания ХГ.** При внематочной беременности результаты исследования крови и мочи на ХГ достаточно быстро становятся положительными. В прошлом, когда применялись менее чувствительные методы, результаты исследований были отрицательными в половине случаев внематочной беременности. При помощи современных методов в моче удастся обнаружить бета-субъединицу ХГ уже при концентрации 50 МЕ/л. При нормальном течении беременности в первые 2–3 нед содержание бета-субъединицы ХГ удваивается каждые 1,2–1,5 сут, а с 3-й по 6-ю неделю – каждые 2 сут. При внематочной беременности уровень бета-субъединицы ХГ растет медленнее (очевидно, из-за ограниченных возможностей развития трофобласта). Таким образом, если дата зачатия известна, наличие внематочной беременности можно заподозрить на основании однократного определения уровня ХГ. Если дата зачатия неизвестна, а диагноз сомнителен, уровень бета-субъединицы ХГ определяют повторно с интервалом 48 ч. В 85% случаев внематочной беременности концентрация бета-субъединицы ХГ увеличивается меньше чем в 2 раза.
- ▶ **2. Исследование содержания прогестерона.** При нормальном течении беременности в ранние сроки уровень прогестерона сыворотки превышает 25 нг/мл. При внематочной беременности уровень прогестерона ниже 5 нг/мл. Однако эти данные не позволяют дифференцировать внематочную беременность от гибели плода [8]. Кроме того, у большинства женщин с подозрением на внематочную беременность содержание прогестерона в сыворотке находится между 5 и 25 нг/мл, что значительно снижает диагностическую ценность данного исследования.
- ▶ **3. Другие лабораторные исследования.** Количество лейкоцитов может повышаться до 10 000–15 000 мкл⁻¹. Уровень гемоглобина и гематокрит могут оставаться в пределах нормы даже при значительном внутрибрюшном кровотечении.

УЗИ

- ▶ Поскольку маточная беременность очень редко сочетается с внематочной (1 случай на 10 000–30 000 беременностей), обнаружение плодного яйца в матке исключает внематочную беременность. При абдоминальном УЗИ плодное яйцо в матке удастся обнаружить на сроке 6–7 нед беременности, а при влагалищном УЗИ – на сроке 4,5–5 нед. В 10% случаев внематочной беременности ошибочные результаты связаны с тем, что за плодное яйцо в полости матки принимают скопление жидкости или сгустки крови.
- ▶ Особенности диагностики внематочной беременности при УЗИ.
 - ▶ 1. Объемное образование придатков матки неспецифично для внематочной беременности, поскольку оно может оказаться желтым телом.
 - ▶ 2. Плодное яйцо в области придатков матки обнаруживают с помощью влагалищного датчика в 25% случаев. Возможны ложноположительные результаты.
 - ▶ 3. При внематочной беременности (в том числе развивающейся) в прямокишечно-маточном углублении нередко обнаруживают скопление жидкости: при абдоминальном УЗИ – в 50%, а при влагалищном – в 75% случаев.

Определение содержания бета-субъединицы ХГ в сыворотке в сочетании с УЗИ

- ▶ В норме при абдоминальном УЗИ диагностический уровень бета-субъединицы ХГ в сыворотке (уровень, при достижении которого плодное яйцо начинает визуализироваться в матке) составляет 6500 МЕ/л, а при влагалищном – 2500 МЕ/л. При подозрении на внематочную беременность комбинация исследований – УЗИ и определение бета-субъединицы ХГ – позволяет проводить дифференциальную диагностику между маточной и внематочной беременностью

Кульдоцентез

- ▶ Обнаружение жидкой крови в прямокишечно-маточном углублении, соответствующие клинические проявления и повышение уровня бета-субъединицы ХГ в моче и сыворотке достаточно точно указывают на внематочную беременность. Получение при пункции серозной жидкости не подтверждает диагноз прервавшейся внематочной беременности. Результат считается сомнительным, если жидкость получить не удалось либо получено несколько миллилитров свертывающейся крови. Эти находки не подтверждают и не исключают внематочную беременность. Достоинства кульдоцентеза заключаются в быстроте и относительной безопасности процедуры. К недостаткам относятся болезненность и частые сомнительные результаты. С тех пор как стали доступны определение уровня бета-субъединицы ХГ в сыворотке и влагалищное УЗИ, кульдоцентез редко используют для диагностики внематочной беременности.

Спасибо за внимание!

