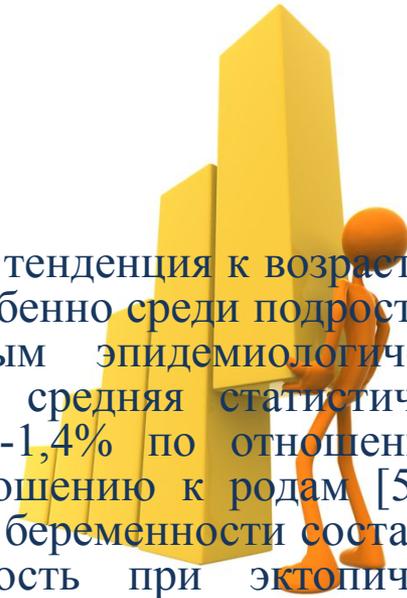




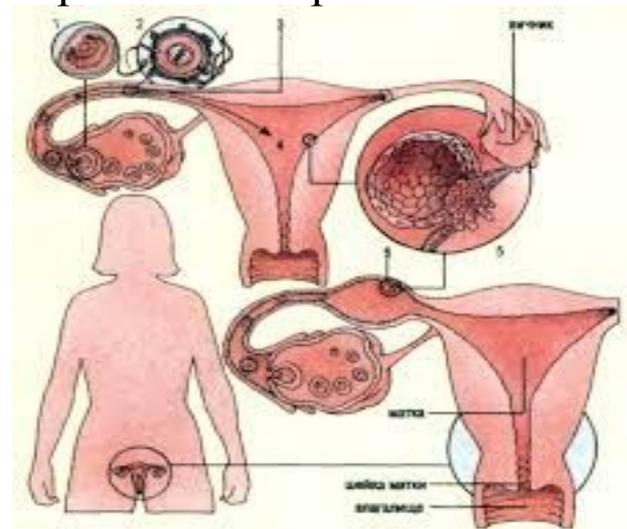
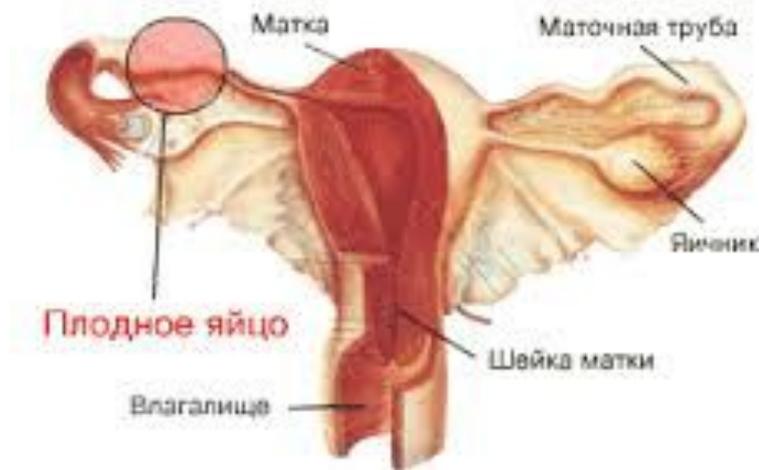
Введение

- Во второй половине XX столетия наметилась стойкая тенденция к возрастанию частоты внематочной беременности во всем мире, особенно среди подростков и молодых нерожавших женщин. Согласно данным эпидемиологических исследований, в индустриально развитых странах средняя статистическая частота внематочной беременности составляет 1,2-1,4% по отношению к общему числу беременностей и 0,8-2,4% – по отношению к родам [5]. По данным Савельевой Г.М. (1997), частота внематочной беременности составляет 1 на 200 беременностей. Материнская смертность при эктопической беременности занимает второе место в мире (третье в России) и обусловлена быстро развивающимся кровотечением и шоком. В нашей республике в последние годы наблюдается уменьшение случаев смертельных исходов при данной патологии.
- Особую актуальность представляет проблема «первой» внематочной беременности, поскольку более чем у 50% больных после хирургического лечения нарушается репродуктивная функция, а частота повторных эктопических nidаций составляет 7-17%. В связи с этим сохранение репродуктивной функции после эктопической беременности представляет важную медико-социальную проблему.



Внематочная беременность

- При внематочной (эктопической) беременности оплодотворенная яйцеклетка развивается вне полости матки. За последнее десятилетие частота внематочной беременности возросла в 2—3 раза и составляет в индустриально развитых странах в среднем 12—14 на 1000 беременностей. Эктопическая беременность представляет серьезную опасность для здоровья и жизни женщины, так как в связи с отсутствием условий для развития она чаще всего прерывается на ранних сроках, сопровождаясь внутрибрюшинным кровотечением, и становится причиной «острого живота». При несвоевременной диагностике, без оказания неотложной помощи внематочная беременность может стать одной из причин материнской смертности.



Этиология

- **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

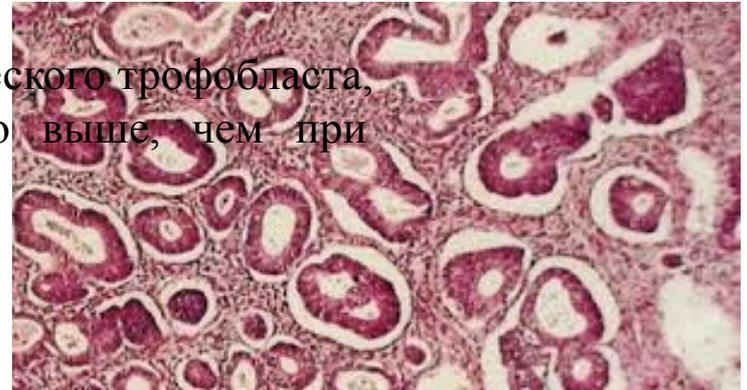


ПАТОГЕНЕЗ ВНЕМАТОАЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ.



Неизбежный трагический финал – прерывание трубной беременности – обеспечивается двумя факторами:

- во-первых, неприспособленностью маточных труб к дальнейшему прогрессированию беременности, поскольку эндосальпинкс, в отличие от эндометрия, лишен трубчатых желез и дифференцировки на базальный и функциональный слои; помимо этого, в эндосальпинксе слабо выражен подслизистый соединительнотканый слой (в отличие от эндометрия с его хорошо развитой и богатой кровеносными сосудами стромой) и практически отсутствует децидуальная трансформация (как известно, децидуальная оболочка ограничивает инвазию трофобласта в стенку матки при физиологической беременности благодаря секреции антипротеолитического фермента); наконец, достаточно тонкая мышечная оболочка маточных труб неспособна выдержать воздействие прогрессирующего трофобласта;
- во-вторых, разрушительным действием эктопического трофобласта, пролиферативная активность которого значительно выше, чем при маточной беременности.





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

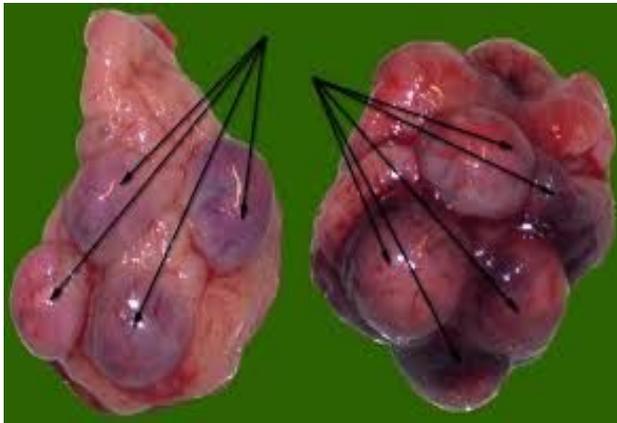


Внематочная беременность



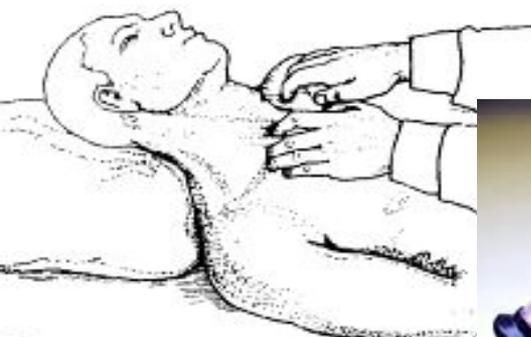
Клиника

- - Задержка менструации от нескольких суток до нескольких недель;
- - Субъективные ощущения, возникающие у беременной;
- - Боль в одной из подвздошных участков, который нарастает с прогрессированием срока беременности;
- - Болезненность живота при пальпации различной степени выраженности;
- - Мягкая, слегка увеличена матка, размеры которой не соответствуют гестационному сроку;
- - Объемный образование в области придатков, который в динамике наблюдения увеличивается.

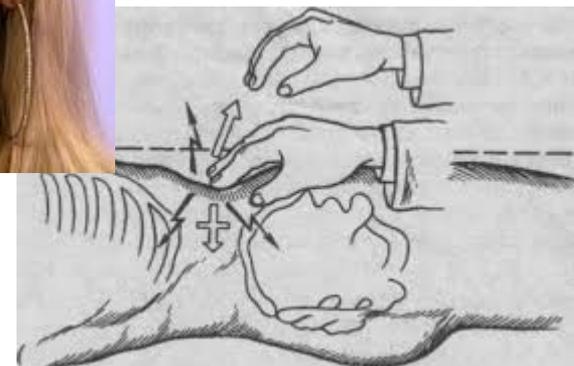


Клиническая картина трубной беременности прервалась путем разрыва трубы (характерна при имплантации плодного яйца в истмическом и интерстициальном отделах трубы):

- Резкая боль понизу живота, иррадирует в плечо, лопатку (френикус-симптом) нередко сопровождается обморока.
- Снижение АД, PS частый, слабого наполнения, холодный пот;
- Тошнота, рвота, бледность кожных покровов и слизистых, цианоз лица;
- Болезненность живота, положительный симптом Щеткина;



Определение симптома Мюсси (Френикус-симптом)



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



1. Пункция брюшной полости через задний свод - при внематочной беременности, прервалась, получаем кровь, не сворачивается.

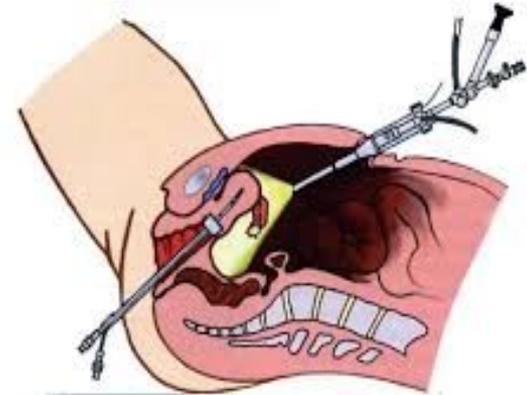
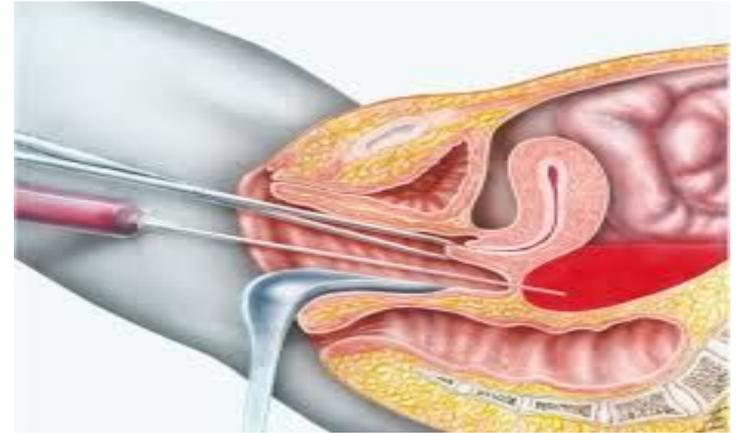
2. Лапароскопия и кульдоскопия - визуализируется маточная труба - синюшно багрового цвета.

3. Гистеросальпингография - в трубе характерная картина - полость заполнена контрастной жидкостью, имеет форму полумесяца.

4. УЗИ - плодное яйцо визуализируется в маточной трубе.

5. Определение содержания прогестерона - при нормальной беременности в ранние сроки уровень прогестерона больше 25 нг / мл, при внематочной - менее 5 нг / мл.

6. Исследование содержания ХГ - в 85% случаев внематочной беременности концентрация β -субъединицы ХГ увеличивается менее чем в 2 раза за 48 часов.



Дифференциальная диагностика

Дифференциально-диагностические признаки трубного выкидыша и острого воспаления придатков матки:

№п / п	Трубный выкидыш	Воспаление придатков
1	Задержка месячных 3-5 недель	Не бывает
2	Субъективные признаки беременности	Отсутствуют
3	Температура тела не повышена	Повышенная
4	Острая боль в виде приступа	боль развиваются постепенно
5	Обморочное состояние	Есть
6	Френикус-симптом	Отсутствует
7	Матка увеличена в размере	Нормальных размеров
8	Смещение матки резко болезненное	Смещение матки резко не больно
9	Увеличение маточной трубы (тестоватой консистенция)	Двустороннее воспаление придатков матки
10	Темнокоричневи выделения	Отсутствуют
11	Пункция заднего свода - кровь	Серозная жидкость
12	Иммунологические реакции положительные	Отрицательные
13	Противовоспалительное лечение неэффективно	Эффект от лечения
14	Признаки интоксикации отсутствуют	Явления общей интоксикации

Лечения.

Прервана внематочная беременность подлежит быстрому оперативному лечению. Проводят удаление патологически измененной трубы. При прерванной внематочной беременности оперативное вмешательство должно начаться не позднее 30-40 мин. после установления диагноза. В связи с частым развитием гиповолемического шока - переливание крови, противошоковые мероприятия. Во время операции возможна реинфузия аутокрови.

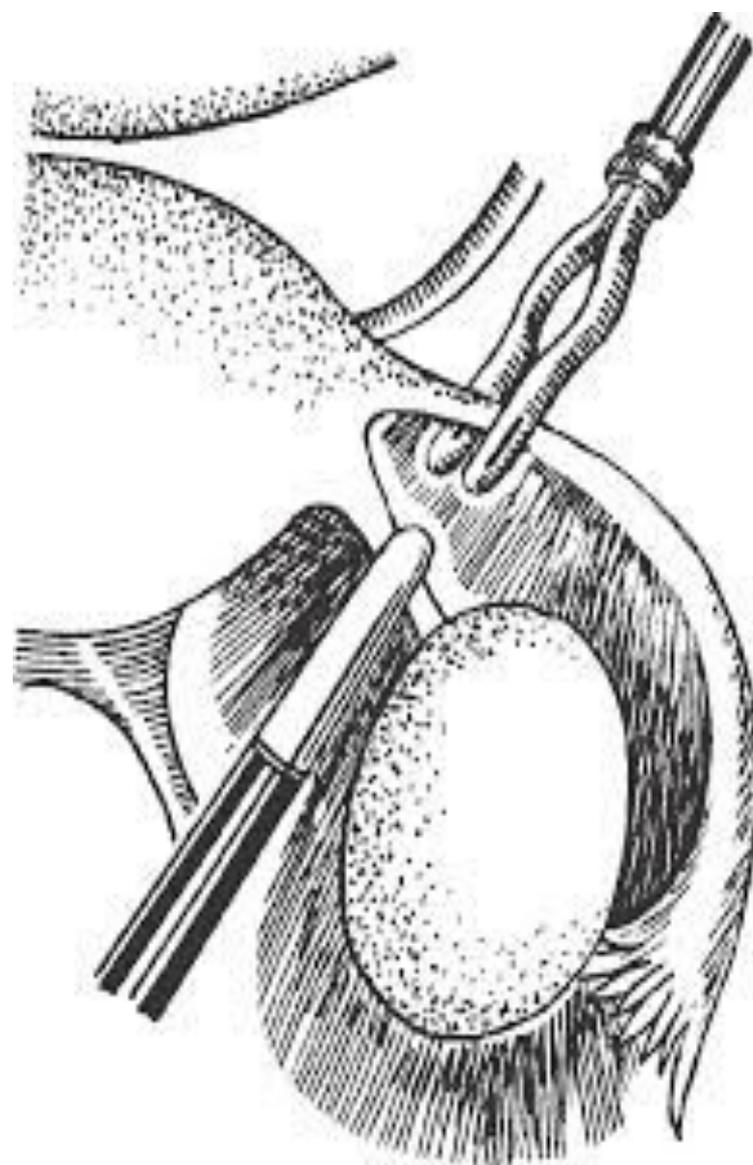
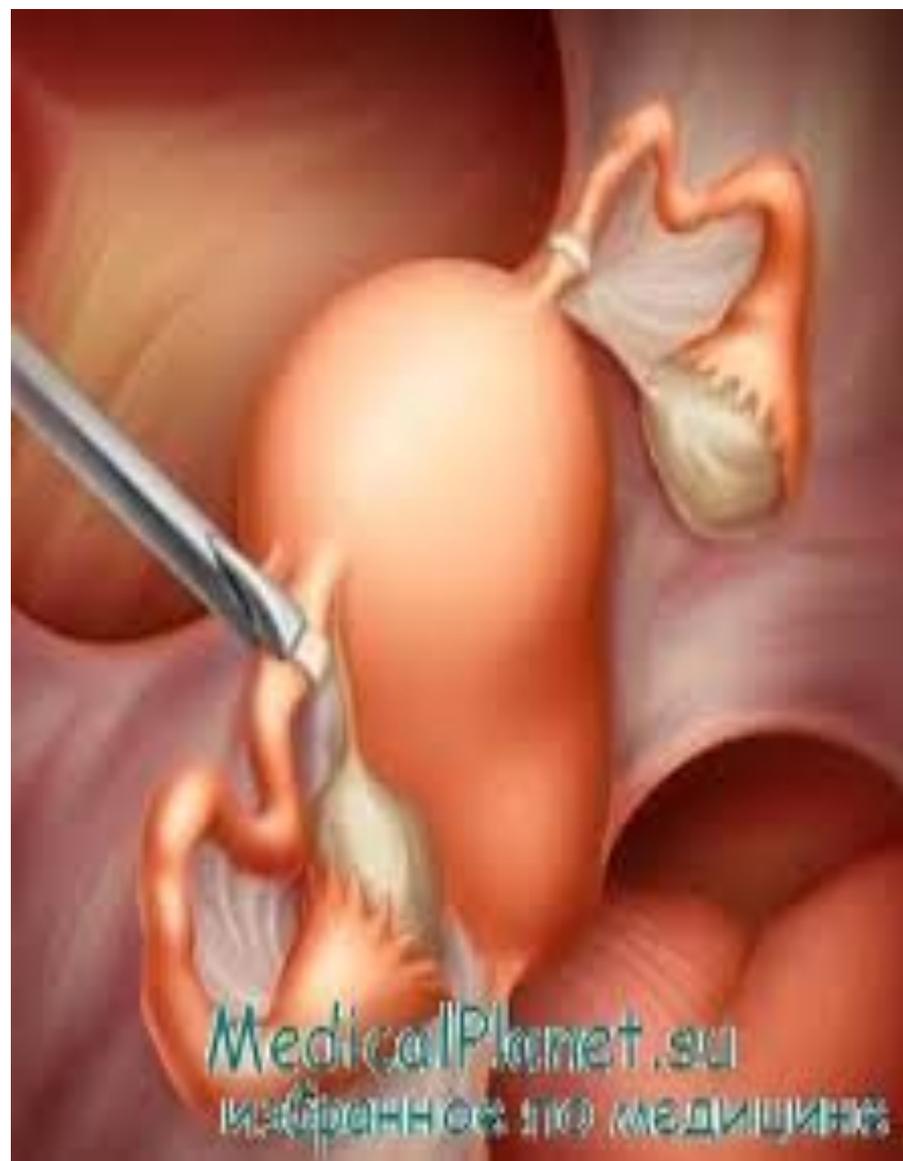
Консервативные операции при трубной беременности

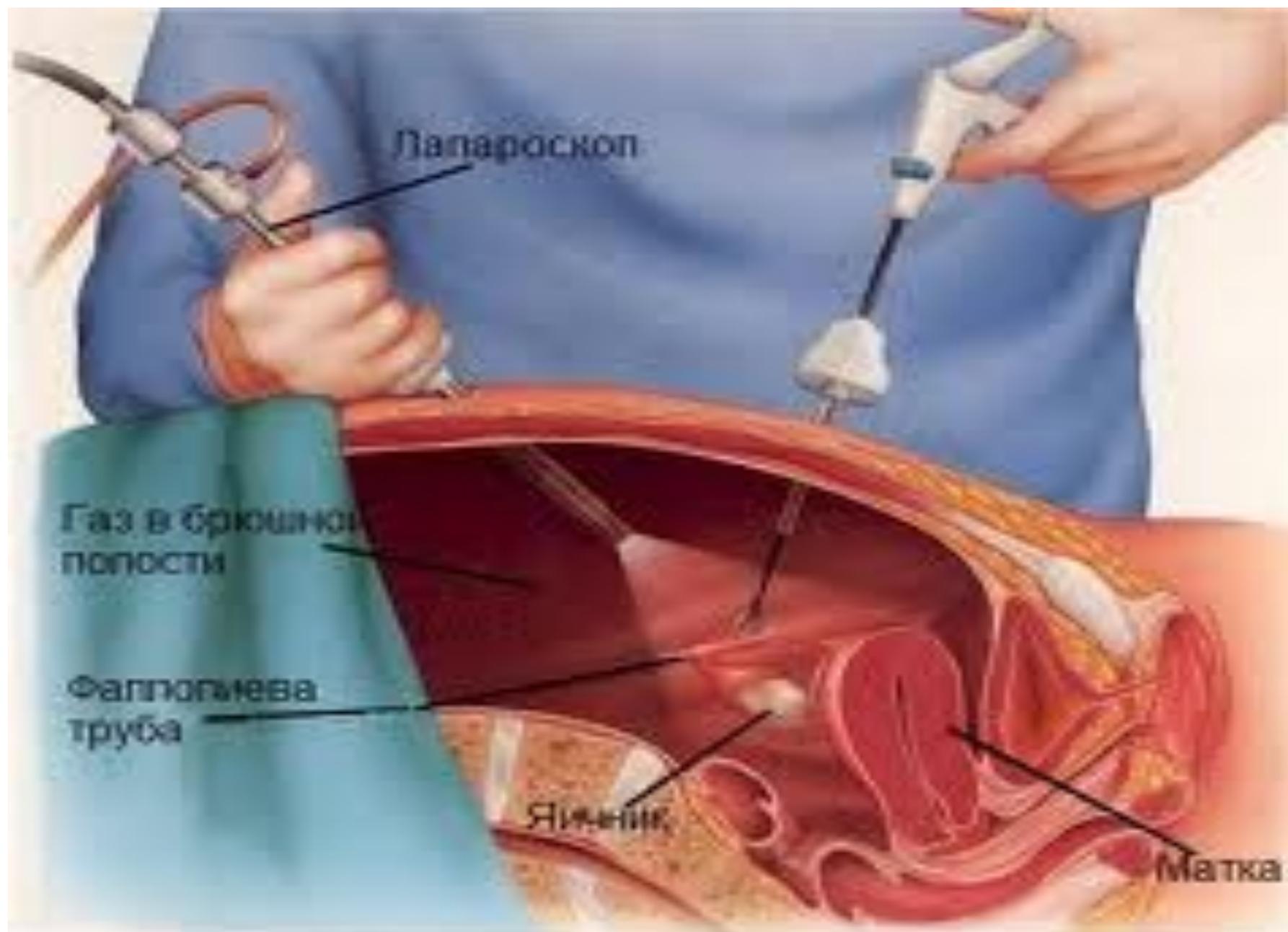
Показания - повторная трубная беременность у бездетной женщины репродуктивного возраста при настойчивом желании сохранить маточную трубу.

Противопоказаниями являются массивная кровопотеря, значительный разрыв трубы, "старая" трубная беременность прервалась.

Виды операций:

- при локализации плодного яйца в ампулярного отдела возможно осторожное его выдавливания - искусственный трубный аборт;
- при расположении плодного яйца в интерстициальном отделе проводят высечки участка маточной трубы и восстановление ее проходимости или сальпинготомию.





Выдавливание. В этом варианте маточная труба не разрезается, а эмбрион выдавливается из нее пинцетом. Проводится только если место прикрепления эмбриона близко к выходу из трубы, а кровотечение небольшое.

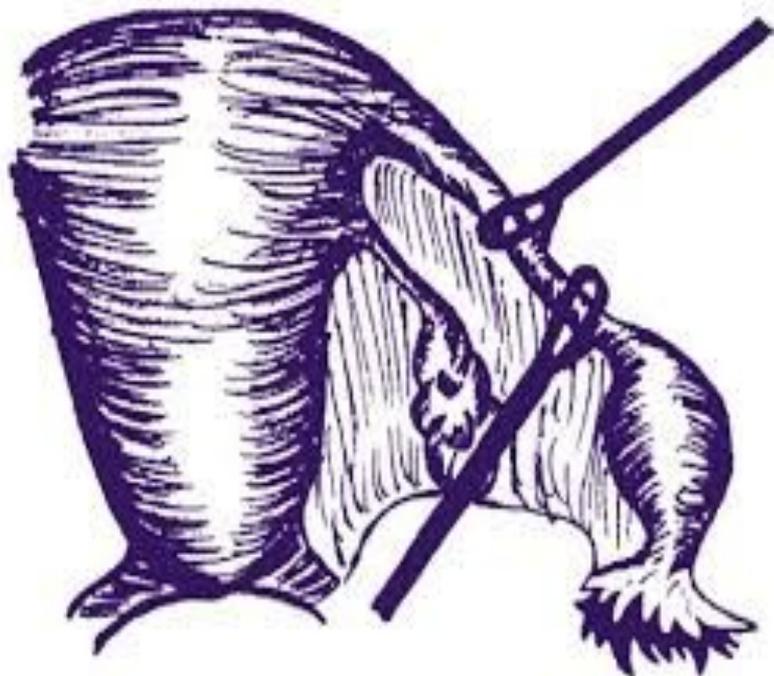


Рис. 16.6. Выдавливание плодного яйца при локализации в фимбриальном отделе «milking». Лапароскопия.

Заключение

Острый живот представляет собой клинический синдром, что развивается при острых заболеваниях, а также повреждениях органов брюшной полости. Острый живот, как правило, сопровождается болями в животе, которые характеризуются разным характером и интенсивностью, а также напряжением мышц брюшной стенки и расстройством моторики кишечника. При возникновении данных симптомов, необходимо вызвать бригаду скорой помощи, поскольку больному может потребоваться экстренное хирургическое вмешательство. В некоторых случаях имитировать клиническую картину этого состояния может псевдоабдоминальный синдром, для которого характерна острая боль в животе, вызванная заболеваниями различных органов (колитом, пиелонефритом, гастритом, инфарктом миокарда, острой пневмонией). Данные патологии могут сопровождаться симптомами острого живота, но в данном случае оперативного вмешательства не требуется, поскольку они лечатся консервативным путем.

ЛИТЕРАТУРА

1. Айламазян Э.К., Рябцева И.Т. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в гинекологии. 2-е изд., доп. М.: Медицинская книга. – Н. Новгород: НГМА, 2003.
2. Возможности малоинвазивной хирургии в лечении больных шеечной беременностью / А.И. Ищенко, А.Д. Липман, А.А. Бахвалова, А.А. Ищенко. Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2004. – Т. 3. – №3. – С.16-20.
3. Дивакова Т.С., Сачек Ю.А., Тихонова Л.В. Коррекция нарушений эндокринной системы у больных после хирургического лечения эктопической беременности. Вестник ВГМУ. – 2006. – Т. 5. – №2. – С. 49-54.
4. Кира Е.Ф. Репродуктивная хирургия в гинекологии // Современные технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний / Под ред. В.И. Кулакова, Л.В. Адамян. – М.: ПАНТОРИ, 2005. – С. 29-31.
5. Клинические лекции по акушерству и гинекологии / Под ред. А.Н. Стрижакова, А.И. Давыдова, Л.Д. Белоцерковцевой. – М.: Медицина, 2000. – 379 с., ил.

