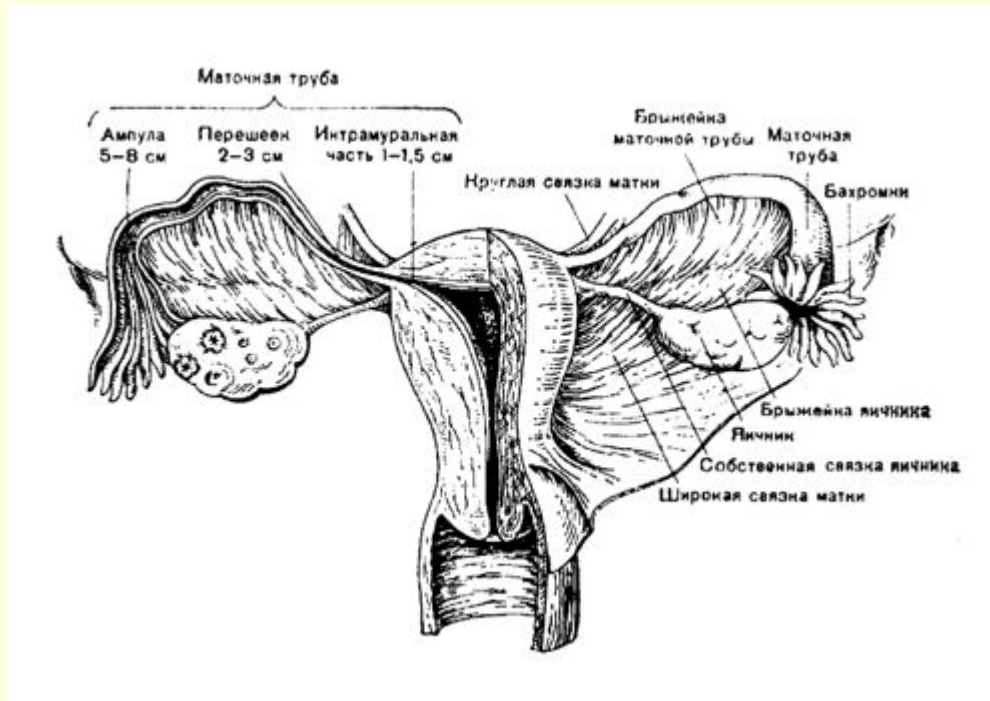




# ВНЕМАТОЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ

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.

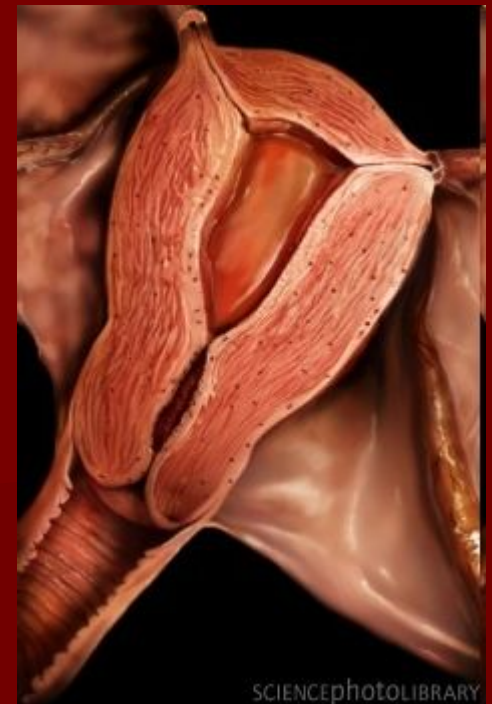
Но оплодотворенная яйцеклетка может и не попасть в полость матки, задержавшись в одной из маточных труб (так происходит в 95% случаев внематочной беременности). Иногда - довольно редко - беременность развивается в свободной брюшной полости или яичнике.



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

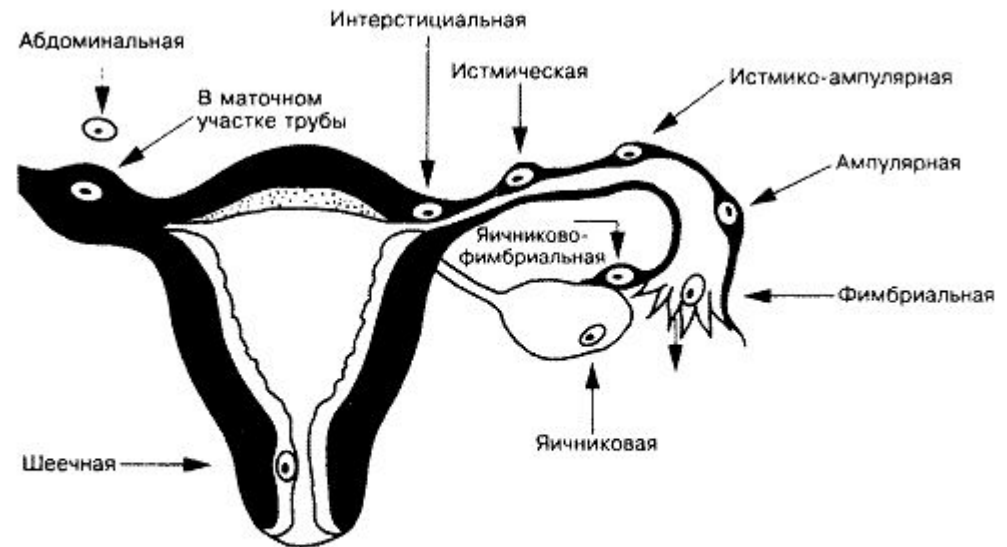
1. Ампулярная.
2. Истмическая.
3. Интерстициальная.

## 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.**

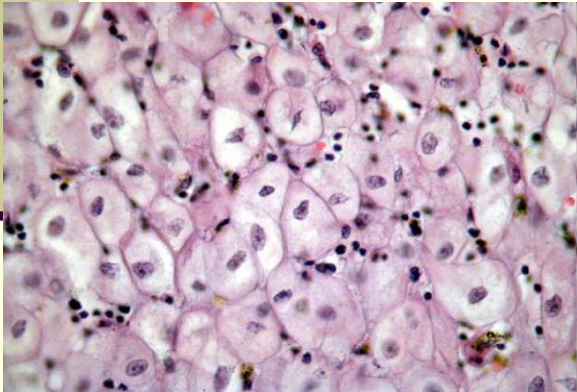
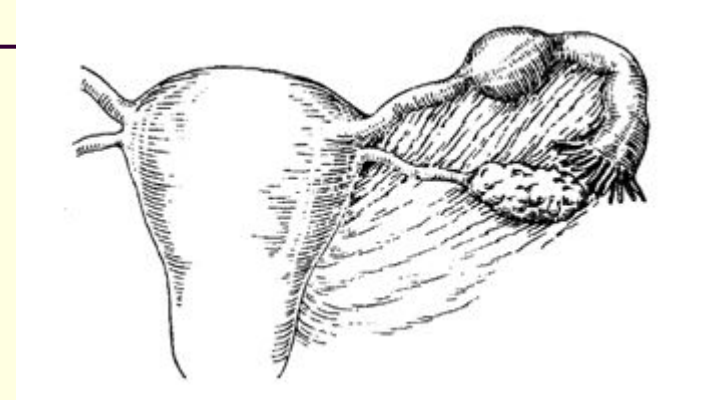


# ПАТОГЕНЕЗ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ.

## 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.

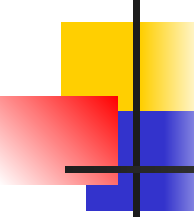
---

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.

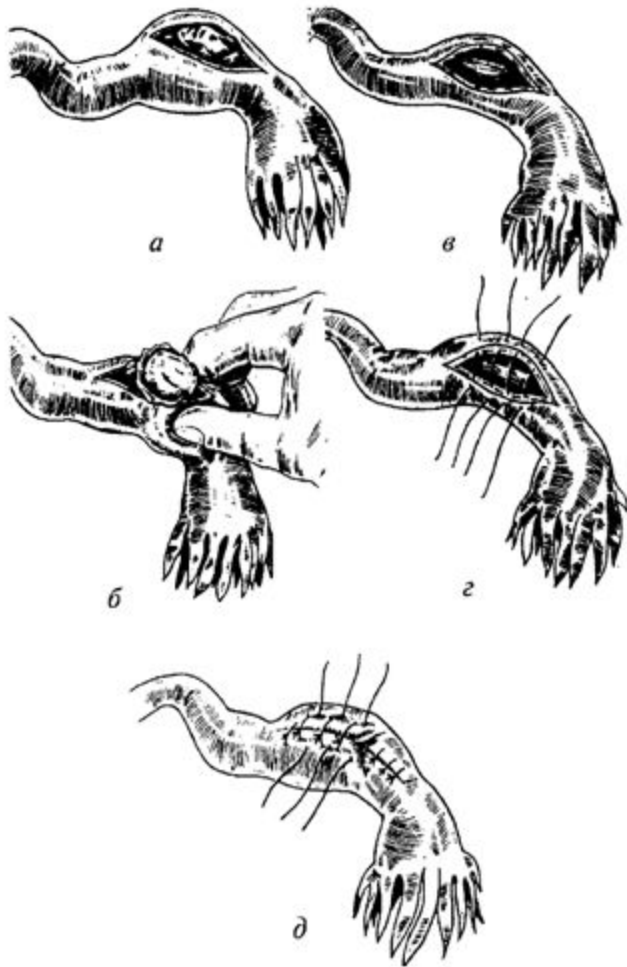
## Диагностика внематочной беременности

~~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.

