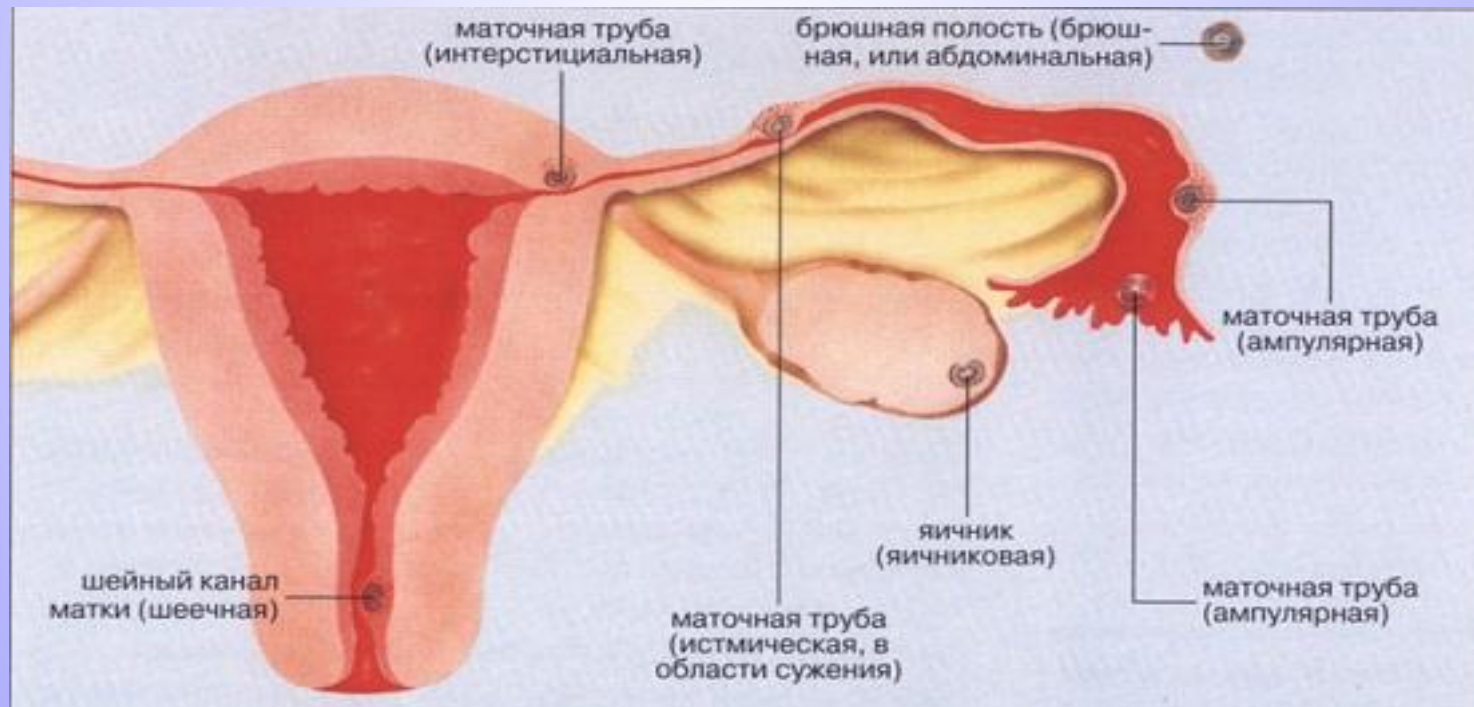


Прервавшаяся внематочная беременность по типу трубного аборта



Жумабай Л.О.
001-02 АиГ

- Внематочная или эктопическая беременность (graviditas extrauterina, s. ectopica) — имплантация оплодотворённого яйца вне полости матки.



Клиническая классификация:

- *В зависимости от места имплантации плодного яйца:*
- 1) трубная беременность (98 - 99%):
 - а. Беременность в ампулярном отделе трубы.
 - б. Беременность в истмическом отделе трубы.
 - с. Беременность в интерстициальном отделе трубы.
- 2) яичниковая беременность (0,1 – 0,7%):
 - а. Интрафолликулярную
 - б. Эпиофоральная.
- 3) брюшная беременность (0,3 – 0,4%);
- 4) шеечная беременность;
- 5) беременность в рудиментарном роге матки (0,1 – 0,9%).

- *В зависимости от клиники:*
- Прогрессирующая внематочная (трубная) беременность;
- Прервавшаяся внематочная (трубная) беременность:
- Трубный аборт.
- Разрыв маточной трубы;

Жалобы и анамнез:

Трубный аборт:

- Клиника и жалобы складываются из сочетания субъективных и объективных
- признаков беременности и из симптомом прервавшейся трубной беременности.
- схваткообразные, периодически повторяющиеся приступы болей внизу живота;
- скудные темно- кровянистые выделения из половых путей;
- слабость;
- головокружение.

- В начале заболевания кровь при отслойке плодного яйца из маточной трубы поступает в брюшную полость небольшими порциями, не вызывая резких перитонеальных симптомов и анемизации больной. Каждое новое поступление крови из маточной трубы в брюшную полость сопровождается приступом боли, тошнотой, рвотой, икотой и появлением полуобморочного состояния. В промежутках между приступами боли состояние больной становится удовлетворительным. Однако лабильность пульса и АД, особенно при перемене положения тела, является достаточно характерным признаком. Постепенное скапливание крови около маточной трубы приводит к образованию перитубарной гематомы, а в прямокишечно-маточном пространстве - заматочной гематомы. Дальнейшая клиника трубного аборта определяется повторными кровоизлияниями в брюшную полость, образованием заматочной гематомы, в результате чего возникает анемия и появляются симптомы раздражения брюшины.

При осмотре больной

- обнаруживается бледность кожных покровов и слизистых оболочек. Пульс обычно ритмичный, удовлетворительного наполнения, не учащен. Артериальное давление чаще нормальное, иногда несколько снижено.
- Температура нормальная, иногда субфебрильная. Молочные железы несколько уплотнены, при надавливании из сосков часто выделяется секрет. Живот часто несколько вздут, напряжение мышц передней брюшной стенки выражено слабо. Передняя брюшная стенка обычно участвует в акте дыхания, перкуссия ее и пальпация слегка болезненны в одной из подвздошных областей. При значительном кровотечении в брюшную полость отмечают наличие в ней свободной жидкости и симптомы раздражения брюшины.

При исследовании в зеркалах

- наблюдаются цианоз слизистой оболочки, темные скудные кровянистые выделения из шеечного канала. При влагалищном исследовании пальпируется в области пораженной маточной трубы опухолевидное образование колбасовидной или веретенообразной формы, тестоватой консистенции, ограничено подвижное, умеренно болезненное при пальпации. Матка мягковатая, увеличение матки не соответствует сроку задержки менструации, признаки беременности (Горвица - Гегара, Снегирева и др.) выражены нечетко, наружный маточный зев закрыт. Болезненность при смещении матки кпереди и при пальпации заднего свода влагалища выражена слабее, чем при разрыве трубы. Задний свод влагалища уплощен или выпячен.

- При кульдоцентезе получают кровь. В 15% случаев наблюдается боль в плече или ключице за счет раздражения диафрагмального нерва излившейся кровью. Дифференциальную диагностику проводят с разрывом селезенки и разрывом кисты желтого тела.

Лабораторные исследования

- **1. Исследование содержания ХГ.** При внематочной беременности результаты исследования крови и мочи на ХГ достаточно быстро становятся положительными. 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.

- Особенности диагностики внематочной беременности при УЗИ описаны ниже.
- 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.

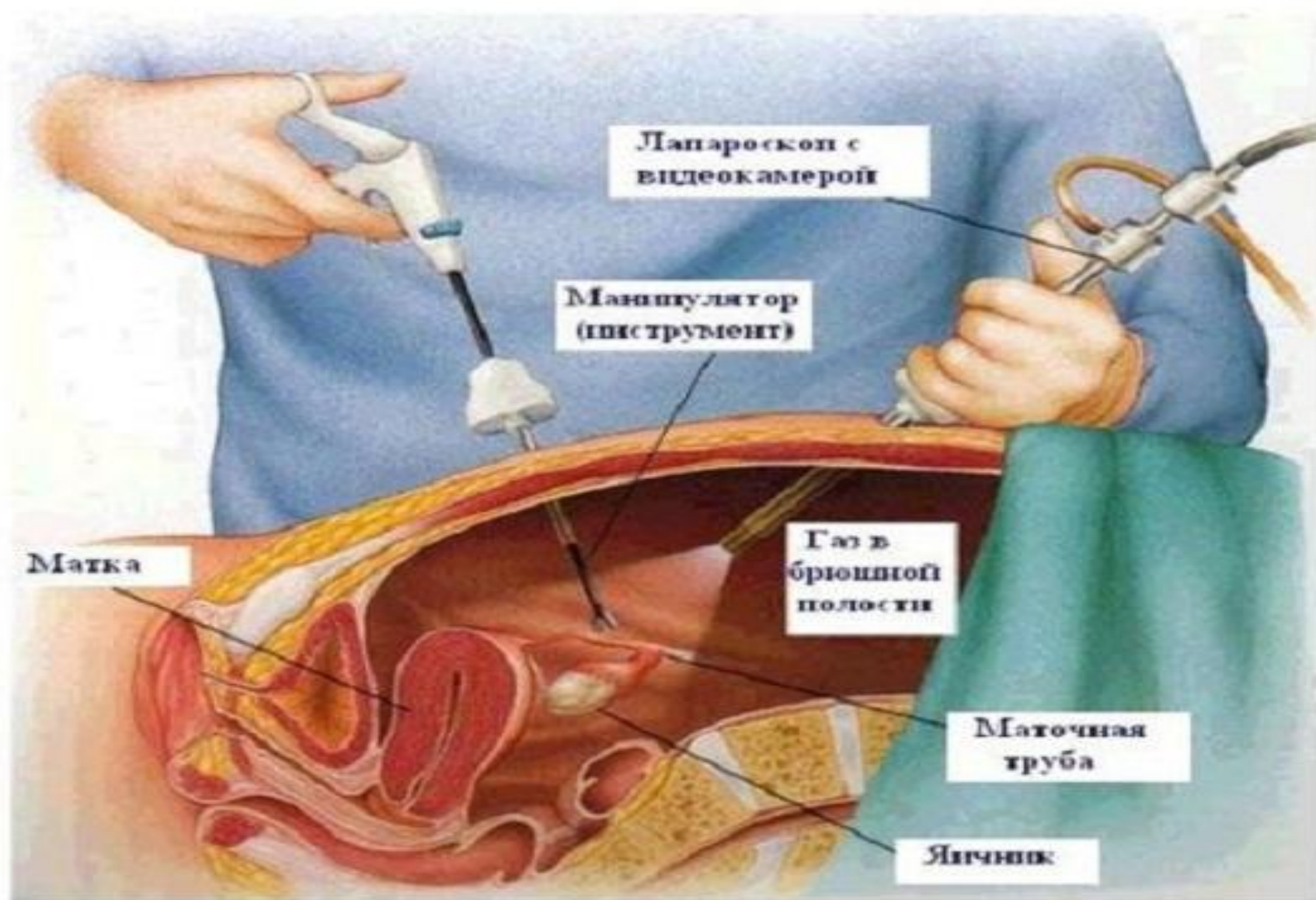
Лечение

- **Прервавшаяся трубная беременность.** При шоке и остром животе показано экстренное хирургическое вмешательство.
- **1. Предоперационная подготовка** включает инфузию солевых растворов (обычно раствора Рингера с лактатом) в две крупные периферические вены через катетеры большого диаметра. Инфузию начинают немедленно, до сбора анамнеза и физикального исследования. Для оценки диуреза в мочевой пузырь устанавливают катетер Фоли. Диурез должен составлять 30—50 мл/ч. Контроль центральной гемодинамики обычно не требуется. Определяют группу крови и Rh-фактор. Запасаются по крайней мере четырьмя дозами эритроцитарной массы. Анамнестические данные выясняют у больной, ее родственников или сопровождающих лиц. Проводят физикальное и гинекологическое исследования. Операцию обычно приходится выполнять до стабилизации гемодинамических показателей на фоне интенсивной инфузионной терапии. Это позволяет быстро остановить кровотечение и повышает эффективность интенсивной терапии.

- **2. Техника операции.** Основная цель — как можно скорее остановить кровотечение. В зависимости от особенностей случая выполняют нижнесрединный или поперечный надлобковый (по Пфанненштилю) доступы. Не теряя времени на удаление крови, вводят руку в брюшную полость, находят пораженную маточную трубу и, если это удастся, выводят ее в рану и быстро накладывают кровоостанавливающие зажимы. После остановки кровотечения проводят массивную инфузионную и при необходимости — трансфузионную терапию. После стабилизации гемодинамики производят резекцию или удаление маточной трубы. Если яичник на пораженной стороне не изменен, то его сохраняют. При локализации плодного яйца в интерстициальном отделе маточной трубы или рудиментарном роге матки может потребоваться экстирпация матки. Это единственное показание для экстирпации матки при хирургическом вмешательстве по поводу внематочной беременности

Лапароскопическая операция

- **1) Показания.** Лапароскопическая операция показана при локализации плодного яйца в истмическом или ампулярном отделе маточной трубы и диаметре пораженной маточной трубы не более 5 см. При большем диаметре высок риск кровотечения, а части плодного яйца труднее удалить через лапароскоп. Если состояние больной удовлетворительное, лапароскопический доступ можно использовать и при прервавшейся внематочной беременности. При локализации плодного яйца в рудиментарном роге матки операция не выполняется лапароскопическим доступом, так как высок риск кровотечения [10].



На данном рисунке схематично показан принцип проведения лапароскопической операции

- **2) Техника операции**

- **а)** Лапароскопическую сальпинготомию производят из двух или трех проколов передней брюшной стенки. Первым троакаром диаметром 10—11 мм, пунктируют брюшную стенку ниже пупка. Это отверстие используют для введения инструментов. Второй прокол троакаром (диаметром 5 мм) производят над лобком (для введения телескопа). Согласно другой методике, отверстие над лобком (диаметром 5—7 мм) служит для введения щипцов, фиксирующих маточную трубу, а два отверстия, расположенные латерально (диаметром 5 мм) — для введения остальных инструментов (со стороны пораженной маточной трубы) и телескопа (с противоположной)

- Пораженную маточную трубу захватывают атравматичными щипцами. По противобрыжеечному краю делают продольный разрез игольчатым электродом или лазером. С помощью изогнутых ножниц разрез увеличивают до 1—2 см. Обычно плодное яйцо сразу выделяется из маточной трубы, если это не происходит, его удаляют атравматичными щипцами. Чтобы удалить оставшиеся части плодного яйца, маточную трубу промывают раствором Рингера с лактатом. Полученный материал направляют на гистологическое исследование для подтверждения диагноза внематочной беременности и исключения трофобластической болезни

- Кровотечение останавливают с помощью электро- или лазерной коагуляции. Дефект стенки маточной трубы оставляют или ушивают. В экспериментальных исследованиях показано, что оставление или закрытие дефекта маточной трубы не влияет на фертильность и частоту образования спаек.
- Для остановки и профилактики кровотечения в брыжейку и стенку маточной трубы вводят вазопрессин (5 ед в 20 мл физиологического раствора). С этой целью можно использовать иглу для люмбальной пункции. Если кровотечение продолжается, производят лапаротомию.

- **1) Резекция маточной трубы.** Преимущества этого метода перед сальпингэктомией состоят в том, что операцию можно выполнить через микролапаротомный доступ и в дальнейшем сформировать анастомоз между оставшимися частями маточной трубы. Еще одно преимущество этой операции в том, что полностью удаляется трофобласт.
- **2) Искусственный трубный аборт** — выдавливание плодного яйца через брюшное отверстие маточной трубы. Это достаточно простая манипуляция, которая, однако, сопровождается большим количеством осложнений [10]. Риск рецидива внематочной беременности вдвое выше, чем после других операций по поводу трубной беременности. Большинство авторов не рекомендуют использовать этот метод, хотя существуют данные о том, что частота нормальной беременности после искусственного трубного аборта достигает 92%.

- **Послеоперационный период.** Кровотечение после органосохраняющих операций на маточных трубах нередко обусловлено тем, что в них были оставлены элементы трофобласта. В связи с этим в послеоперационном периоде следует определять уровень бета-субъединицы ХГ в сыворотке. Если ткань трофобласта удалена полностью, то уже через 48—72 ч после операции содержание бета-субъединицы ХГ в сыворотке составляет менее 20% уровня перед операцией [12]. Если уровень бета-субъединицы ХГ растет, необходима повторная операция или лечение [метотрексатом](#)
- В течение месяца после органосохраняющих операций на маточных трубах сохраняется отек и воспаление. В связи с этим женщине советуют предохраняться от беременности. Если планируется повторная операция, например для формирования анастомоза, контрацепцию продолжают до операции, поскольку высок риск имплантации плодного яйца в культю маточной трубы. Если в течение шести месяцев после операции беременность не наступила, проводят гистеросальпингографию или диагностическую лапароскопию. Частое осложнение после операции по поводу внематочной беременности — Rh-сенсibilизация. Женщинам с Rh-отрицательной кровью профилактически вводят [анти-Rh₀\(D\)-иммуноглобулин](#).