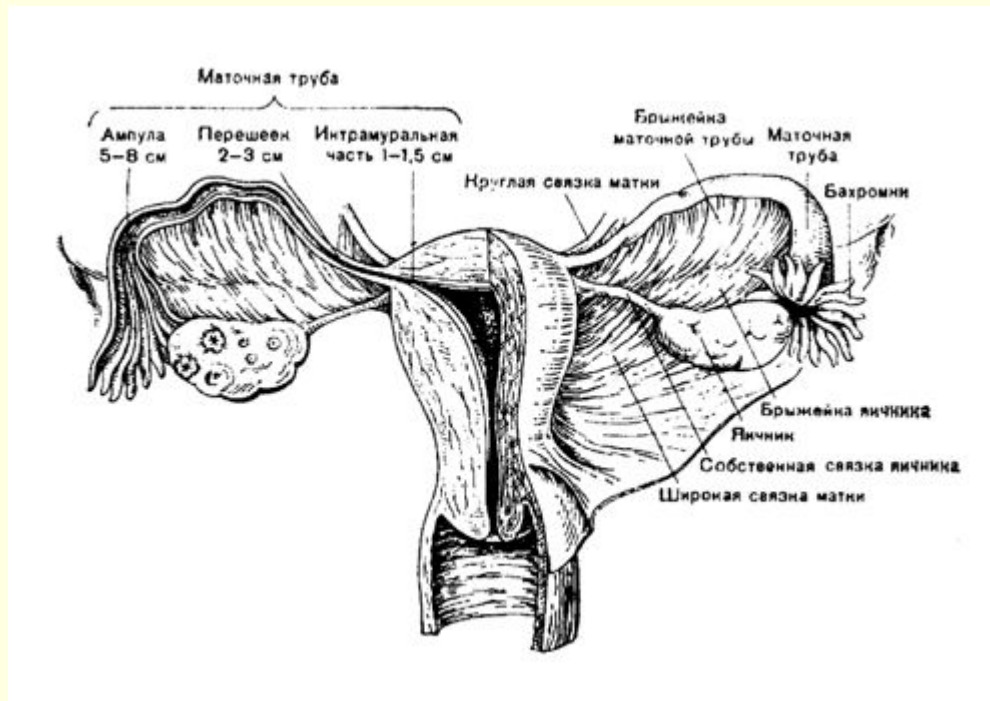




ВНЕМАТОЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ

Нормальная беременность развивается в полости матки, где имплантируется оплодотворенная яйцеклетка. Оплодотворение яйцеклетки, происходит в маточной трубе. После чего клетки, начавшие деление, перемещаются в матку, где имеются все условия для развития плода.

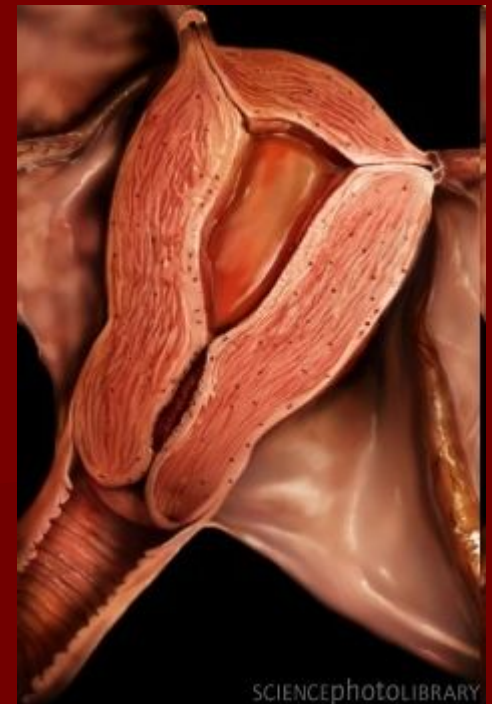
Но оплодотворенная яйцеклетка может и не попасть в полость матки, задержавшись в одной из маточных труб (так происходит в 95% случаев внематочной беременности). Иногда - довольно редко - беременность развивается в свободной брюшной полости или яичнике.



Нормальная анатомия матки и маточных труб

Беременность внематочная –
патология беременности, при
которой имплантация и развитие
плодного яйца происходят вне
матки.

Развитие внематочной беременности
связывают с теми изменениями маточных
труб, которые препятствуют продвижению
по ним оплодотворенного яйца.



Этиология внематочной беременности.


- **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%.

- **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.

- 
- многократные аборты
 - внутриматочная спираль;
 - стимуляция овуляции;
 - патология зародыша
 - генитальный инфантилизм;
 - гормональные нарушения, изменяющие перистальтику труб ;
 - гормональная контрацепция;
 - аномалии развития половых органов;
 - перенесенные ранее аборты;
 - беременности, полученные путем экстракорпорального оплодотворения.

На фоне перечисленных патологических состояний нарушается физиологическое продвижение оплодотворенной яйцеклетки в сторону матки.

Классификация

а. Абдоминальная (брюшная) беременность

1. Первичную (имплантация в брюшной полости происходит первоначально).
2. Вторичную (имплантация в брюшной полости происходит вследствие изгнания плодного яйца из трубы).

б. Трубная беременность

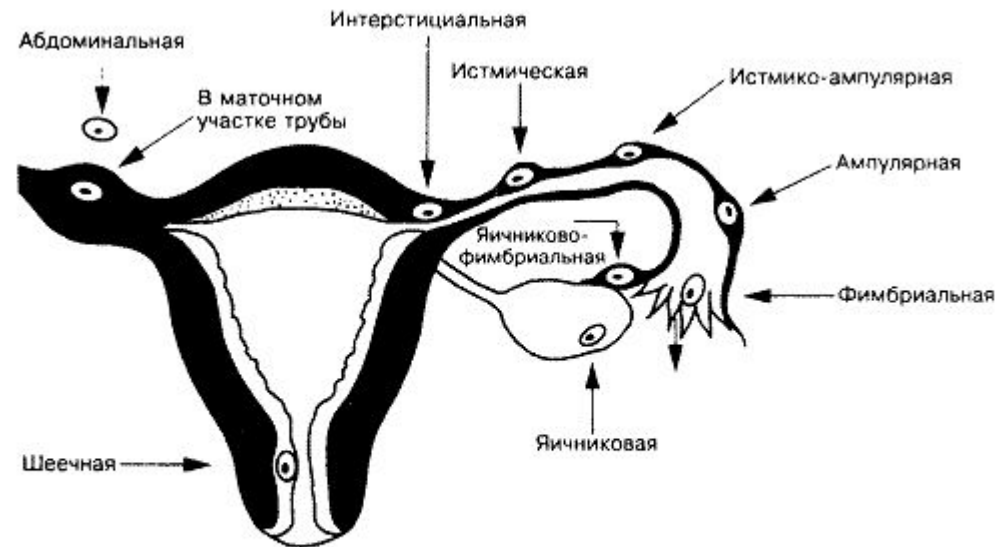
1. Ампулярная.
2. Истмическая.
3. Интерстициальная.

в. Яичниковая беременность

1. Развивающаяся на поверхности яичника.
2. Развивающаяся интрафолликулярно.

г. Другие формы внематочной беременности

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



Развитие внематочной беременности различной локализации

- Ампула маточной трубы (64%);
- Истмический отдел (25%);
- Фимбриальный отдел маточной трубы (9%);
- Интрамуральный отдел маточной трубы (2%);
- Яичниковая внематочная беременность, когда плодное яйцо прикрепляется к яичнику (0,5%);
Шеечно-перешеечная, когда плодное яйцо прикрепляется в области шейки матки (0,4%);
- Брюшная беременность, когда плодное яйцо прикрепляется к органам брюшной

По характеру клинического течения

- развивающаяся (прогрессирующая)
- нарушенная (прервавшаяся).

Прогрессирующая внематочная беременность сопровождается такими же симптомами, как и маточная. Обычно на этой стадии развития внематочная беременность не диагностируется, и ее принимают за маточную. Изменения маточной трубы выражены незначительно.

В случае прервавшейся трубной беременности присоединяются признаки внутрибрюшного кровотечения:

- слабость,
- потеря сознания,
- снижение артериального давления,
- частый слабый пульс,
- резкий болевой синдром (характерно внезапное начало боли, которая может отдавать в задний проход, поясницу, ноги; обычно через некоторое время (несколько часов) после болевого приступа у 50-80% пациенток из половых путей отмечается кровотечение или скудные темные, иногда коричневые кровянистые выделения).

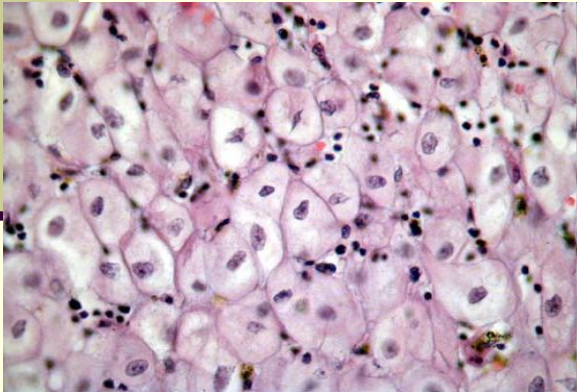
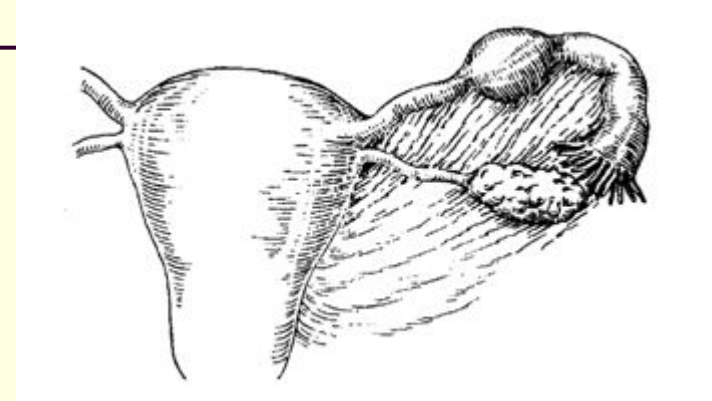
В подавляющем большинстве случаев врачи имеют дело с **нарушенной внематочной беременностью**.

ПАТОГЕНЕЗ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ.

ТРУБНАЯ ВНЕМАТОЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ

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 плодместилище, 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.



При трубной беременности в слизистой оболочке трубы, где прикрепляется и развивается яйцо, развивается **ДЕЦИДУАЛЬНАЯ РЕАКЦИЯ**, которая характеризуется появлением как в слизистой оболочке, так и в стенке трубы крупных децидуальных клеток. В слизистой оболочке развивается также ворсинчатая оболочка плода, причем ворсины хориона проникают в мышечный слой и его сосуды, разрушая тканевые элементы трубы. Со временем разрыхленная стенка трубы не в состоянии противостоять увеличению плодного яйца, что определяет течение и исход беременности.

хориона, которые быстро разрушают все слои трубы. И уже к 4-6 неделе это приводит к разрыву трубы и массивному кровотечению.

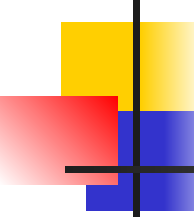
Аналогично протекает беременность, локализованная в **интерстициальном отделе** трубы, однако в связи с большей толщиной мышечного слоя длительность существования такой беременности больше и достигает 10-12 недель.

На 2-3 месяце трубной беременности возможно кровотечение в полость трубы и выделение плода в полость трубы (**неполный трубный аборт**). Погибший плод и его оболочки, пропитанные кровью, остаются в трубе (**кровоной занос**) или даже выбрасываются через фимбриальный конец в брюшную полость (**полный трубный аборт**).

Возможны разрывы стенки трубы и кровотечение в брюшную полость, которое бывает иногда таким значительным, что может привести к гибели женщины! Если при разрыве трубы образуется небольшое отверстие, то оно может тампонироваться свертками крови («**прикрытый разрыв**»). В таких случаях возможны повторные кровотечения.



При разрыве трубы погибший плод может оказаться в брюшной полости, где он частично рассасывается, организуется и пропитывается известью. Редко при разрыве трубы и попадании плодного яйца в брюшную полость развивается вторичная брюшная беременность. Однако, обычно в таких случаях плод погибает и мумифицируется («**бумажный плод**») или обызвествляется (**литопедион**).



При ампулярной локализации плодного яйца возможна имплантация плодного яйца в складки эндосальпинкса. 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 гематосальпинкса. 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, ограниченная от брюшной полости фиброзной капсулой.

В редких случаях плодное яйцо, изгнанное из трубы, не погибает, а имплантируется в брюшной полости и продолжает развиваться.

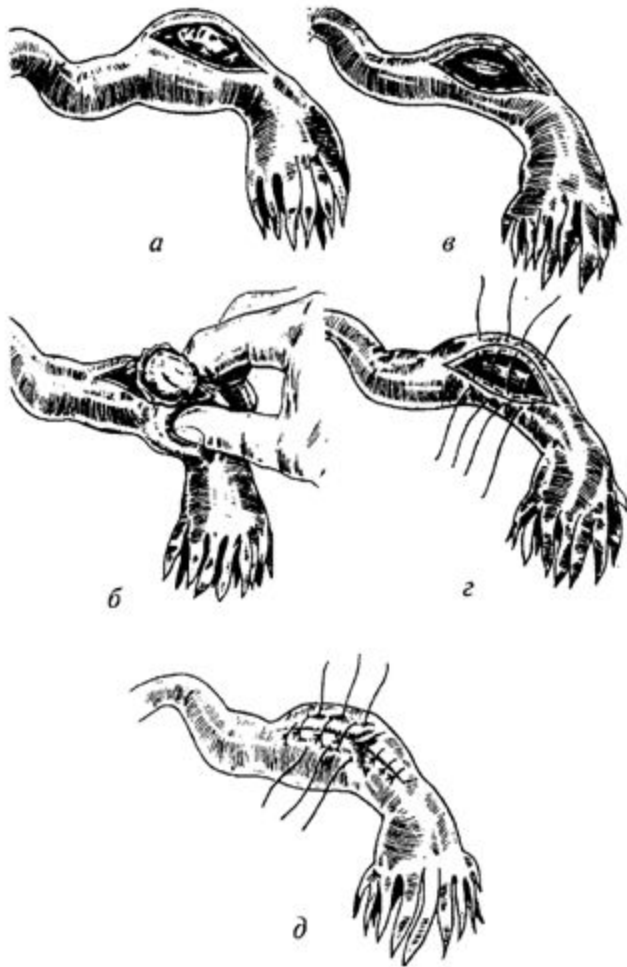
В определённых условиях возможно развитие яичниковой беременности, которая редко существует длительное время и приводит к разрыву плодместилища, сопровождающегося значительным кровотечением.

Диагностика внематочной беременности

~~Внематочную беременность обычно диагностируют на 8 - 10 неделе~~ беременности. Будущая плацента, с самого первого дня своего существования, выделяет специфический хорионический гормон, блокирующий функцию яичников по выработке следующей яйцеклетки, предотвращая тем самым вторичную беременность. Часто именно по содержанию в крови хорионического гормона и прогестерона можно диагностировать внематочную беременность. Как правило, в случае трубной беременности уровень хорионического гормона в крови понижается. УЗИ органов таза покажет точное расположение плода и наличие внематочной беременности.

Лапароскопия также помогает определить точное расположение трубной беременности. Если внематочная беременность не заканчивается произвольным выкидышем, для удаления плаценты применяются некоторые лекарства, например, метотрексат. К такому лечению обращаются только в том случае, если внематочная беременность диагностирована на раннем сроке. Хирургическое вмешательство применяется, когда внематочная беременность зашла уже достаточно

далеко



Внематочная беременность любой локализации является жизненным показанием к неотложной операции. Оперировать больных по поводу внематочной беременности следует в момент установления диагноза.

