



КАФЕДРА АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ

Мухамеджанова Сауле

Внематочная беременность

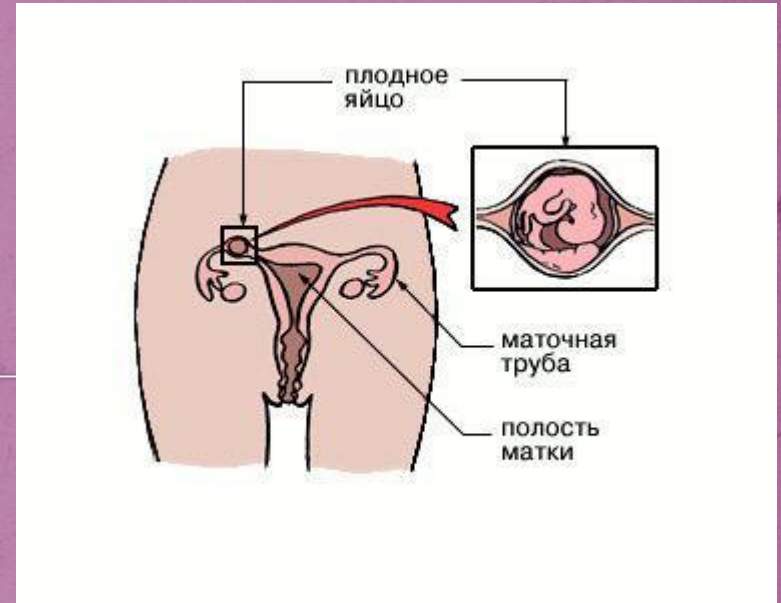


План:

- Определение
- Классификация
- Симптомы
- Факторы риска
- Профилактика
- Диагностика
- Физикальные данные
- Лабораторные исследования
- Инструментальные исследования
- Дифференциальная диагностика

Определение:

Внематочная
(эктопическая)
беременность —
беременность, при
которой плодное яйцо
имплантируется и
развивается вне
полости матки.



Классификация:

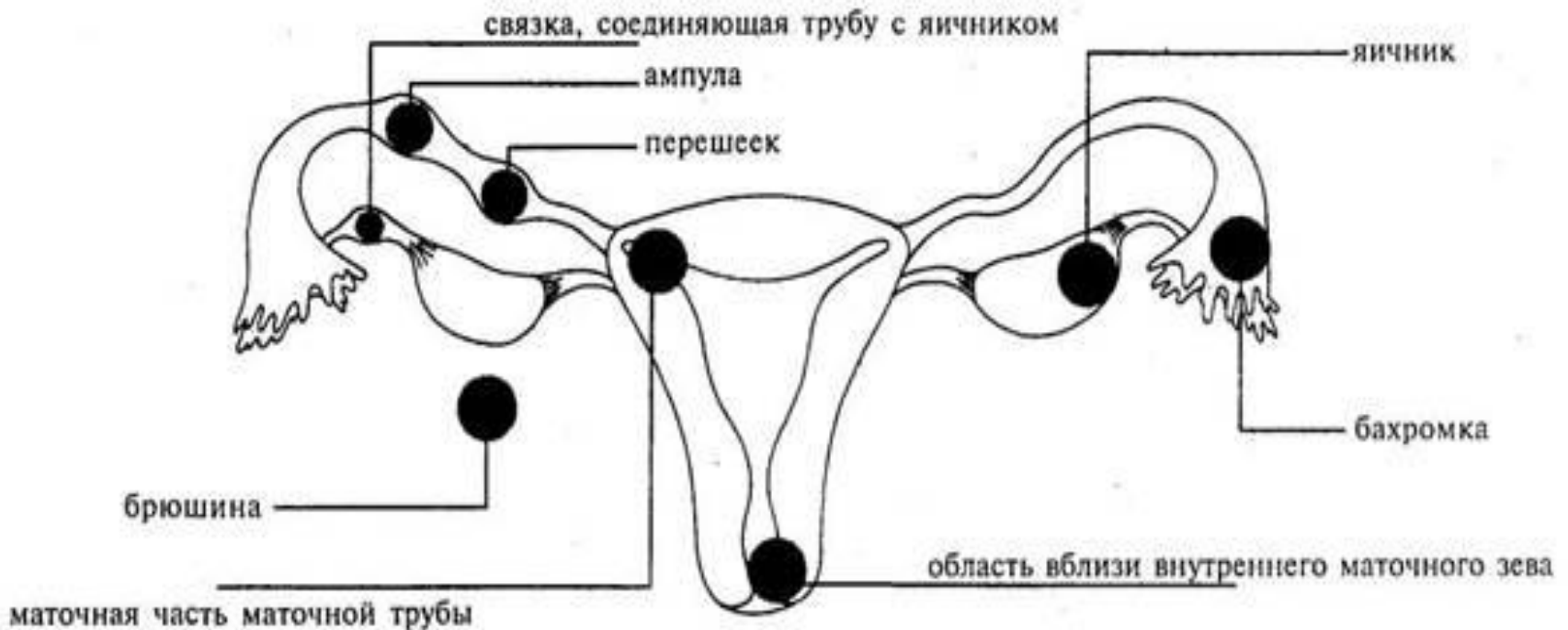
В зависимости от места имплантации плодного яйца:

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%);

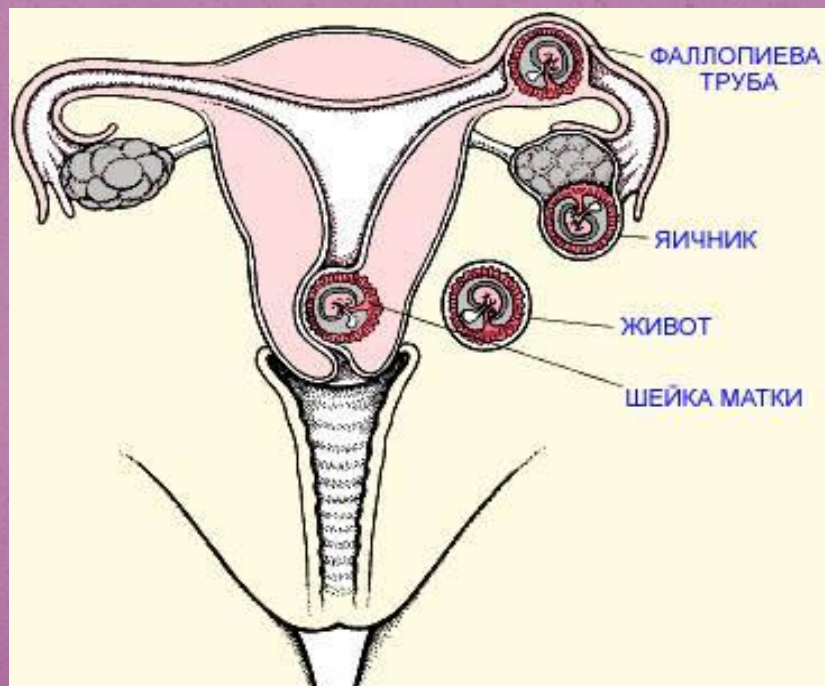
а. Интрафолликулярная

б. Эпифоральная.

3. - брюшная беременность (0,3 – 0,4%);

4. - шеечная беременность;

5. - беременность в рудиментарном роге матки (0,1 – 0,9%).



В зависимости от клиники:

1. Прогрессирующая
внематочная беременность;
2. Прервавшаяся
внематочная беременность;
 - а. Разрыв маточной трубы;
 - б. Трубный аборт.



Симптомы:

1. задержка месячных от нескольких дней до нескольких недель,
2. набухание молочных желез,
3. тошнота и рвота,
4. колющие боли внизу живота,
5. изменение чувствительности молочных желез,
6. повышенный/пониженный аппетит,
7. слегка синяя окраска слизистой влагалища,
8. данные анализов,
9. пониженное давление (головокружение, обмороки),
10. влагалищные кровотечения, чувство тяжести в области прямой кишки и промежности.

Факторы риска:



Факторы риска:

- Ранее перенесенная внематочная беременность;
- Бесплодие в анамнезе;
- Применение индукторов овуляции;
- Наличие эндометриоза;
- Искусственные аборты в анамнезе;
- Индуцированный выкидыш в анамнезе;
- Использование внутриматочных контрацептивных средств;
- Перенесенные ИППП (хламидиоз, трихомониаз, гонорея);
- Сальпингит в анамнезе;
- Нарушения в гипоталамо–гипофизарно–яичниковой системе;
- Инфантилизм;
- Опухоли и опухолевидные заболевания гениталий;
- Оперативные вмешательства, осложнившиеся пельвиоперитонитом.

Первичная профилактика:

- Своевременная и правильная тактика ведения больных при первом обращении;
- Улучшение качества диагностики и лечения воспалительных заболеваний ОМТ;
- Повышение качества лабораторных методов исследования;
- Доступность и снижение стоимости лекарственных средств;
- Скрининговое обследование на урогенитальные инфекции.
- Профилактика абортов;
- Использование современных контрацептивных средств.



Диагностические критерии:

Жалобы и анамнез:

Жалобы при прогрессирующей
внематочной беременности:

- Задержка менструации от нескольких суток до нескольких недель (90% случаев).
 - нагрубание молочных желез;
 - тошнота;
 - извращение вкуса;
 - периодические схваткообразные боли внизу живота;
 - кровянистые выделения из половых путей;
- Тяжесть клинических проявлений у разных больных варьирует.



Жалобы при прервавшейся внематочной беременности:

1). Разрыв маточной трубы:

Клиника и жалобы складываются из сочетания субъективных и объективных признаков беременности и из симптомов прервавшейся трубной беременности.

- острый приступ болей внизу живота с иррадиацией в прямую кишку (при физической нагрузке или акте дефекации);
- появление холодного пота;
- головокружение;
- кратковременная потеря сознания;
- кровянистые выделения из половых путей.

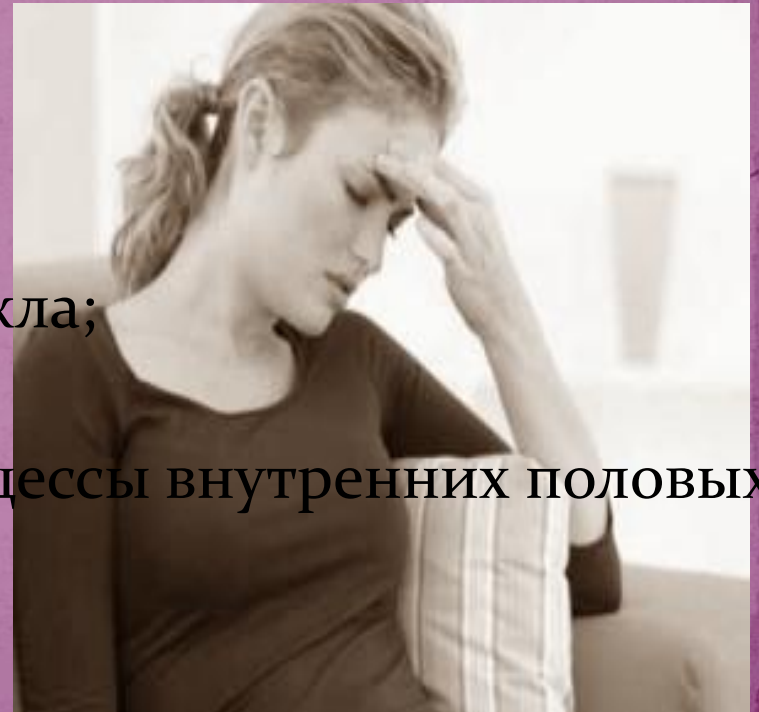
● 2). Трубный аборт:

Клиника и жалобы складываются из сочетания субъективных и объективных признаков беременности и из симптомов прервавшейся трубной беременности.

- схваткообразные, периодически повторяющиеся приступы болей внизу живота
- скудные темно-кровянистые выделения из половых путей;
- слабость;
- головокружение.

Анамнез:

- Позднее начало менструаций;
- Нерегулярность менструального цикла;
- Длительное бесплодие;
- Перенесенные воспалительные процессы внутренних половых органов;
- Осложненные аборт и роды;
- Индукция овуляции.



Физикальные данные:

При гинекологическом осмотре:

1. Прогрессирующая внематочная беременность:

Цианоз входа во влагалище, слизистой оболочки влагалища и шейки матки.

Матка увеличена в размерах и размягчена (увеличение размеров матки, как правило, не соответствует предполагаемому сроку беременности).

В области придатков матки с одной стороны пальпируется опухолевидное образование тестоватой консистенции, болезненное при исследовании.

При динамическом наблюдении и повторных гинекологических исследованиях (не реже 1 раза в 3-4 дня) отмечается увеличение размеров образования в области придатков матки при отставании величины матки.

2. Разрыв маточной трубы:

Цианоз входа во влагалище, слизистой оболочки влагалища и шейки матки.

Из цервикального канала – темно кровянистые выделения.

Матка увеличена в размерах и размягчена, пальпация матки и движение шейки (поднятие ее кверху или смещение в сторону) резко болезненны.

В области придатков матки с одной стороны пальпируется опухолевидное образование тестоватой консистенции без четких контуров.

Задний свод влагалища уплощен или выпячен во влагалище.

Пальпация заднего свода резко болезненна.

3.Трубный аборт:

Цианоз входа во влагалище, слизистой оболочки влагалища и шейки матки.

Из цервикального канала – темно кровянистые выделения. Матка увеличена в размерах и размягчена, пальпация матки движение шейки (поднятие ее кверху или смещение в сторону) резко болезненны.

В области придатков матки с одной стороны пальпируется опухолевидное образование тестоватой консистенции, болезненное при пальпации.

Задний свод влагалища уплощен или выпячен во влагалище.

Пальпация заднего свода болезненна.

Лабораторные исследования:

- Общий анализ крови (повышенный уровень лейкоцитов, малокровие);
- Иммунологические тестовые методы по определению ХГ в моче и в крови (меньше чем должен быть при поставленном сроке беременности).
- Иммунологические тестовые методы по определению прогестерона в крови.
- С – реактивный белок.

Инструментальные исследования:

- осмотр шейки матки с помощью зеркал;
- бимануальное исследование;
- УЗИ диагностика;
- кульдоцентез (пункция прямокишечно-маточного углубления);
- диагностическая лапароскопия.



● Показания для консультации специалистов:

● Для проведения дифференциальной диагностики в случае затруднения диагностирования внематочной беременности.

Дифференциальный диагноз:

- - Острый аппендицит.
- - Внутриматочная беременность.
- - Киста яичника (разрыв или перекрут).
- - Неполный или начавшийся выкидыш.
- - ВЗОМТ.
- - Апоплексия яичника.
- - Дисфункциональные маточные кровотечения.

Перечень основных диагностических мероприятий:

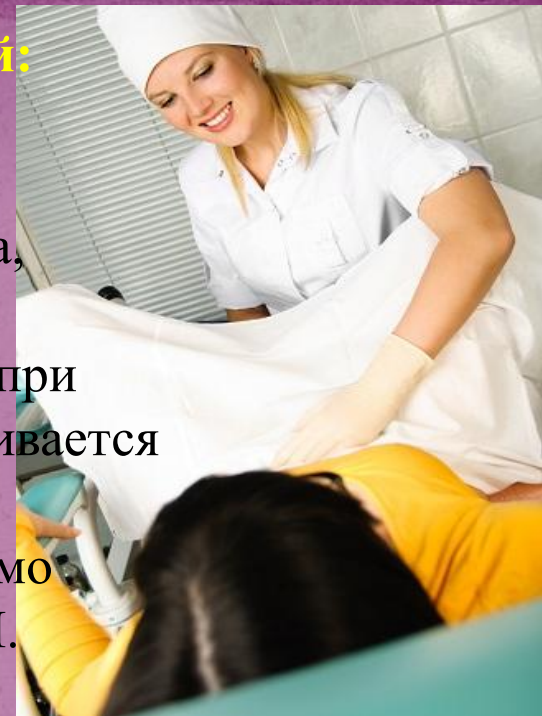
- осмотр шейки матки с помощью зеркал;
- бимануальное исследование;
- Общий анализ крови (гемоглобин, лейкоцитарная формула, СОЭ);
- Иммунные тестовые методы по определению ХГ в моче (при нормально протекающей беременности уровень ХГ увеличивается на 66% каждые 48 часов).

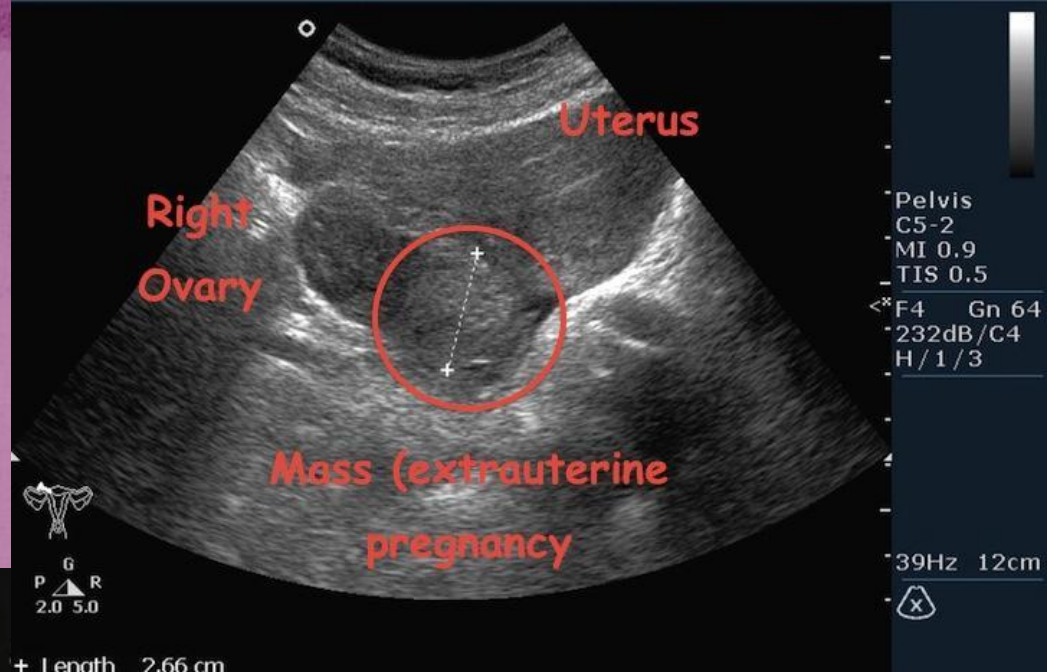
При проведении дифференциальной диагностики необходимо учитывать уровень ХГ в сыворотке крови и результаты УЗИ.

Содержание ХГ в сыворотке крови выше 1000

МЕ/мл при отсутствии плодного яйца в полости матки на основании УЗИ в 100% случаев свидетельствует об эктопической беременности).

- УЗИ диагностика





Внематочная (эктопическая) беременность

- **Перечень дополнительных диагностических мероприятий:**

- - Иммунные тестовые методы по определению прогестерона в крови.

- - Кульдоцентез (пункция прямокишечно-маточного углубления);

- - Диагностическая лапароскопия.



Рис. 16.2. Локализация плодного яйца в истмическом отделе маточной трубы. Лапароскопия.

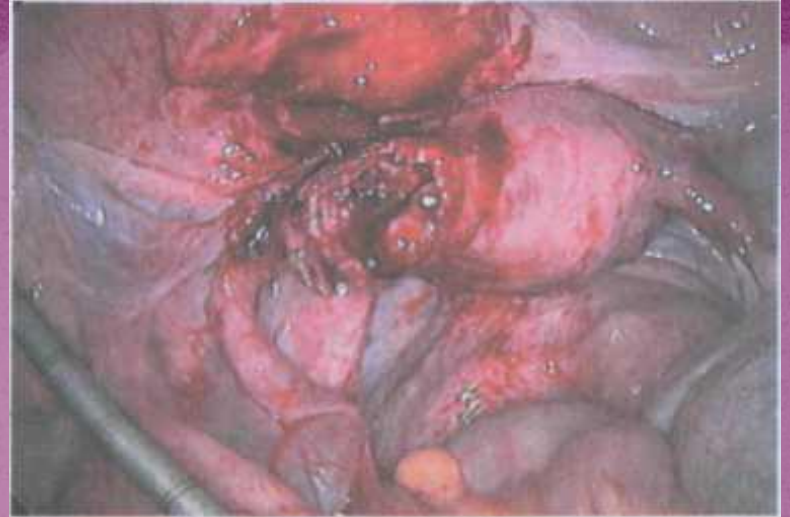


Рис. 16.1. Локализация плодного яйца в интерстициальном (интрамуральном) отделе маточной трубы. Лапароскопия.

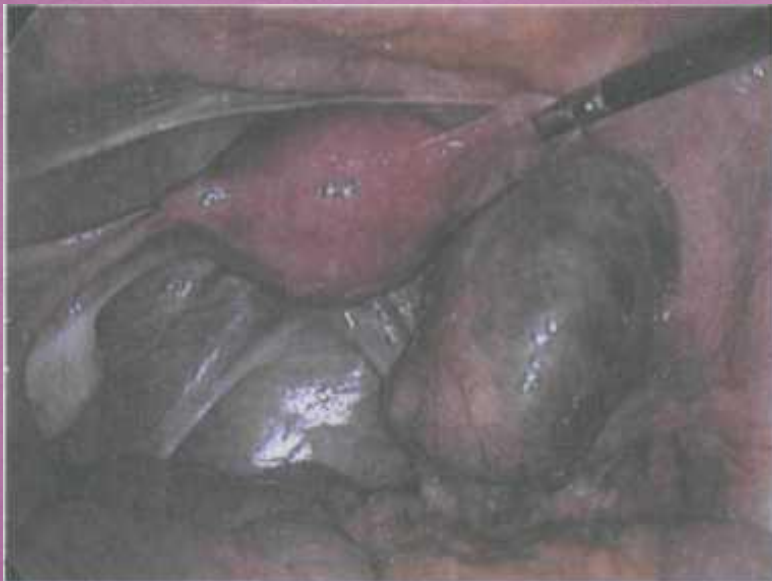


Рис. 16.3. Локализация плодного яйца в ампулярном отделе маточной трубы. Лапароскопия.



Рис. 16.4. Локализация плодного яйца в фимбриальном отделе маточной трубы. Лапароскопия.





Казахстанско-Российский медицинский университет

Насирова Екатерина

Историческая справка о внематочной беременности. Уникальные случаи

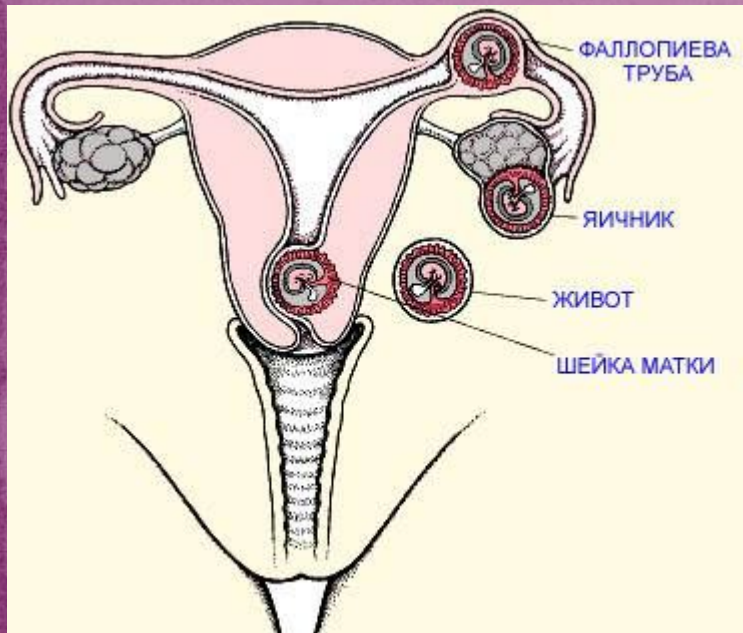
Алматы 2013

Содержание

- Введение
- История
- Уникальные случаи

Внематочная беременность

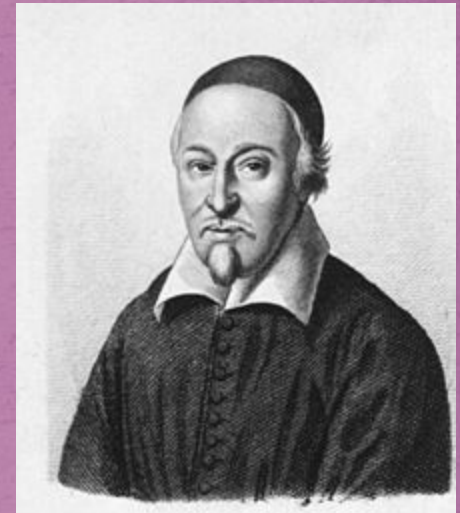
Внематочная беременность (*graviditas extrauterina seu ectopica*) — патологическая беременность, при которой оплодотворённая яйцеклетка развивается вне полости матки.



*«Изучение истории связывает
нас незримыми нитями с
великими людьми, оставившими
в науке отпечаток своего
гениального ума»
(Н.И. Рачинский)*

История

*Первое сообщение о
внематочной беременности
было сделано в 1611 году Риолани
(Riolani), до этого подобные
случаи относили к разрывам
матки.*



(Riolan Jean, 1577—1657)

История

В 1741 год Андре Левре (A. Levret, 1703—1780) дал научное описание этой патологии.



Акушерство в XIX веке. Ф.Й. Майор. К.М. Бэрм. М. Дункан. Г. Леопольд. Литцман. Михаэлис.

Прижизненный диагноз впервые в 1812 год был поставлен Геймом (Heim) «это дата перехода постановки диагноза внематочной беременности от патологоанатомов к клиницистам»

(Внематочная беременность. Москва, 1961, стр. 5)



А. Я. Красовскій († 13-го апрѣля 1893 г.).
Съ фот. грав. Шюблеръ.

russkij-tekst.ru

Наиболее достоверные сведения находим у А.Я. Красовского в изложении главы «Вскрытие брюшной полости...»

(Оперативное акушерство. С. - Петербург, 1889, 4-е издание, стр. 639)

Г.А. Бакшт, излагая историю кесарева сечения на живых женщинах, упоминает, что «случай, сообщенный Николаем де Фальконисом (1412 г), а также производство этой операции мясником Яковом Ниффером на собственной жене (около 1500г) являются, по Зибольду, спорными, так как речь могла идти о доношенной внематочной беременности с живыми плодами».

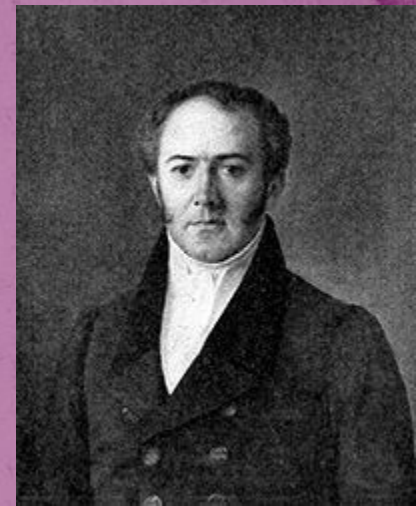
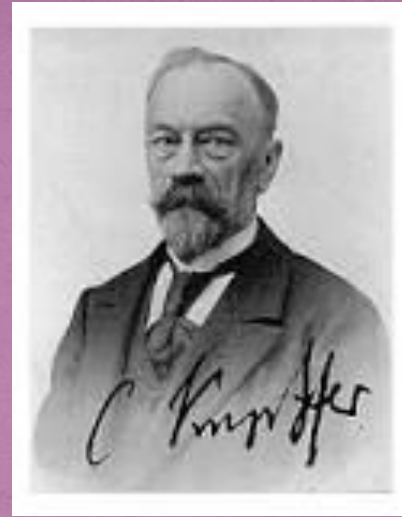
«Абдоминальное родосечение» (Воронеж, 1934, стр 9,)

*Н.М. Максимович
(Амбодик) упоминает о
некой «грыже матки», очень
похожей на застарелую
внематочную беременность.*



*«Искусство повивания или наука о
бабичьем деле»(СПБ, 1784—1786гг.)*

В 1822 г. появляется диссертация Купфера (Kirpffer) «О яичниковой беременности», а в 1843 г. профессор анатомии Н. В. Буяльский в работе «Анатомо-патологическое рассмотрение внематочной беременности», подразделяет уже внематочную беременность на: 1) трубную, 2) яичниковую, 3) трубно-маточную и 4) брюшную.



«Анатомико-патологическое рассмотрение внематочной беременности», 1843

И. В. Буяльский описывает также случаи нагноившейся доношенной внематочной беременности, оперированной в 1839 г Н. Ф. Арендтом путем чревосечения (больная умерла на вторые сутки от перитонита) и два лично им наблюдавшихся случая самоизлечения внематочной беременности с выхождением зародыша у одной из больных через нарыв в подвздошной правой стороне, у другой через прямую кишку.

«Анатомико-патологическое рассмотрение внематочной беременности», 1843

Э.Бумм уже четко подразделяет внематочную (трубную) беременность по локализации на три вида: ампулярную, истмическую и интерстициальную. Говоря о яичниковой беременности, пишет: «Лишь в весьма исключительных случаях яйцо остается в фолликуле». Что касается брюшной локализации, то по его мнению «существование последней не доказано».

Э.Бумм «Руководство к изучению акушерства 1911год »

Уникальный случай

Уникальный случай

Доношенная внематочная беременность
Родильное отделение районной больницы

Заключение

Данная акушерская патология интересовала людей еще 4 века назад... И по сей день данная патология актуальна для медицинской общественности. Это объясняется тем, что в последнее время все больше возрастает количество женщин, страдающих этим видом патологии беременности.

Литература

1. *Внематочная беременность. Москва, 1961;*
2. *Оперативное акушерство. С. -Петербург, 1889, 4-е издание;*
3. *«Абдоминальное родосечение» Воронеж, 1934*
4. *«Искусство повивания или наука о бабичьем деле»(СПБ, 1784—1786гг.);*
5. *«Анатомико-патологическое рассмотрение внематочной беременности», 1843;*
6. *Э.Бумм «Руководство к изучению акушерства» 1911г;*
7. *Акушерский семинар, Минск 1957-Л.С.Персианинов;*
8. *«Неотложная помощь в акушерстве и гинекологии, Л.С. Персианинов, Н.Н. Расстригин, 1983г*



МЕББМ ҚАЗАҚСТАН-РЕСЕЙ
МЕДИЦИНАЛЫҚ
УНИВЕРСИТЕТІ



НУО КАЗАХСТАНСКО-
РОССИЙСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ

Фомин Родион

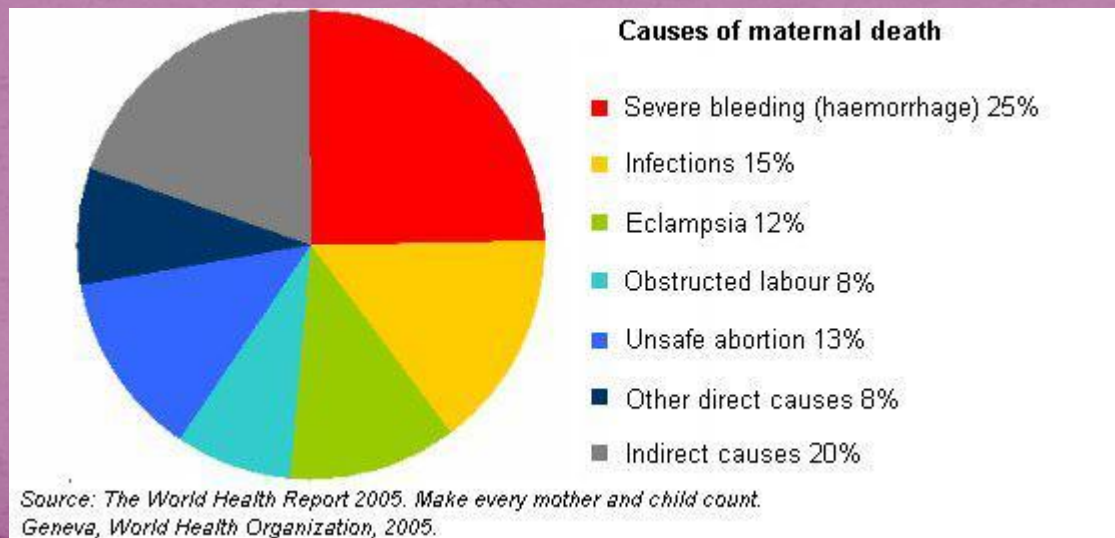
ЛЕЧЕНИЕ И РЕАБИЛИТАЦИЯ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Фомин Родион 412А ОМ

Вопросы, которые будут рассмотрены в данной презентации:

- Какие методы лечения внематочной беременности (ВБ) существуют?
- Какие новые методы лечения внематочной беременности?
- Какой метод лечения внематочной беременности наиболее эффективен и безопасен?
- Как выполнить послеоперационную реабилитацию и восстановление репродуктивной функции?
- Но HOW в лечении внематочной беременности.
- ЭКО после внематочной беременности

- На период 2009-2010 годы в США было зафиксировано 11 случаев смертей от внематочной беременности, что составляет 10,8% всех случаев материнской смертности. У 6-ти из 11-ти женщин найден кокаин в крови.
- Dani Noell, Isaac Delke, MD, Washington D.C. 2010



Частота материнской смертности от внематочной беременности (ВБ) в РК.

Частота ВБ в Казахстане составляет 1,6–4,3% всех гинекологических заболеваний, а в структуре причин материнской смертности 0,21%

(Ведомственная статистическая отчетность с законом РК 2009г.).

Существует 3 вида лечения ВБ

- 1.Радикальный метод-операция
 - 2.Консервативный- химиотерапия
 - 3.Радикально-консервативный
-
- Лечение внематочной беременности: при сравнении результатов консервативного и оперативного лечения были выявлены несомненные преимущества последнего.
 - Рассасывание гематом и продуктов распада плодного яйца при консервативном лечении очень медленно, сопровождается длительными болями, лихорадящим состоянием, приводит к образованию спаек в полости малого таза.
 - В ургентных случаях консервативное лечение не применяется.

Лечение должно быть комплексным.
Оно складывается из следующих этапов:

- Операция.
- Борьба с кровотечением, шоком и кровопотерей
- Введение послеоперационного периода
- Реабилитация репродуктивной функции

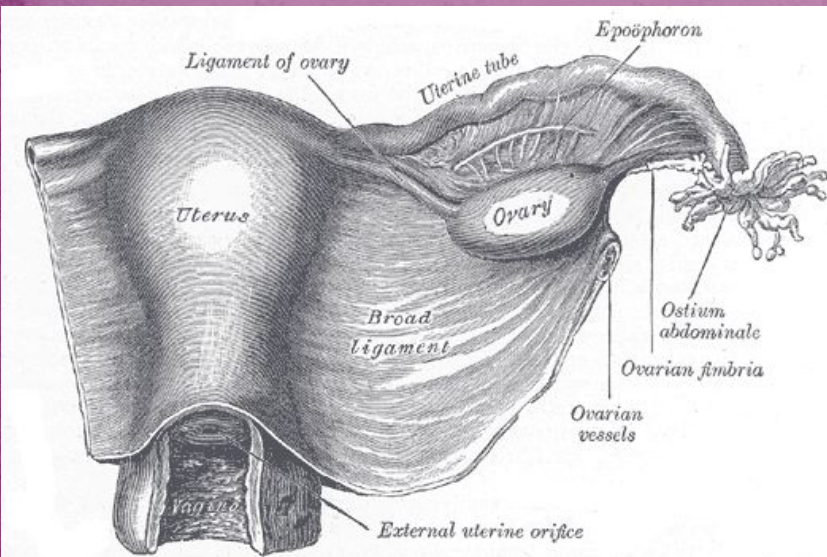
Радзинский В.



Хирургическое лечение ВБ. Виды.

Органосохраняющие:

- Сальпинготомия
- Резекция маточной трубы
- Искусственный трубный аборт

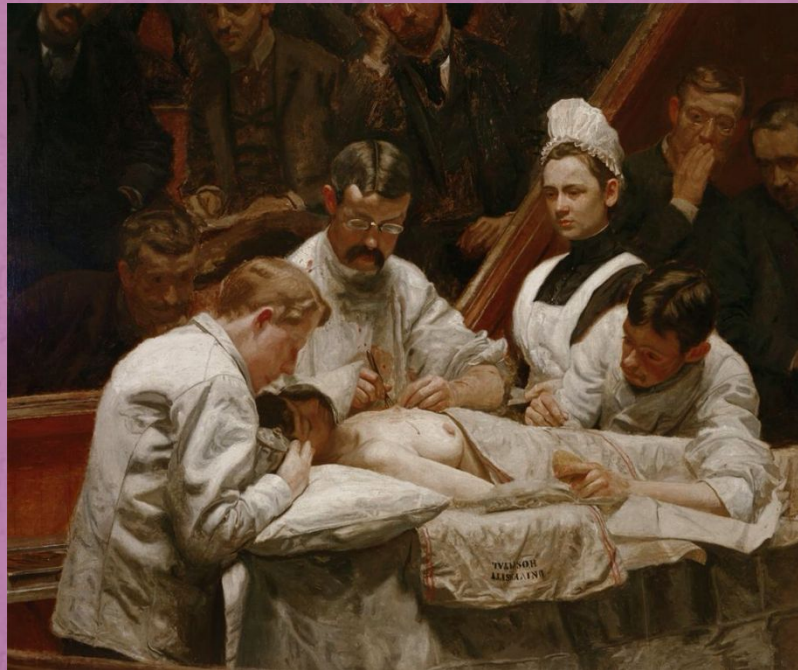


Органоуносящие:

- Сальпингоэктомия
- Сальпингоовариоэктомия
- Овариэктомия
- Гистероэктомия

Роберт Лоусон Тейт 1883 год

Первое успешное хирургическое лечение разрыва трубной беременности произошло в апреле 1883 года, когда британский хирург-гинеколог Роберт Лоусон Тейт выполнил лапаротомию и лигировал (связал) разорвавшуюся трубу и широкую связку.



Показания к хирургическому лечению внематочной беременности относятся следующие:

- 1. Индивидуальная непереносимость медикаментозной терапии.
- 2. Неудачно выполненная медикаментозная терапия.
- 3. У пациентки обнаружена маточная беременность вместе со внематочной.
- 4. Пациент гемодинамически нестабилен и требует немедленного лечения.

Противопоказания к хирургическому лечению внематочной беременности относятся следующие:

- Пациент не имеет противопоказаний к медикаментозной терапии внематочной беременности.
- Неприемлемые риски при хирургическом вмешательстве.
- **Оптимальное хирургическое лечение внематочной беременности зависит от нескольких факторов :**
- Возраст пациента , история болезни, и желание забеременеть в будущем.
- Наличие/отсутствие разрыва тканей при внематочной беременности
- Наличие/отсутствие спайки/ трубной окклюзии
- Расположение беременности (интерстициальная, ампулярная, перешеечная)
- Размер плодного яйца менее 3см
- Наличие смешанных осложнений

- Присутствие неконтролируемого кровотечения и нестабильность гемодинамики гарантирует выбор радикальной операции над консервативными методами

Allahyar Jazayeri, MD, PhD, Michel E Rivlin, MD

Предоперационная подготовка

- 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.
- **Начать операцию при первых признаках брюшного или маточного кровотечения!!!**

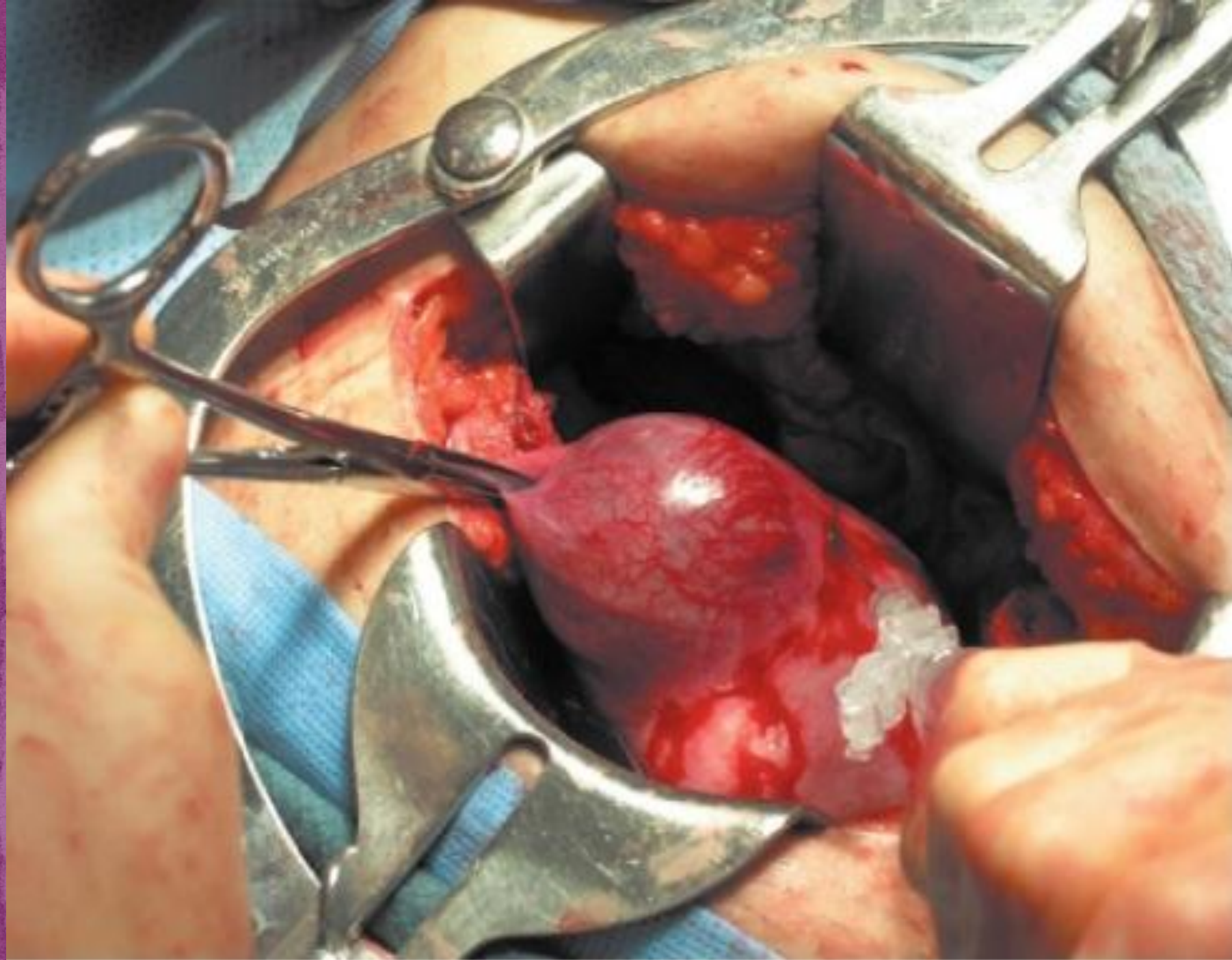
К. Мак-Интайр-Зельтман, Л. Эндрюс-Дитрих

Лапаротомия

Выполняют при:

- Тяжелом кровотоении без возможности остановки.
- Тяжелых гемодинамических нарушениях.
- Невозможности произвести лапароскопическую операцию из-за спаечного процесса, выраженном ожирении, наличия в брюшной полости значительного количества крови
- При локализации плодного яйца в области рудиментарного рога матки
- Если женщина не заинтересована в сохранении фертильности, выполняют сальпингэктомию или сальпингоовариэктомию.
- Экстирпацию матки проводят только в случае кровотечения при локализации плодного яйца в рудиментарном роге матке.
- Кроме того, такой доступ является предпочтительным для хирургов, не владеющих лапароскопией

● *К. Мак-Интайр-Зельтман, Л. Эндрюс-Дитрих*



Техника лапаротомии

Лапаротомические вмешательства на примере трубной беременности:

Эндотрахеальный наркоз.

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:

один зажим накладывают на трубу около угла матки, второй — на брыжейку трубы до угла матки;

маточную трубу отсекают;

- зажимы на маточном конце трубы и её брыжейке заменяют лигатурами. Перитонизацию проводят круглой маточной связкой;

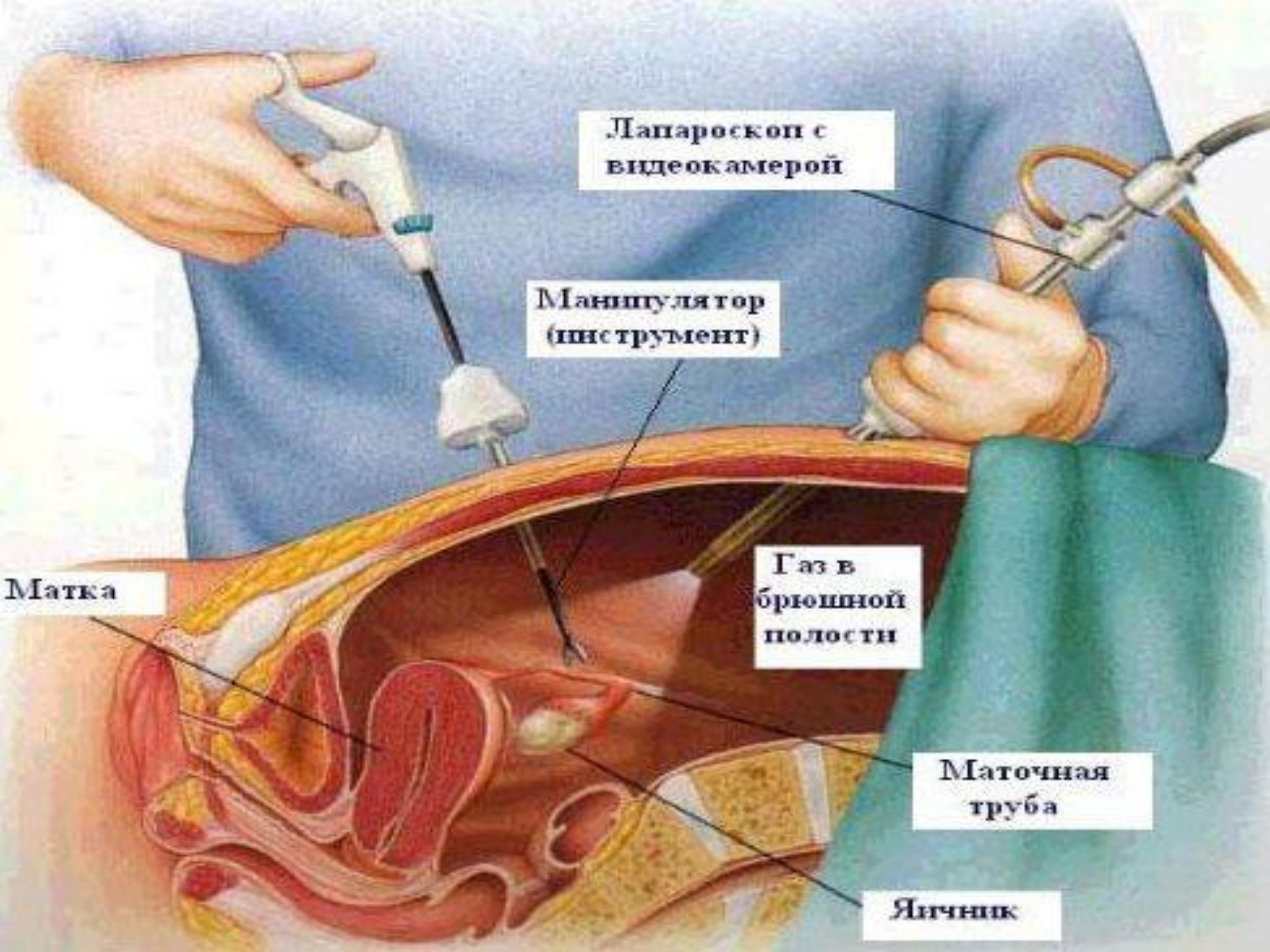
Если яичник на пораженной стороне не изменен, то его сохраняют. При локализации плодного яйца в интерстициальном отделе маточной трубы или рудиментарном роге матки может потребоваться экстирпация матки. Это единственное показание для экстирпации матки при хирургическом вмешательстве по поводу внематочной беременности.

- послойное ушивание операционной раны.



Лапароскопическая операция

- 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 плодного яйца высок риск кровотечения.
- При удовлетворительном состоянии больной, лапароскопический доступ можно использовать и при прервавшейся внематочной беременности.
- Локализация плодного яйца в рудиментарном роге матки –противопоказание к лапароскопии, так как высок риск кровотечения.
- *К. Мак-Интайр-Зельтман, Л. Эндрюс-Дитрих*



Лапароскоп с
видеокамерой

Манипулятор
(инструмент)

Газ в
брюшной
полости

Маточная
труба

Яичник

Матка

Техника операции

Эндотрахеальный наркоз.

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 брюшную полость и стенку маточной трубы вводят вазопрессин (5 ед в 20 мл физиологического раствора).
- Если кровотечение продолжается, производят лапаротомию.

Назначение сальпингоэктомии:

- 1. Разрыв маточной трубы.
- 2. Фертильность в будущем не находится в приоритете
- 3. Кровоизлияние продолжается после сальпинготомии
- 4. Просьба пациента о стерилизации
- 5. Ранее была проведена сальпинготомия
- 6. Частичная сальпингоэктомия возможна если беременность находится в средней части трубы
- 7. Сальпингэктомия является процедурой выбора у пациентов, больше не желающих иметь в будущем детей.

Техника сальпингоэктомии

- Вмешательство складывается из следующих этапов:
- 1. маточную трубу в области воронко-тазовой связки захватывают жёстким зажимом и приподнимают кверху, обнажая мезосальпинкс;
- 2. промывают операционное поле и аспирируют сгустки крови, окружающие маточную трубу;
- 3. выполняют коагуляцию мезосальпинкса;
- 4. ножницами или иглой-диссектором в режиме «резание» пересекают мезосальпинкс выше области коагуляции;
- 5. этапы 2 и 3 поочерёдно выполняют до полного удаления трубы;
- 6. производят дополнительный гемостаз кровоточащих сосудов в мезосальпинксе, особое внимание уделяют трубному углу матки, а также области воронко-тазовой связки;
- 7. удалённую маточную трубу извлекают через дополнительный троакар с внутренним диаметром 10 мм, при необходимости фрагмент предварительно измельчают морцеллятором;
- 8. проводят санацию брюшной полости, аспирацию сгустков крови, ирригируемой жидкости.

Искусственный трубный аборт

- Выдавливание плодного яйца через брюшное отверстие маточной трубы. Это достаточно простая манипуляция, которая, однако, сопровождается большим количеством осложнений . 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%.

К. Мак-Интайр-Зельтман, Л. Эндрюс-Дитрих

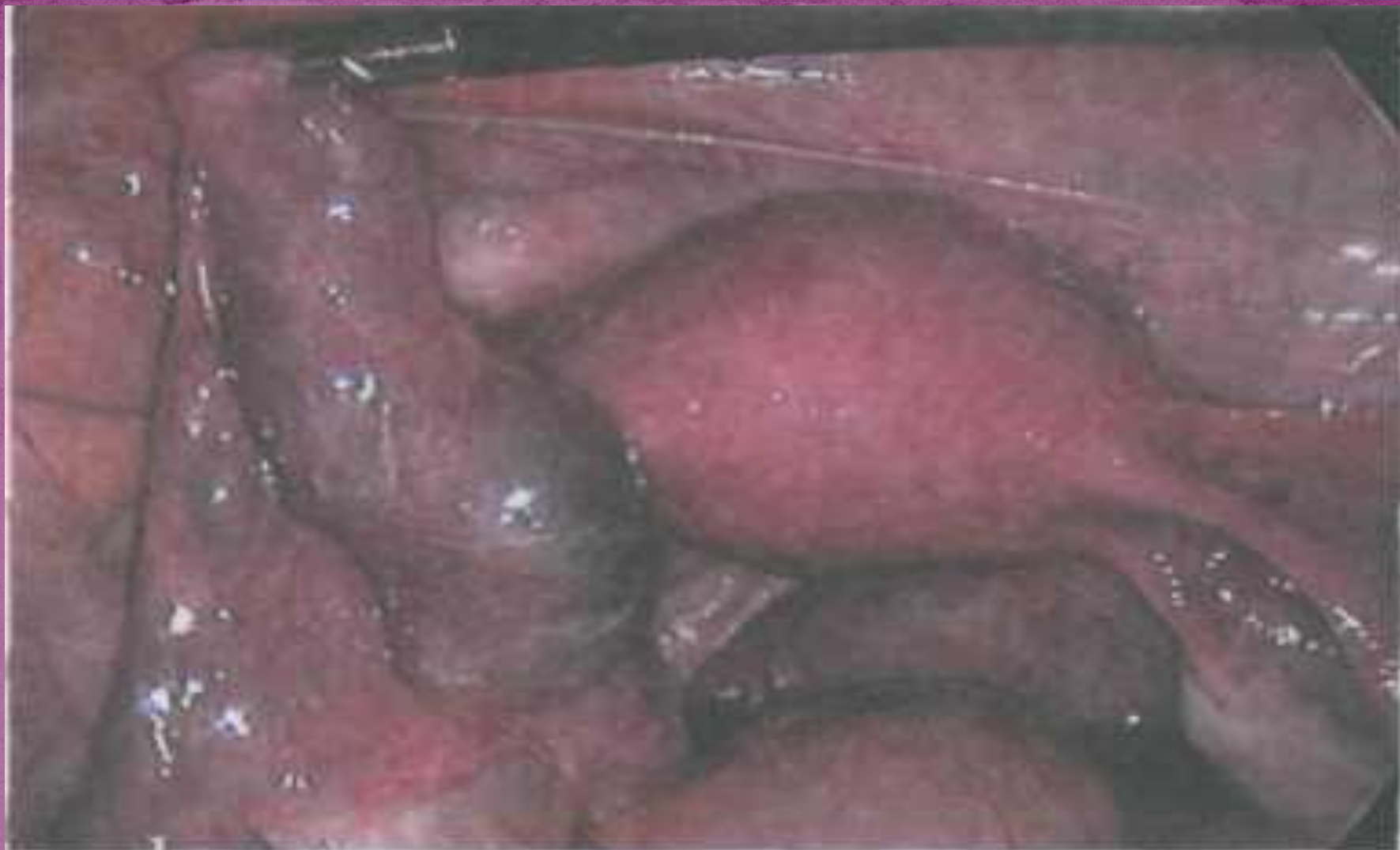
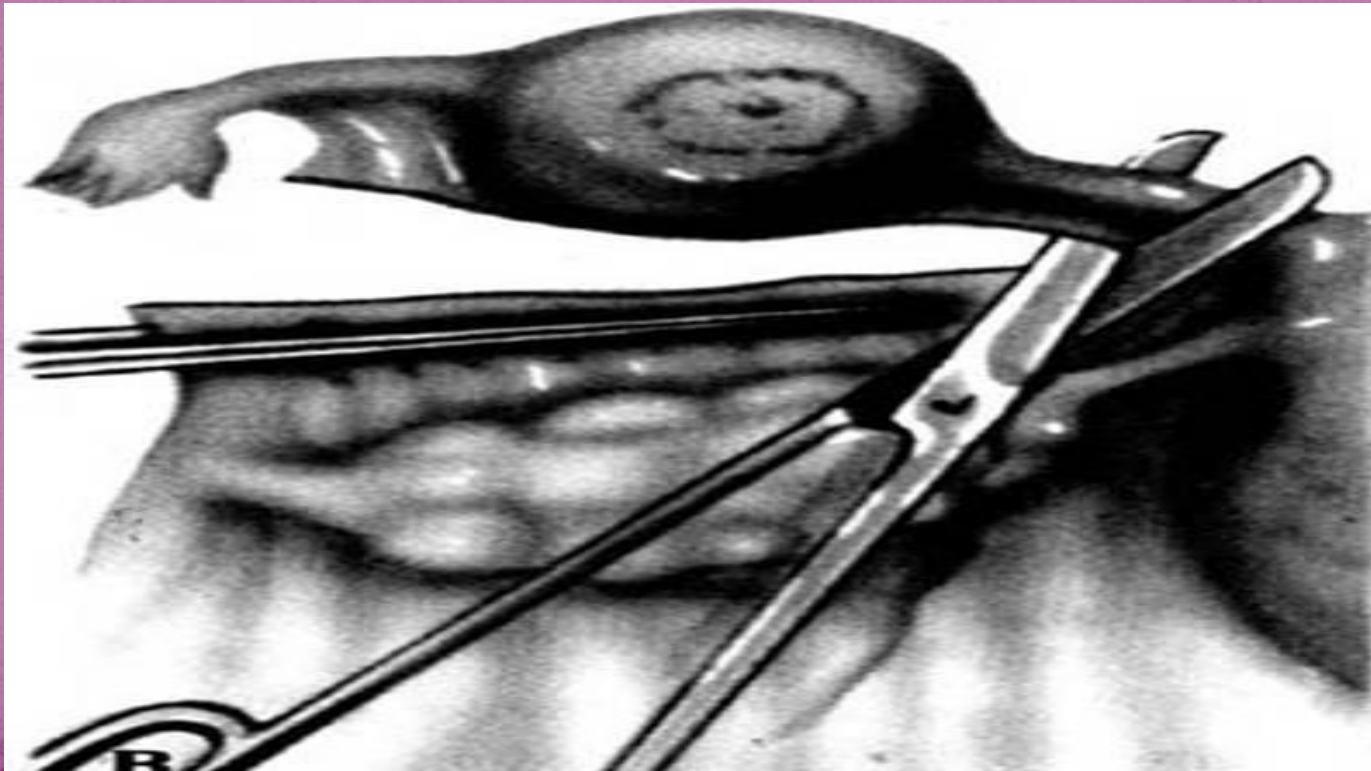


Рис. 16.6. Выдавливание плодного яйца при локализации в фимбриальном отделе «milking». Лапароскопия.

Сегментарная резекция маточной трубы

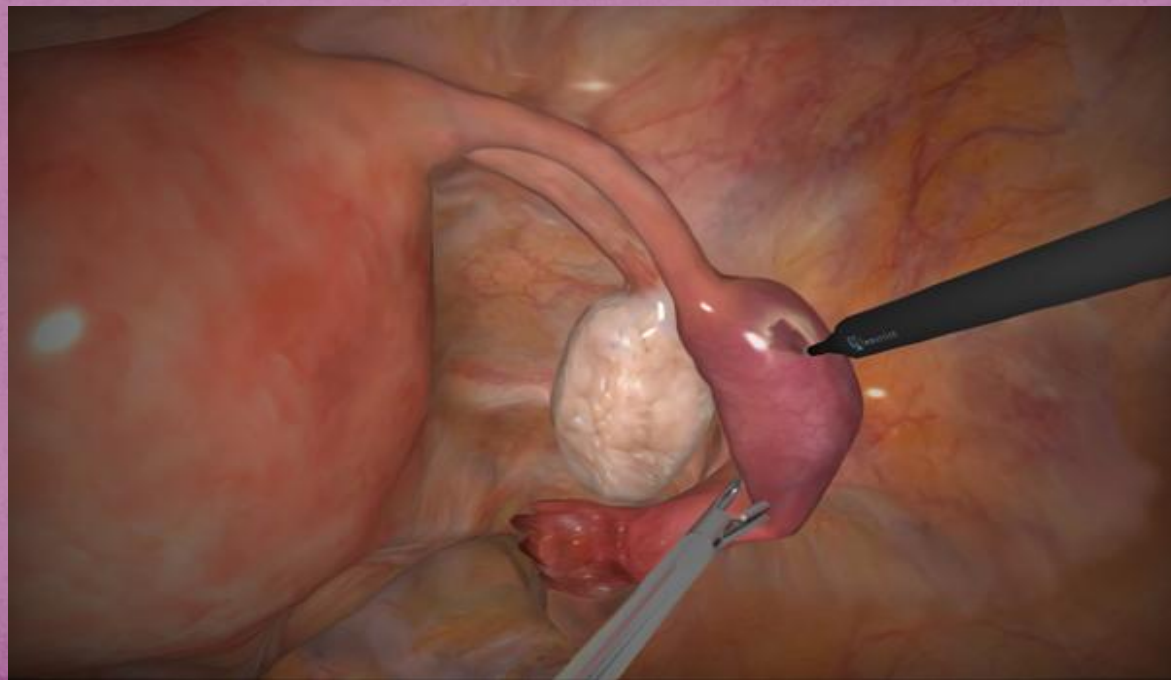
- Удаляют сегмент трубы, несущий плодное яйцо, после чего выполняют анастомоз двух концов трубы. При невозможности выполнения анастомоза сальпинг-сальпинг можно перевязать оба конца и наложить анастомоз позднее.



Продольная сальпинготомия

№ HOW! От Allahyar Jazayeri, MD, PhD, Michel E Rivlin, MD

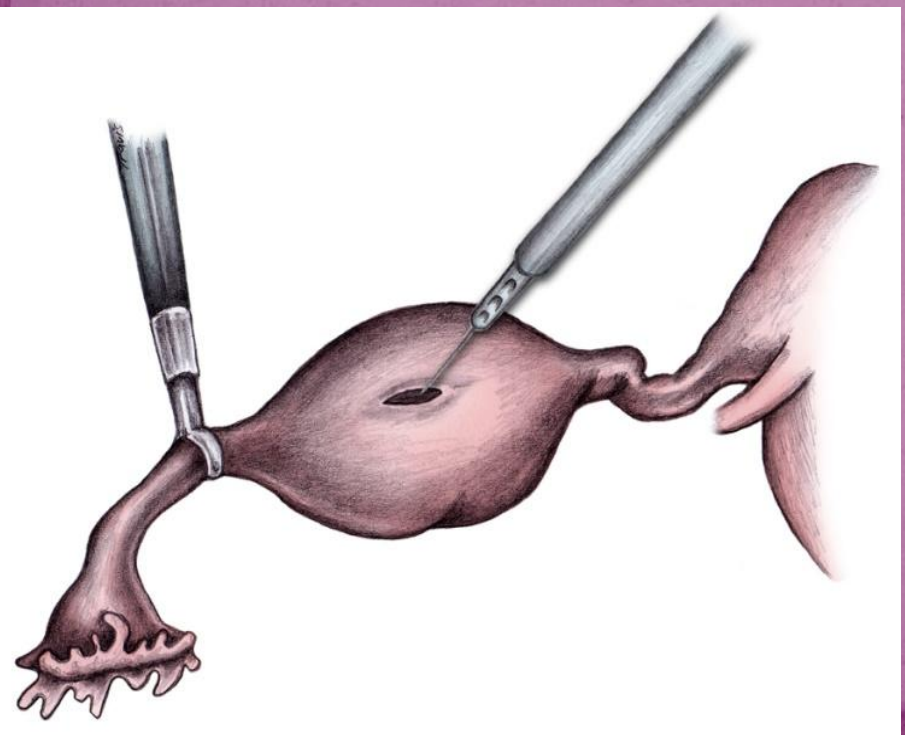
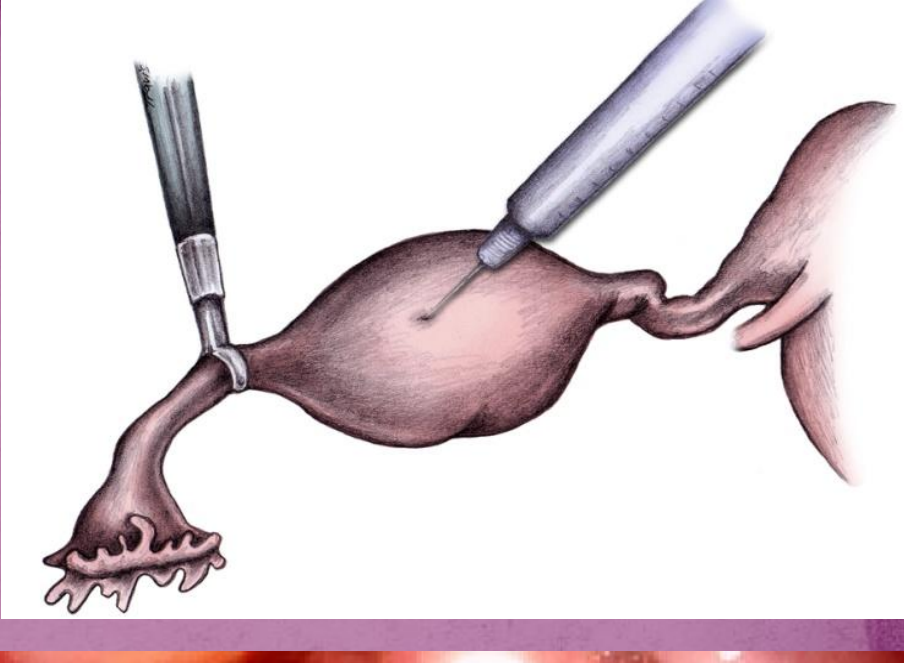
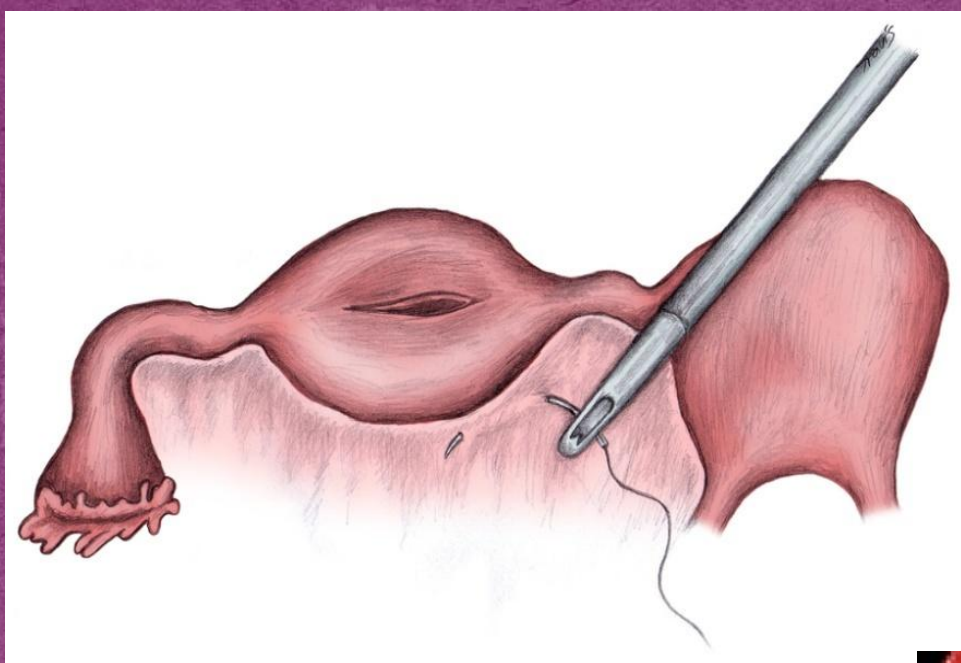
- Линейная сальпинготомия вдоль границы antimesenteric для удаления продуктов зачатия является процедурой выбора неразорвавшейся внематочной беременности в ампулярной части трубы .



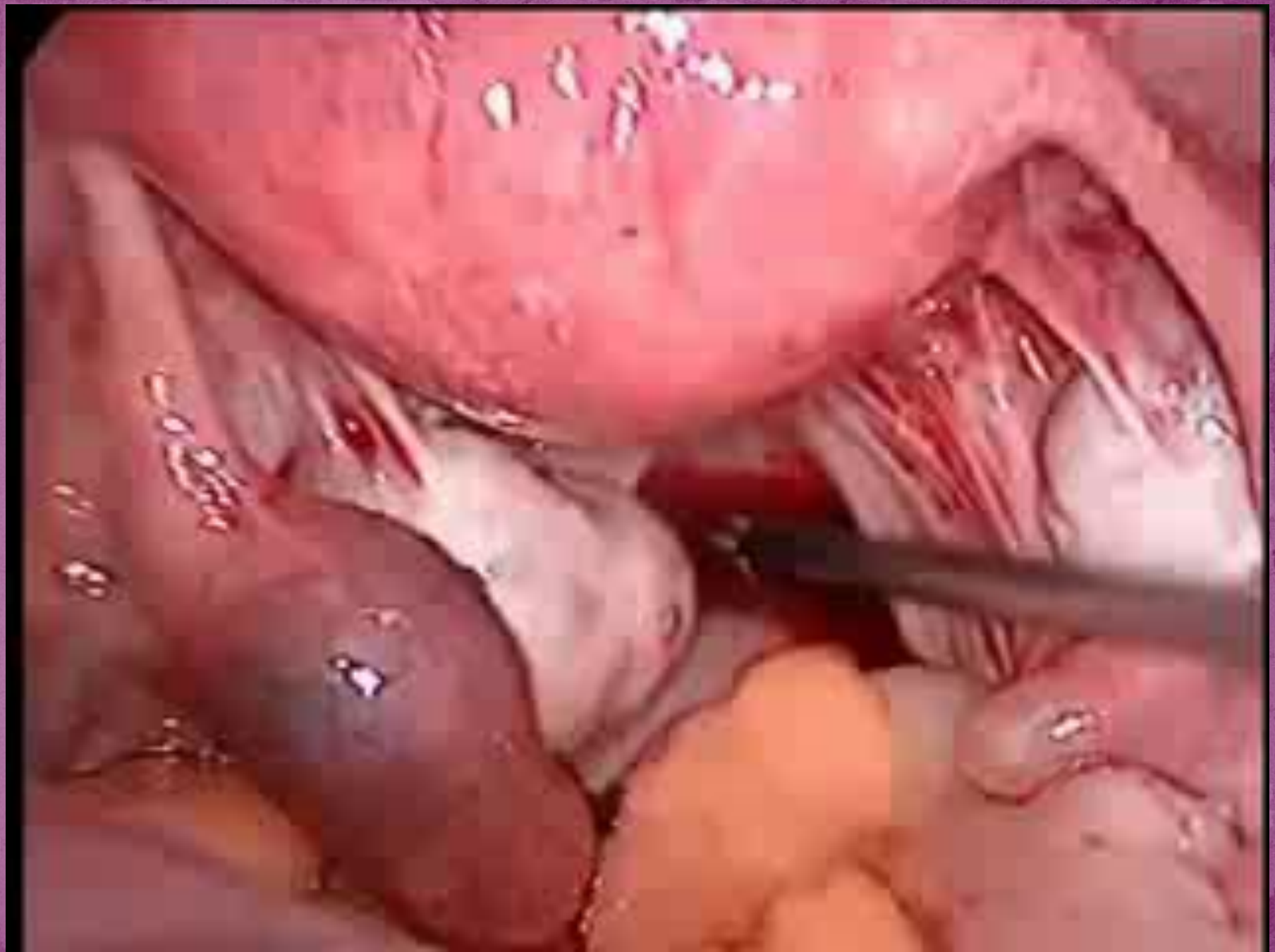
Техника линейной сальпинготомии

Техника линейной сальпинготомии:

- Чтобы свести к минимуму кровотечение, вводим разбавленный раствор, содержащего 20 ЕД вазопрессина в 20 мл изотонического раствора хлорида натрия в mesosalpinx чуть ниже внутриматочной беременности, убедившись, что игла не в кровеносном сосуде путем аспирации перед инъекцией. Внутрисосудистое введение вазопрессина может вызвать острую артериальную гипотензию.
- Далее, используя микроэлектрод, скальпель или лазер, чтобы выполнить линейный разрез длиной 1-2 см на antimesenteric стороне трубки.



После разреза и введения
вазопрессина плодное яйцо
может выскользнуть из трубки.





- Иногда плодное яйцо необходимо извлечь из трубки щипцами.
- Также можно воспользоваться аквадиссекцией, в которой используется давление струи.
- Вставить аквадиссектор или шприц, наполненный солевым раствором глубоко в разрез. Жидкостью из аквадиссектора вымываем сгустки плодного яйца. Если остаются кусочки трофобласта то необходимо ввести вазопрессин и вызвать гипоксию остатков трофобласта.
- Однако такой подход несет в себе высокий уровень кровотечения, стойко прикрепленные трофобластические ткани и рецидивирующая внематочная беременность (33%).
- Кровотечение может контролироваться путем давления тупыми щипцами на ткани в течение 5 минут. Артериально кровотечение останавливается биполярной коагуляцией. Диффузное венозное кровотечение можно остановить монополярной коагуляцией.
- Неконтролируемое кровотечение может потребовать применения шовной лигатуры и обеспечить сжатие течение 10 минут.
- Если кровь не останавливается то необходимо выполнить шов на mesosalpinx



- После продольной сальпинготомии маточная беременность наступает чаще, чем после удаления или резекции маточной трубы. Очевидно, это связано с тем, что сальпинготомию выполняют при развивающейся внематочной беременности малых сроков, когда выраженных анатомических изменений в маточной трубе нет. Повторная внематочная беременность после сальпинготомии наступает примерно в 20% случаев. В целом после внематочной беременности вероятность последующих беременностей составляет около 60%, но лишь половина из них заканчивается нормальными родами

Внематочная беременность в шейке матки

- Беременность с локализацией в шейке матки составляет менее 1% всех видов внематочной беременности.
- Несмотря на свою редкость шейечная форма внематочной беременности определяет самый высокий риск материнской смертности.
- Высокий уровень васкуляризации в шейке матки располагает имплантацию плодного яйца, а также резко повышает риск тяжелого кровотечения.
- Ранее выполнялась гистерэктомия при обнаружении плодного яйца в шейке матки, так как выскабливание шейки матки вызывало неостанавливаемое кровотечение и смерть в случае отсутствия экстренной операционной.
- Биопсию тканей шейки матки (для дифференцированной диагностики шейечной формы беременности и рака шейки матки) выполнять запрещено!

Friederike Hoellen, MD; Klaus Diedrich, MD; Christine Dittmer, MD; Katharina Kelling, MD; Michael K. Bohlmann, MD

Faculty and Disclosures

CME Released: 12/17/2010; Valid for credit through 12/17/2011

На данный момент имеется два вида решения проблемы шеечной формы беременности:

1. Предлагает проводить выжидательную тактику только если начальный уровень ХГЧ находится не выше 2000 мМЕ /мл и постепенно уменьшается. Выжидательная тактика была успешной у 28 больных (47,7 %), у 32 больных (53,3 %) , выжидательная тактика не удалась.

Авторы пришли к выводу , что выжидательная тактика должна быть предложена как вариант лечения только у тех женщин, которые отвечают критерию «хороший прогноз» .

В исследовании случай-контроль 67 пациентов с выжидательной тактикой получили успешное лечение.

Многофакторный анализ показал, что первоначальный титр ХГЧ и УЗИ плодной яйца были независимыми прогностическими факторами в успешной и в неудачной выжидательной тактике.

При использовании выжидательной тактики с титром ХГЧ ниже 1000 мМЕ /мл 88% пациентов получили успешное лечение.

- 2. Тампонада, уменьшение кровообращения шейки матки (ШМ), иссечение тканей трофобласта после системного и интраамниального введения метотрексата (МТХ) с хлористым калием получен эффект близкий к 100% , мало осложнений и побочных эффектов (по данным литературы).
- Локальное введение метотрексата 70мг контролируется трансвагинальным УЗИ либо с использованием Tuohy иглы.
- При введении доз метотрексата более 70мг не обнаружено корреляции с результатом лечения.
- При введении метотрексата системно по протоколу существует низкая (менее 150 мг) и высокая доза(1 мг / кг четыре раза в день или разовой дозе 300 мг/м²)
- Высокая доза вводится с фолиевой кислотой для предупреждения тяжелых побочных эффектов. Тем не менее зафиксировано 15% случаев тяжелых побочных эффектов среди всех случаев системного введения метотрексата (атрофия костного мозга, стоматит, анорексия, диспепсия, гепатотоксичность, фиброз легких, алопеция и фоточувствительность)

Хун и др. определили четыре фактора, которые способствуют неэффективному применению МТХ:

- уровень ХГЧ выше 10000 мМЕ / мл
- срок беременности более 9 недель
- появление сердцебиения у плода
- длина плода более 10мм
- В этом случае лечение МТХ сопровождается тяжелым кровотечением, о котором сообщалось в 6 из 52 случаев в течение 28 дней после лечения.

Согласно Томасу и др., альтернатива для лечения ШБ состоит из следующих принципов:

- Механическое прекращение кровотечения кюретажем
- Системного или местного применения метотрексата
- Гемостаз путем местного введения вазопрессина, тампонада ШМ
- Лигирование или эмболизация восходящих ветвей маточных артерий, путем установления катетера в маточную артерию
- Через установленный катетер выполняется ангиография для мониторинга удачного установления эмбола.
- Гемотрансфузия
- Тем не менее в тяжелых случаях придется выполнить гистерэктомию.
-
- Если срок шейной формы внематочной беременности превышает 2 триместр то необходимо выполнить гистерэктомию в связи с повышенным риском неостанавливаемого кровотечения!!!

Брюшная беременность

- Показана лапароскопия или лапаротомия, удаление плодного яйца. В 10-20% случаев брюшной беременности может быть живой плод, при этом половина из них имеют дефекты.
- В случае брюшной беременности значительного срока перед операцией с пациенткой обговаривают, хочет ли она сохранить плод или возможно прервать беременность во время операции.
- В некоторых случаях удаление плаценты очень затруднено, поскольку связано с высоким риском неконтролируемого кровотечения.

Яичниковая беременность

- Показаны лапароскопия, резекция яичника в пределах здоровых тканей (если нет геморрагического шока).
- При невозможности выполнения лапароскопии или при значительной тяжести состояния пациентки выполняют лапаротомию, резекцию яичника.
- Овариэктомия требуется редко.

Сальпингоовариоэктомия.

- В прошлом при наличии неизменённых придатков матки с противоположной стороны применялся именно этот вид оперативного вмешательства, однако в настоящее время удаление нормального яичника считается неоправданным. Это связано с тем, что в настоящее время появилась возможность для экстракорпорального оплодотворения, для чего необходимо максимальное восстановление генеративного потенциала
- (W.W.Beck).

Послеоперационное ведение

- Антибактериальная инфузионная и противоанемическая терапия (при необходимости).
- Интенсивная гемостатическая и инфузионная терапия.
- Одновременно проводят симптоматическую коррекцию сопутствующих состояний.
- В послеоперационный период следует обратить особое внимание на обязательное исследование динамики содержания Р-ХГЧ в сыворотке крови каждые 2 дня, начиная со вторых суток после лапароскопии. При адекватном хирургическом лечении содержание Р-ХГЧ в крови через 2 дня должно быть менее 50% от величины показателя до операции.
- Если адекватного снижения содержания /в-ХГЧ на вторые сутки после операции не произошло, рекомендуется назначение 40-50 мг метотрексата внутримышечно. Если через 2 дня после инъекции концентрация в-ХГЧ в крови превышает 25% первоначального уровня, необходимо повторное назначение препарата в той же дозе.
- В послеоперационный период показано также проведение УЗИ с доплерометрией в динамике.

Медикаментозная терапия

- В 1980-х и 1990-х годах в США была реализована медикаментозная терапия внематочной беременности, она в настоящее время заменила хирургическое лечение во многих случаях. Таким образом, менее чем за 3 десятилетия, лечение внематочной беременности превратилось из экстренной хирургической операции в консервативное лечение.



- G.H. Lipscomb с коллегами из University of Tennessee Health Science Center (Мемфис) в 2007 году представили результаты изучения возможности использования метотрексата как альтернативы хирургическому лечению при внематочной беременности.
- Метотрексат представляет собой структурный аналог фолиевой кислоты и как ее антагонист влияет через синтез и репарацию ДНК на клеточную репликацию. Наиболее чувствительными к метотрексату являются активно пролиферирующие клетки: опухолевые, фетальные, клетки костного мозга, клетки слизистой оболочки рта, кишечника, мочевого пузыря.
- Метотрексат вводился одной дозой в среднем 75-100 мг (из расчета 50мг/м² или 1 мг/кг фактической массы тела) внутримышечно с повторным введением только при снижении ХГЧ менее, чем на 15% (до 3 инъекций). Повторное исследование уровня ХГЧ проводилось на четвертые и седьмые сутки.
- Уровень успешности лечения при однократном введении метотрексата (492 пациенток из 546 - 90%) практически не отличался от такового при его многократном введении (92 из 97 пациенток - 95%).

Консервативное лечение с использованием метотрексата (МТХ)

- **Показания:**
- содержание Р-ХГЧ менее 5000 МЕ/л;
- стабильная гемодинамика;
 - физиологические показатели гемограммы, функция печени и почек не изменена;
 - размер плодного яйца не более 3,5 см;
 - отсутствие сердцебиения у эмбриона.
- **Абсолютные противопоказания:**
- кормление грудью; иммунодефицит;
 - алкоголизм, токсическое поражение или другие хронические заболевания печени;
 - заболевания крови (гипоплазия костного мозга, лейкопения, тромбоцитопения или анемия);
 - повышенная чувствительность к метотрексату;
 - лёгочные заболевания в активной фазе или стадии обострения;
 - пептические язвенные заболевания;
 - печёночная, почечная или гематологическая дисфункция.
 - Относительные противопоказания:
 - размеры гестационного мешка более 3,5 см;
 - регистрация сердцебиения эмбриона.

лечения

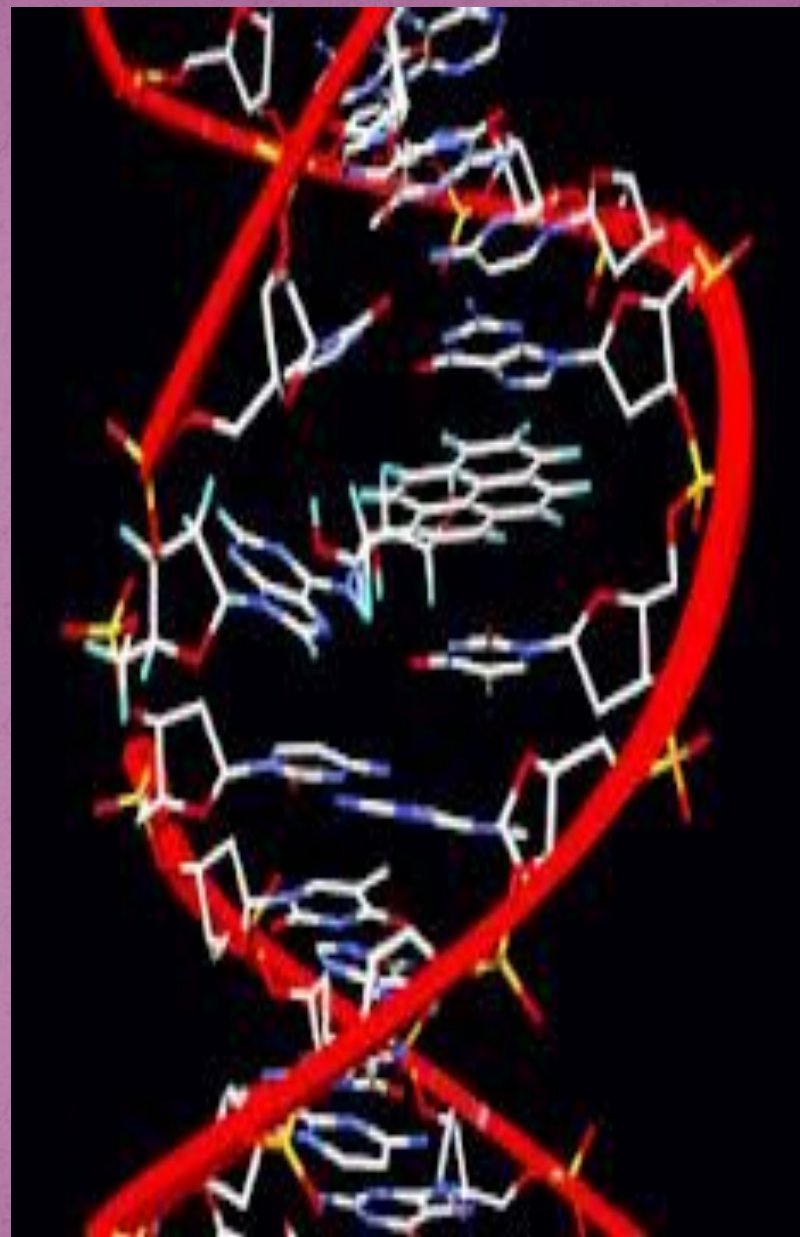
- Определение концентрации Р-ХГЧ в крови на 4-е и 7-е сутки после введения метотрексата. В течение первых 4 сут данный показатель может расти.
- Сравнение показателей, полученных на 4-е и 7-е сутки. При снижении содержания Р-ХГЧ более чем на 15% следует продолжать еженедельно контролировать концентрацию вещества до его полного исчезновения из крови.
- Если же положительного эффекта от введения метотрексата нет (не наблюдается адекватного снижения концентрации Р-ХГЧ), показано либо хирургическое лечение, либо введение повторной дозы препарата.
- Дополнительное введение метотрексата выполняют в том случае, если содержание Р-ХГЧ стабильно и не снижается, либо повышается через 7 дней.

- Хирургическое лечение показано пациенткам, резистентным к проводимой терапии, а также при разрыве маточной трубы.
- Пациентки, у которых содержание Р-ХГЧ не превышает 5000 МЕ/л, а размеры плодного яйца — не более 3,5 см и сердцебиение эмбриона не определяется, имеют одинаковые показания как для хирургического, так и для консервативного лечения.

- Критерии токсичности терапии и показания к прекращению лечения:

- повышение активности печёночных ферментов или креатинина;
- признаки супрессии костного мозга;
- дерматит, стоматит, гастрит или плеврит.

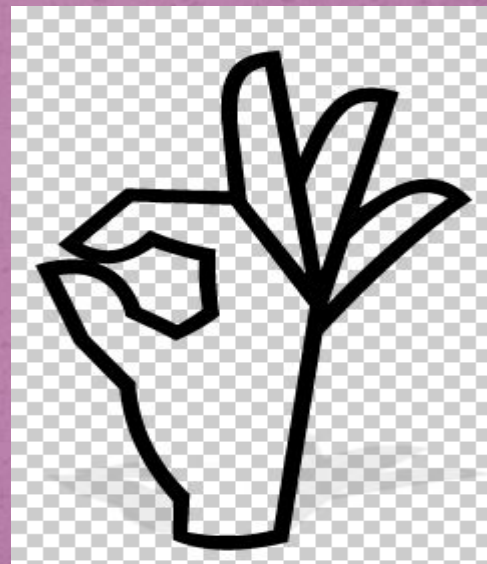
● Метотрексат — высокотоксичный препарат, его применение связано с большим количеством побочных эффектов. Возможно, средство обладает также мутагенными и тератогенными эффектами. До настоящего времени не разработаны корректные показания и противопоказания к его применению, не определены чёткие схемы использования и эффективные дозы, назначаемые при внематочной беременности.



- Таким образом, использование метотрексата при лечении внематочной беременности возможно только при достаточном опыте врача, взявшегося за консервативное лечение внематочной беременности.



- С августа 2003 года по октябрь 2006 года , 93 (84,5%) больных с внематочной беременностью успешно вылечили внутримышечным введением метотрексата. 16 пациентам потребовалась операция. Незначительные побочные эффекты препарата: мукозит (19,1%) и боли в животе (28,2%).
- **ВЫВОД:** метотрексат для лечения внематочной беременности является безопасным.



Thia EW; Loi K; Wang JJ; Siow A

Department of Obstetrics and Gynaecology, KK Women's and Children's Hospital, Singapore

Метотрексат (3 дозы)+ введение КСИ в сердце плода

- Метотрексат (3 дозы)+ введение КСИ в сердце плода под контролем УЗИ (сердечная асистолия)= потенциально может улучшить исход внематочной беременности с очень высоким уровнем в сыворотке бета- ХГЧ
- Связанных с лечением осложнений выявлено не было.
- (89200 мМЕ / мл) Женщина 27 лет. 1 беременность. 0 родов

Патент нового изобретения лечения внематочной беременности. 2002 год

Авторы: Серов В.Н., Кулинич С.И., Коган А.С.

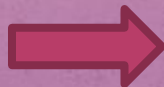
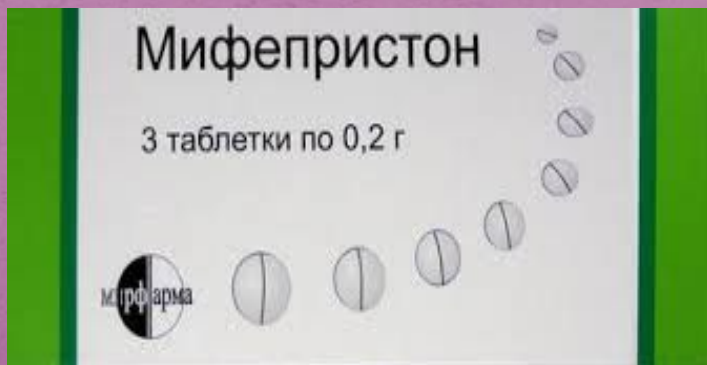
- Изобрели метод, при котором уточняют место расположения и размеры плодного яйца, под контролем лапароскопа проводят его механическое разрушение, в область плодного яйца через эндоскопическую иглу вводят 1-5 мл (1,0мл на 10мм плодного яйца) раствора имозимазы с протеолитической активностью 60ПЕ/мл.
- Под контролем тубоскопа в маточную трубу со стороны фимбриального отдела вводят микроирригатор с последующим его выведением на переднюю брюшную стенку, а после эвакуации в течение 20-24 часов из маточной трубы лизированной фетальной ткани проводят санацию маточной трубы с последующей хромогидротубацией и удалением микроирригатора.
- Введение раствора имозимазы позволяет сократить сроки лечения с 5-10 дней до 1 суток за счет действия имозимазы, основанного на интенсификации процессов некролиза, за счет лизиса девитализированных тканей.



- Предлагаемый способ лечения проведен 30 больным с трубной беременностью. По сравнению с прототипами он позволяет:
- Значительно (в 5 и более раз) сократить длительность лечения
- Сократить время пребывания больных в стационаре
- Избежать побочных лекарственных влияний, свойственных метотрексату
- Удешевить проводимое лечение (1,0 имозимазы в 5 раз дешевле 1,0 метотрексата)
- Упростить процесс лечения без снижения эффективности
- Проводить указанное лечение в любом хирургическом отделении, снабженным стандартным отечественным лапароскопом.

Мифепристон

- Мифепристон - снижает кровообращение в плодном яйце, в результате чего происходит его отслойка и очень часто это позволяет ограничиться проведением лапароскопического милкинга, сохранив тем самым целостность маточной трубы.
- На данную методику впервые в мире получен патент в 2007 году (академик В.И. Кулаков, проф Н. И. Волков, к.м.н. Д.В. Жердев).



Гефитиниб + Метотрексат

- Гефитиниб + Метотрексат = на 83% эффективнее использования только одного метотрексата для лечения внематочной беременности.
- N=12
- Так как плацента в значительной мере опирается на эпидермальный фактор роста (ЭФР) для успешного исхода беременности , будет разумно использовать гефитинибонизкомолекулярные ингибиторы тирозинкиназы , которые блокируют рецептор ЭФР для прерывания внематочной беременности.
- Побочно: угревая сыпь (45%), диарея (50%)
-
- Will Boggs, MD, 9 сентября 2013, New York

Mignini L. 2013, 35 исследований

- Вмешательства при трубной внематочной беременности.
- Лапароскопическая операция и системное назначение метотрексата являются двумя наиболее эффективными методами лечения неосложненной трубной беременности. Системное назначение метотрексата является лучшим выбором для лечения самых ранних стадий эктопической беременности по причине простоты в применении и низкой стоимости.
- Системное назначение метотрексата может быть рекомендовано только женщинам со стабильной гемодинамикой и с ненарушенной трубной эктопической беременностью, без признаков интенсивного кровотечения, с изначально низкой концентрацией хорионического гонадотропина человека (ХГЧ) в сыворотке крови.
- Несмотря на то, что большинство пациенток предпочитают системное назначение метотрексата из-за неинвазивности этого метода, применение метотрексата оказывает больше негативного влияния на качество жизни и состояние здоровья, чем лапароскопическая операция.

Радзинский В.

Комплекс послеоперационных лечебно-профилактических мероприятий, направленных на восстановление репродуктивного здоровья после внематочной беременности:

- 1. монофазные низкодозированные ОК
- 2. лечение хронических воспалительных заболеваний матки и придатков
- 3. иммунокоррекция
- 4. физиотерапия
- 5. коррекция микробиоценоза гениталий

Так же необходимо

- Антианемическая терапия
- Восстановление двухфазного менструального цикла (гормональная терапия), восстановление нарушений в системе гипоталамус-гипофиз-яичники
- Специальные процедуры, которые предупреждают формирование рубцов и спаек в местах наложения швов
- Наблюдение и консультирование в ЖК в течение года после внематочной беременности
- Посещение психолога
- После прохождения полного курса реабилитации женщине желательно походить на процедуры с лечебными грязями или озокеритом. А лучше всего по возможности съездить в специализированный санаторий.
- Консультация по вопросам ЭКО

Последствия внематочной беременности

- Женщины, у которых первая беременность оказалась внематочной имеют на 45 % больший риск внематочной беременности и выше риск бесплодия в последующие годы по сравнению с женщинами, чья первая беременность привела к родам, выкидышам , абортам.



Larry Hand, PhD, 18 октября 2012 года, гинекологическая клиника в Rigshospitalet, Копенгаген, Дания.

- Риск бесплодия после тубэктомии в 70–80% случаев.
- Спаечный процесс и повторная трубная беременность от 4 до 12,6% (Т.Д. Гуриев, И.С. Сидорова, 2007).
- Эта патология остается одним из грозных осложнений метода экстракорпорального оплодотворение (ЭКО), вероятность которой составляет 5,8-10,6% (Кулакова Б. И., Леонова Б.Б. 2000).



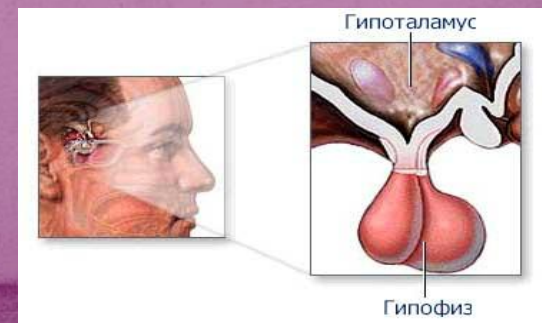
- У женщин с низкой активностью внематочной беременности (n= 210) рецидивы после лечения консервативно и операционно почти не отличаются (71% против 67 %).
- У женщин с высокой активностью внематочной беременности (n = 230) рецидивы после лечения консервативно и операционно: 70% против 64%.



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-субъединиц ХГ в сыворотке составляет менее 20% уровня перед операцией. Если уровень бета-субъединиц ХГ растет, необходима повторная операция или лечение метотрексатом

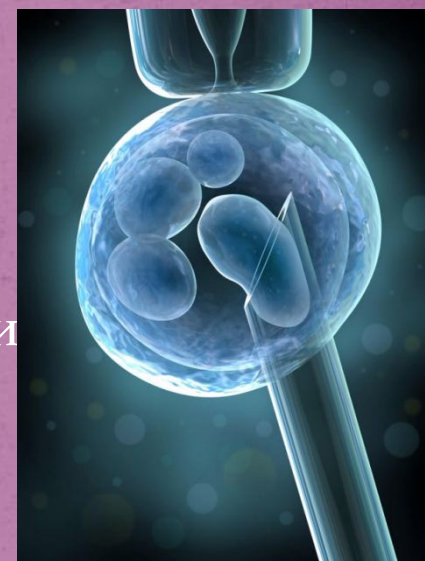
- В течение месяца после органосохраняющих операций на маточных трубах сохраняется отек и воспаление. В связи с этим женщине советуют предохраняться от беременности. Если планируется повторная операция, например для формирования анастомоза, контрацепцию продолжают до операции, поскольку высок риск имплантации 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-Rh_e(D)-иммуноглобулин

- Установлена корреляционная зависимость между изменениями аденогипофиза и надпочечников с объемом кровопотери и функционированием основных звеньев регуляции репродуктивной системы у пациенток, «едва не погибших» от массивных кровотечений при внематочной беременности.
- В комплексе реабилитационных мероприятий у больных после внематочной беременности, сопровождавшейся массивной кровопотерей, необходима диагностика и своевременная коррекция синдрома гипопитуитаризма (снижение/выпадение функций передней доли гипофиза), которая должна осуществляться совместно с эндокринологом.
- В группу риска по развитию синдрома гипопитуитаризма относят пациенток, «едва не погибших» от массивных кровотечений при внематочной беременности («near miss») (ВОЗ).
- Пациенткам с минимальным объемом кровопотери при внематочной беременности необходимо назначение патогенетически обоснованной антибактериальной терапии с определением чувствительности этиологически значимых возбудителей с последующим восстановлением эубиоза генитального тракта в комплексе с рациональной контрацепцией (J.P. Sou-za, 2009; 2010).



ЭКО после внематочной беременности

- При невозможности зачатия ребёнка естественным путём возможно ЭКО
- 5 сентября 2013 год, Will Boggs, MD, и Bruce Shapir. Медицинский университет, Невада, Лас-Вегас.:
- Частота внематочной беременности при заморожено-размороженном переносе эмбриона ниже на 99%, чем при имплантации свежей яйцеклетки.
- Последние исследования ЭКО сообщили об улучшении качества имплантации, оптимальный вес при рождении и ниже частота перинатальной заболеваемости.
- Эти благоприятные эффекты могут быть связаны с отсутствием стимуляции яичников .
- Аналогичные результаты сообщила группа японских исследователей 25 марта 2011 года.



● Литература

- 1. Barnes A. B., Wennberg C. N., Barnes B. A. Ectopic pregnancy: Incidence and review of determinant factors. *Obstet. Gynecol. Surv.* 38:345, 2012.
- 2. U. S. Dept. of Health and Human Services. Ectopic pregnancy: United States, 2011. *M.M.W.R.* 38:1, 2011.
- 3. Dorfman S. F. et al. Ectopic pregnancy mortality in the United States, : Clinical aspects. *Obstet. Gynecol.* 64:386, 2012.
- 4. Westrom L., Bengtsson L. P., Mardh P. A. Incidence, trends and risks of ectopic pregnancy in a population of women. *B.M.J.* 282:15, 2013.
- 5. Weckstein L. N. Current perspective on ectopic pregnancy. *Obstet. Gynecol. Surv.* 40:259, 2009.
- 6. McCausland A. High rate of ectopic pregnancy following laparoscopic tubal coagulation failures. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 136:97, 2010.
- 7. DeCherney A. H., Maheaux R., Naftolin F. Salpingostomy for ectopic pregnancy in the sole patent oviduct: Reproductive outcome. *Fertil. Steril.* 37:619, 2011.
- 8. Stovall T. G., Ling F., Cope B. et al. Preventing ruptured ectopic pregnancy with a single serum progesterone. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 160:1425, 2011.