

Красноярский государственный медицинский
Университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

КАФЕДРА ПЕРИНАТОЛОГИИ, АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ ЛЕЧЕБНОГО ФАКУЛЬТЕТА

ВНЕМАТОЧНАЯ БЕРМЕННОСТЬ

МКБ-10 O 00

ВЫПОЛНИЛА: СТУДЕНТКА ГРУППЫ №401 ЛЕЧ, АНАСТАСИЯ СЫСОЕВА

ПРОВЕРИЛА: ВРАЧ АКУШЕР-ГИНЕКОЛОГ, МИКАИЛЛЫ ГЮЛЬНАР ТЕЛЬМАН КЫЗЫ

КРАСНОЯРСК, 2020

ВНЕМАТОЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ (ВБ), ЭКТОПИЧЕСКАЯ – имплантация плодного яйца вне полости матки.

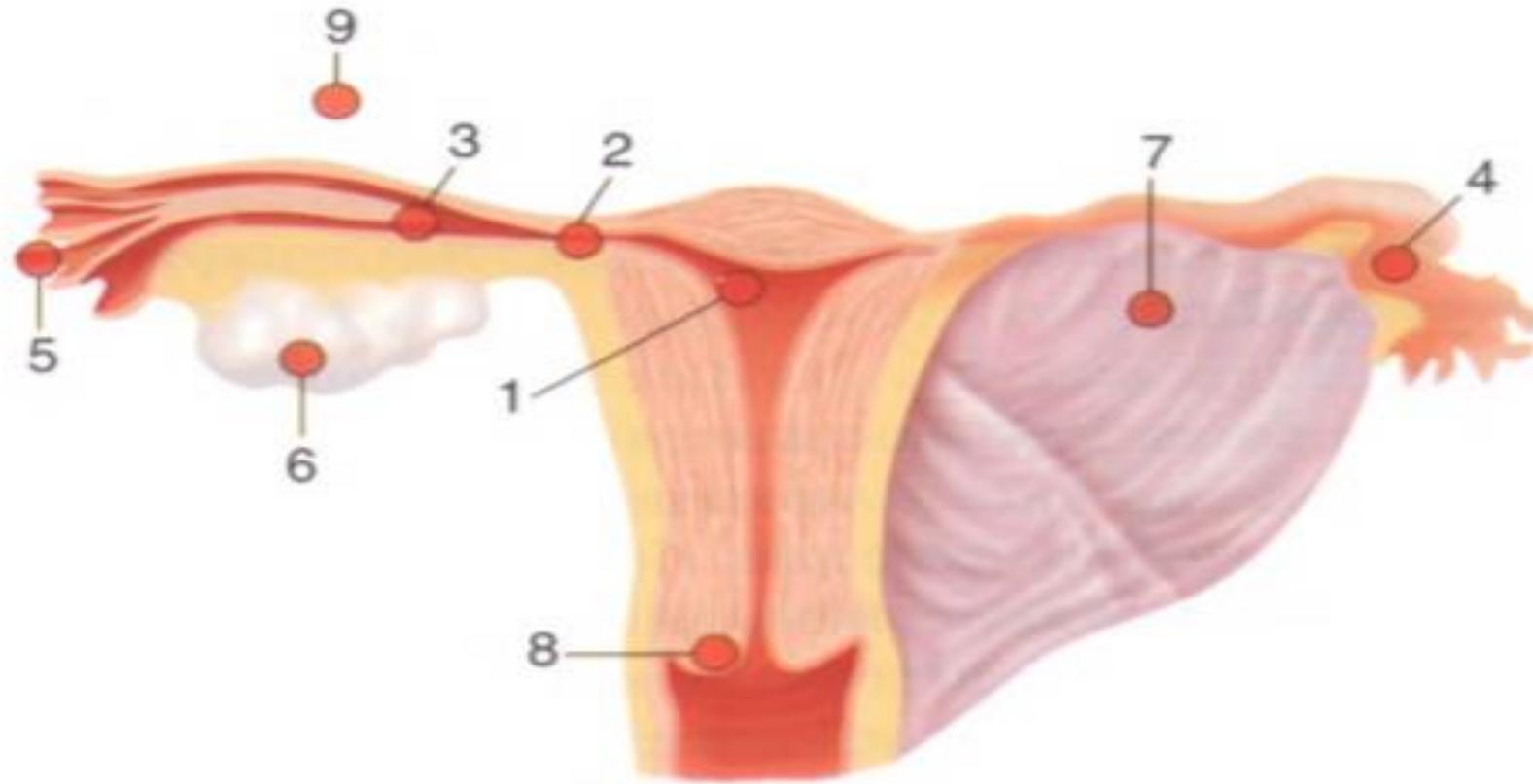


Схема возможной локализации внематочной беременности: 1 — нормальное развитие беременности в полости матки; 2 — в интерстициальной части трубы; 3 — в истмической части трубы; 4 — в ампулярной части трубы; 5 — на фимбриях трубы; 6 — на яичнике; 7 — между связками матки; 8 — в шейке матки; 9 — на брюшине

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ВБ

Рост частоты ВБ регистрируется среди женщин старше 35 лет



В РФ патология занимает 5-6 место в ряду причин материнской смертности и составляет 4-5%

В индустриальных странах частота ВБ 1,2-1,7% к общему числу беременностей

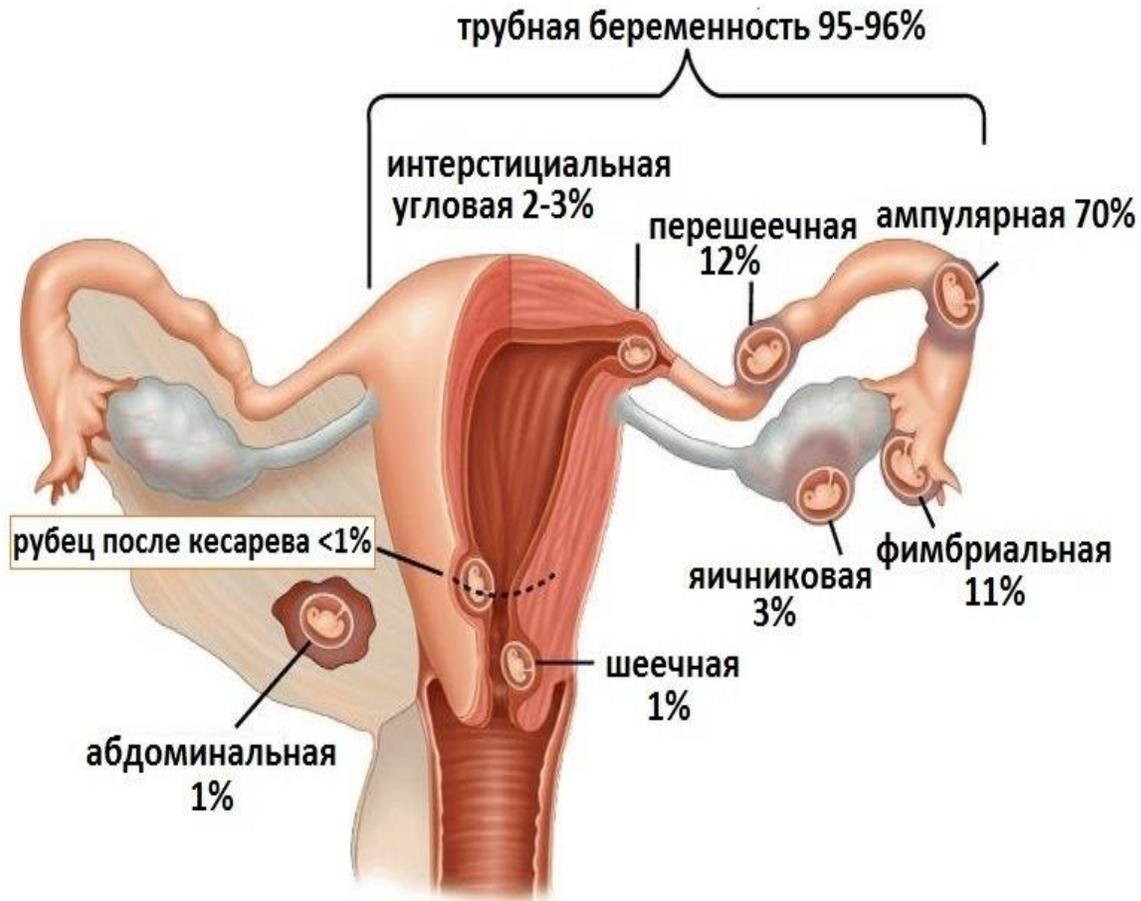
В РФ ВБ встречается 1,13 случая на 100 беременностей или 3,6 случая на 100 родившихся живых детей.

После перенесённой ВБ:

у 60-80% больных – бесплодие

у 20-30% пациенток – повторная ВБ

Анатомическая классификация и частота вариантов ВБ



ТРУБНАЯ – интерстициальная, истмическая, ампулярная, фимтриальная – 98-99%

ЯИЧНИКОВАЯ – 0,1-0,7%

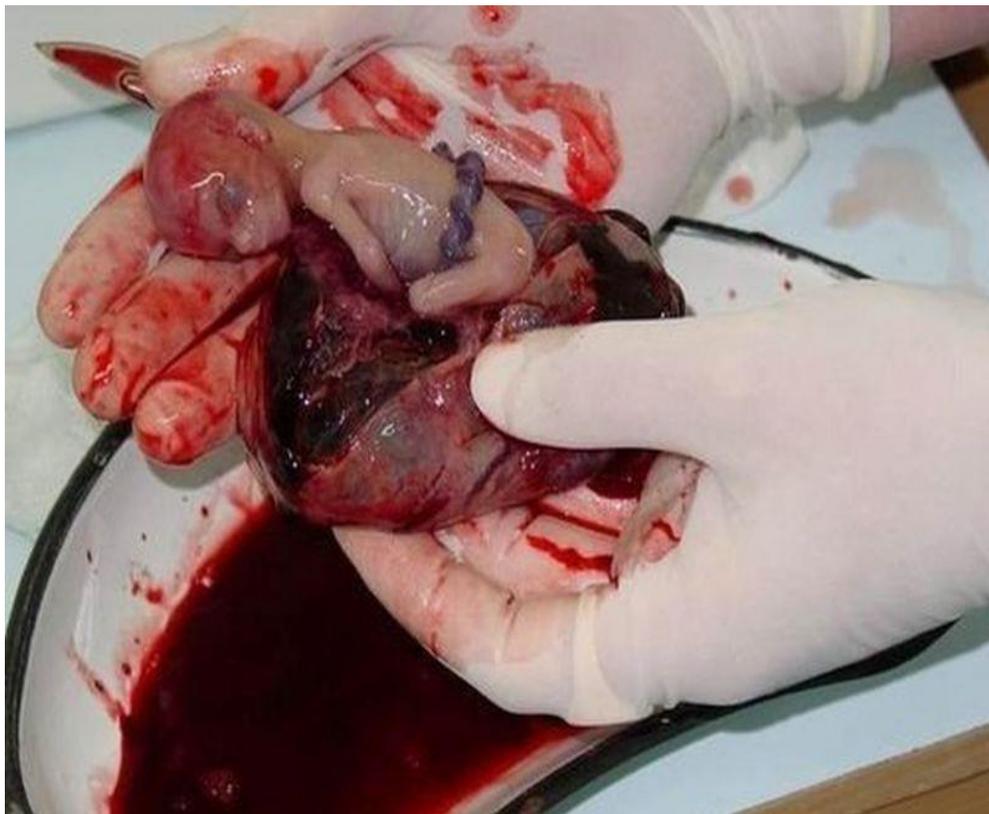
ШЕЕЧНАЯ 1 на 9000-12000 беременностей – 0,1-0,4%

БРЮШНАЯ 1 на 10000-25000 живорожденных – 0,3-0,4%

ГЕТЕРОТОПИЧЕСКАЯ – сочетание маточной локализации одного плодного яйца и внематочной локализации другого – 1 на 30000 беременностей

НА РУБЦЕ (после кесарева сечения) – не определена статистика в настоящее время

ЭТИОЛОГИЯ ВБ



АБОРТЫ, СПАЕЧНЫЕ ПРОЦЕССЫ, ПОЛОВОЙ ИНФАНТИЛИЗМ

ВЗОМТ 42-80%

ЭНДОМЕТРИОЗ

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ВМК

ОПУХОЛИ МАТКИ И ПРИДАТКОВ

НЕЙРОЭНДОКРИННЫЕ НАРУШЕНИЯ

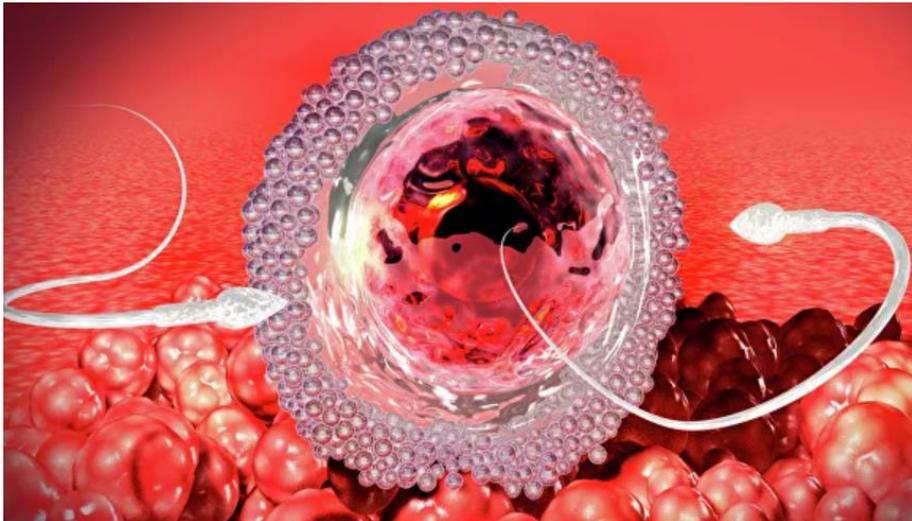
ЭКО – 2%

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ НАПРЯЖЕНИЕ

ПАТОГЕНЕЗ ВН

Одна из причин эктопической имплантации плодного яйца – НАРУШЕНИЕ ПЕРЕМЕЩЕНИЯ ОПЛОДОТВОРЕННОЙ ЯЙЦЕКЛЕТКИ

В норме яйцеклетка оплодотворяется в ампулярном отделе маточной трубы и далее продвигается в полость матки, где имплантируется.



ТРАНСПОРТНАЯ ФУНКЦИЯ МАТОЧНОЙ ТРУБЫ обусловлена перистальтикой и движением ресничек мерцательных клеток цилиндрического эпителия слизистой оболочки.

Эта функция зависит от многих факторов:

- гормональной функции яичников
- введённых экзогенных гормонов
- полноценности всех слоёв маточной трубы
- состояния кровообращения
- иннервации внутренних половых органов

КЛИНИКА

«Острый живот». Боль внизу живота, нарушение менструального цикла. После задержки менструации – мажущие кровянистые выделения.

Клиническая картина определяется течением

Клиническое течение	Симптоматика
По типу разрыва плодоемкестилнища	<ul style="list-style-type: none">• Резкое начало• Боли в животе – выражены• Симптомы раздражения брюшины – резко положительны• Нависание сводов влагалища – выражено• Резкая болезненность при смещении шейки матки• Клиника геморрагического шока
По типу аборта	<ul style="list-style-type: none">• Боли в животе слабо выражены/отсутствуют• Симптомы раздражения брюшины слабо положительны/отсутствуют
ВБ шеечной локализации	<ul style="list-style-type: none">• Отсутствие кровяных выделений из половых путей• Скудные кровяные выделения из половых путей• Обильные кровяные выделения из половых путей (профузное кровотечение, клиника геморрагического шока)• Болевой синдром отсутствует во всех случаях
Случаи беременности неизвестной локализации	<ul style="list-style-type: none">• Уровень β-ХГЧ 1000-1500 МЕ/л при отсутствии визуализации плодного яйца трансвагинальным датчиком

СИМПТОМЫ

Ведущий симптом – боли в нижних отделах живота!

**Боли иррадиируют в задний проход, лопатку, ключицу.
Аменорея 6-8 нед.**

- наличие субъективных признаков беременности
- цианоз или бледность экзоцервикса
- матка грушевидной формы размягчена
- величина матки меньше предполагаемого срока беременности
- односторонний аднекстумор
- боли при смещение шейки матки
- мажущие кровянистые выделения
- общие нарушения (ухудшение общего состояния, тошнота, жидкий стул, метеоризм)



ДИАГНОСТИКА



УЗИ трубной формы ВБ с локализацией в ампулярной части трубы

- Критерии, на основании которых врачу следует заподозрить ВБ:**
- при трансвагинальном УЗИ плодное яйцо в матке не визуализируется
 - содержание бета-ХГЧ в сыворотке 1000-2000 МЕ/л
 - положительный тест на беременность в сочетании с абдоминальным болевым синдромом

УЗИ-ДИАГНОСТИКА ТРУБНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СРОКОВ И СОСТОЯНИЯ ТРУБЫ

Гестационный срок	3-4 нед.	5 нед.	6 нед.	7 нед.	8 нед.
Диаметр плодного яйца	<12 мм	12-18 мм	18-22 мм	22-24 мм	24-30 мм
Данные УЗИ плода	Сомнительные УЗИ признаки	Чёткие УЗИ признаки (трубной беременности)	Вероятен разрыв маточной трубы		

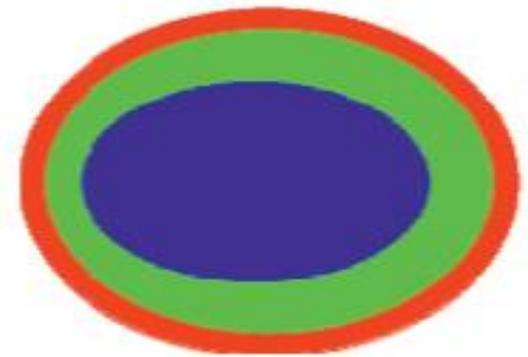
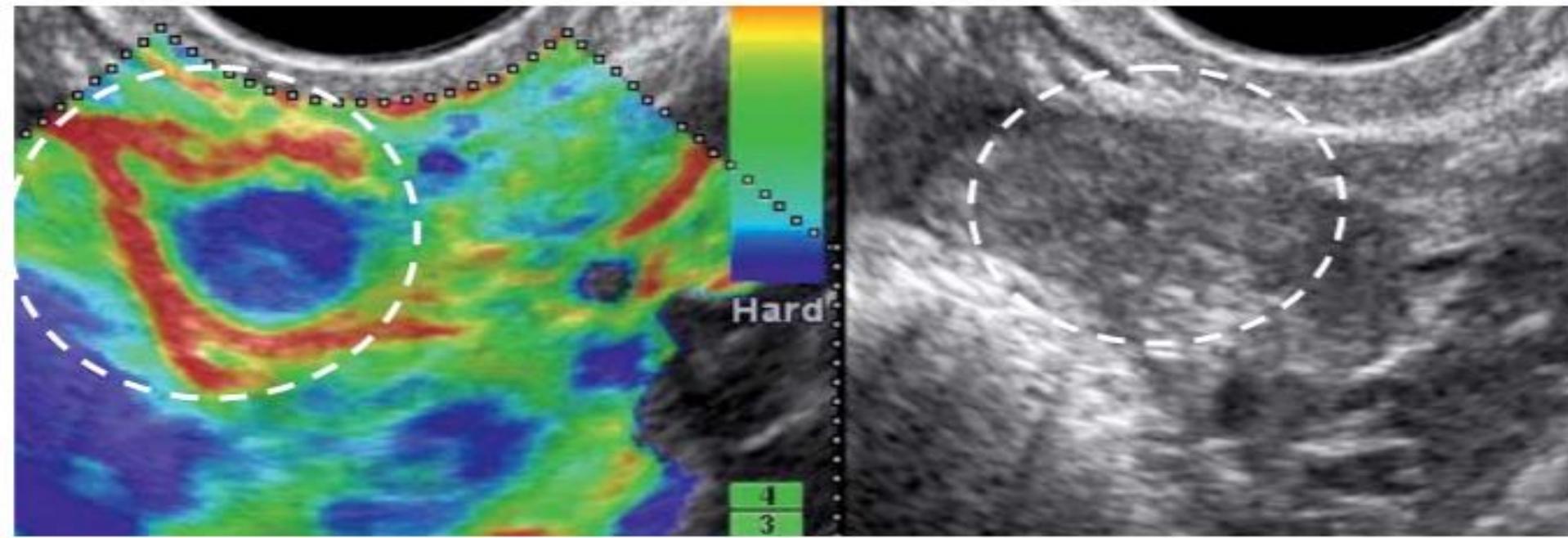
Рекомендации по оценке соотношения бета-ХГЧ и результатов УЗИ у клинически стабильных пациенток (Queensland Clinical Guidelines. 2014)

β-ХГЧ и ТВС	Тактика
β-ХГЧ менее 2000 ЕД/л	Повторить трансвагинальное сканирование (ТВС) и определить уровень β-ХГЧ через 48–72 часа
β-ХГЧ более 2000 ЕД/л и ТВС: в матке беременности нет, увеличенне придатков и/или свободная жндкость в брюшной полости	Высокая вероятность внематочной беременности
β-ХГЧ более 2000 ЕД/л и ТВС: в матке беременности нет, в брюшной полости патологических изменений не обнаружено	Повторить ТВС и β-ХГЧ через 48–72 часа
Сниженне или малый прирост β-ХГЧ (диагностически незначимый)	Беременность не прогрессирует (маточная или внематочная) Обеспечить надлежащее обследование для уточнения диагноза и последующих мер для элиминации беременности

Соноэластография – почти 100% вероятность выявления ВБ на ранних стадиях.

Соноэластография – это вид УЗИ.

Качественные изменения структуры ткани органа оцениваются по цветной шкале, отражается характер жесткости образования. **Синий** – более жёсткая структура. **Зелёный, красный** – более эластичная структура.



А

Б

А - соноэластограмма трубной беременности слева; Б – режим ЦДК; В - эластографический тип плотный, с эластичным периферическим ободком.

ЛЕЧЕНИЕ

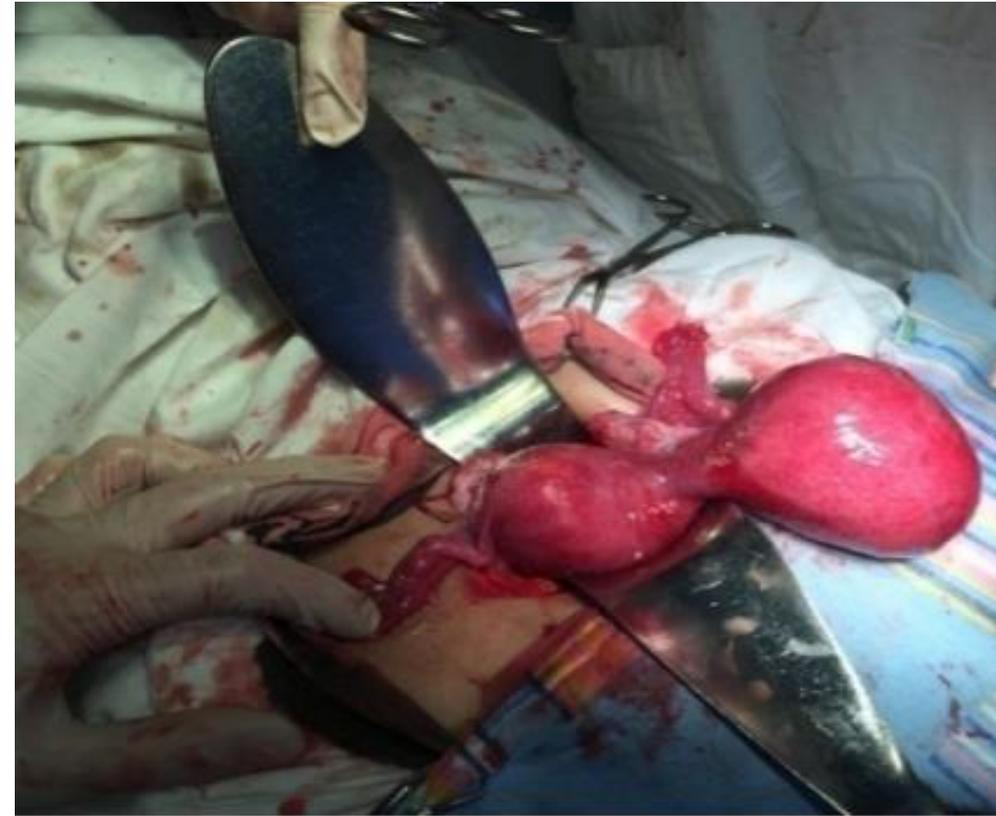
Все больные с подозрением на
внематочную беременность подлежат
госпитализации в стационар!

Хирургическое лечение – основной метод лечения при любой форме нарушенной ВБ, а также при прогрессирующей абдоминальной, яичниковой беременности, при эктопической беременности в интерстициальном отделе маточной трубы и рудиментарном роге матки.

Радикальное – с удалением плодного яйца вместе с плодместилищем (сальпингэктомия, овариоэктомия, тубэктомия и др.)

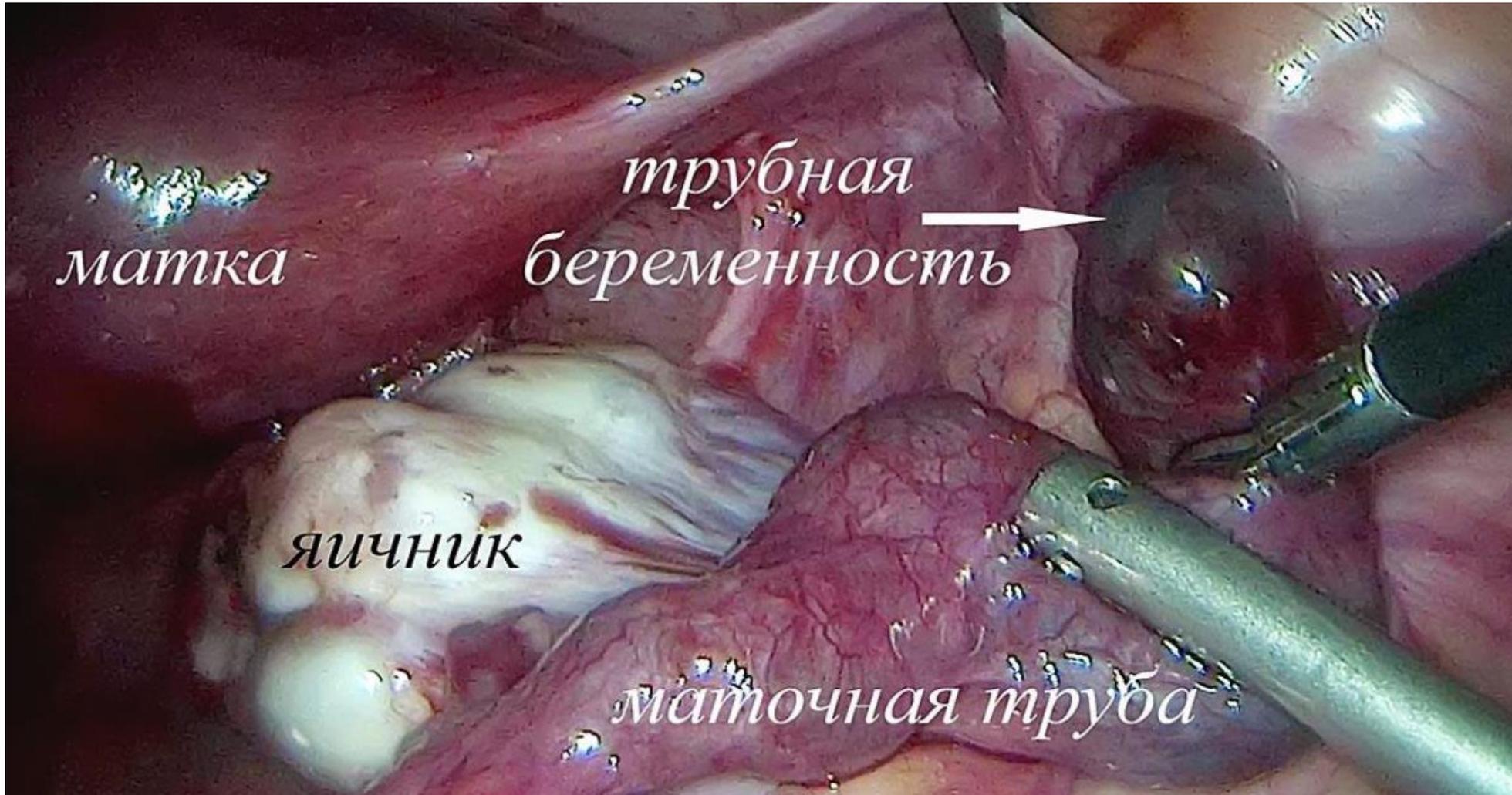
Органосохраняющее – удаление плодного яйца с оставлением плодместилища (сальпинготомия, вылушивание плодного яйца при абдоминальной беременности, иссечение рубца с пластикой матки)

ЛАПОРОСКОПИЯ – 70%
ЛАПОРОТОМИЯ – 20-30% при
кровотечении и перитоните



Беременность в рудиментарном роге матки

ТРУБНАЯ ВБ почти 99% всех ВБ



ЛЕЧЕНИЕ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ ТРУБНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ



Иногда при ампулярной трубной беременности возможно выдавливание плодного яйца ч/з ампулярный конец, однако такой подход связан с высокой частотой кровотечения, повреждения трубы и рецидива внематочной беременности.

ЛЕЧЕНИЕ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ ТРУБНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Консервативное - медикаментозная терапия метотрексатом или метотрексатом в сочетании с фолиевой кислотой.

Кандидаты для лечения метотрексатом:

- гемодинамическая стабильность;
- низкий сывороточный В-ХГЧ, в идеале менее 1500 МЕ/л, но может быть до 5000 МЕ/л;
- отсутствие у эмбриона сердечной деятельности по УЗИ;
- уверенность в отсутствии маточной беременности;
- готовность пациентки к последующему наблюдению;
- отсутствие повышенной чувствительности к метотрексату.



Тактика:

50 мг/м² метотрексата в/м

Если В-ХГЧ снизится менее, чем на 15% за 4 - 7 дней, повторно - ТВС и Метотрексат 50 мг/м², если есть признаки ВБ.

Если В-ХГЧ уменьшится более, чем на 15% за 4 - 7 дней, повторяют исследования В-ХГЧ 1 раз в неделю до уровня менее 15 МЕ/л.

РЕАБИЛИТАЦИЯ

ЖЕНЩИНЫ, ПЕРЕНЁСШИЕ ВБ, НУЖДАЮТСЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ И ДИСПАНСЕРНОМ НАБЛЮДЕНИИ ПО МЕСТУ ЖИТЕЛЬСТВА. РЕАБИЛИТАЦИЯ ДОЛЖНА ВКЛЮЧАТЬ:

- Борьба с анемией
- Физиотерапия – улучшение кровотока и метаболизма клеток, усиление фагоцитоза и ферментативной активности, улучшение процессов репарации
- Восстановление двухфазного менструального цикла (гормональная терапия), восстановление нарушений в системе гипоталамус-гипофиз-яичники
- Поддержка нормобиоценоза влагалища
- Иммуномодуляция
- Репродуктивное планирование (контрацепция, запланированная беременность) не ранее чем через 6-12 месяцев после хирургического вмешательства
- Пациенткам с нереализованной репродуктивной функцией показана контрольная лапароскопия с целью уточнения состояния маточных труб через 3 мес. после органосохраняющих операций



ПРОФИЛАКТИКА

Предотвратить внематочную беременность нельзя, но можно снизить факторы риска!

- Своевременно лечить заболевания половой системы, такие как вульвовагинит, эндомиометрит и другие, а также ИППП (гонорея, хламидиоз)
- Избегать случайных половых связей и пользоваться презервативами
- Соблюдать правила личной гигиены
- Стараться не делать аборты, диагностический выскабливания, гистероскопию
- Регулярно посещать гинеколога – не реже двух раз в год. Это становится актуальным с возрастом, т.к. риск ВБ возрастает именно с возрастом.
- Использовать только те средства контрацепции, которые прописал врач (КОК)



Брюшная беременность. Двойня, 16 нед

Факторы риска внематочной беременности

№	Фактор	Кратность увеличения риска
1	Операции на маточных трубах в анамнезе	21.0
2	Стерилизация	9.3
3	Эктопические беременности в анамнезе	8.3
4	Внутриматочная контрацепция	5.0
5	Воспалительные заболевания органов малого таза в анамнезе	3.4
6	Бесплодие 2 года и более	2.7
7	Возраст матери:	
	– более 40 лет	2.9
	– 35–39 лет	1.4
8	Курение:	
	≥ 20 сигарет в день	3.9
	10–19 сигарет в день	3.1
	1–9 сигарет в день	1.7
	Бросившие курить	1.5

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!

Список использованной литературы

1. Гинекология: учебник/под ред. В.Е. Радзинского, А.М. Фукса. –М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 1000 с.:ил.
2. Акушерство и гинекология : сборник методических указаний для обучающихся к внеаудиторной (самостоятельной) работе по специальности 31.05.01 Лечебное дело (очная форма обучения) / сост. И.С. Брехова, М.Я. Домрачева, Т.В. Рукосуева, Н.М. Яметова. - Красноярск : тип. КрасГМУ, 2018.
3. Особенности УЗИ больных с трубной формой внематочной беременности Г.Н. Шарипов, Дж.А.Ходжамурадова, №2, Научно-медицинский журнал «Вестник Авиценны», апрель-июнь 2016 г.
4. Ранняя диагностика внематочной беременности с помощью инновационной технологии соноэластографии, В.Е. Гажонова, С.О. Чуркина, Кремлевская медицина. Клинический вестник №4, 2018
5. Проблема антенатальной гибели плода на этапе ПМСП, З.А. Датхаева, С.Ш. Исенова, Вестник КазНМУ, №2-2015
6. Кулаков, В. И. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве / Под ред. В. И. Кулакова, В. Н. Прилепской, В. Е. Радзинского - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2010
7. Внематочная (эктопическая) беременность, Клинические рекомендации. Протокол лечения, 2017 г.
8. Савельева, Г. М. Акушерство : учебник / Г. М. Савельева, Р. И. Шалина, Л. Г. Сичинава, О. Б. Панина, М. А. Курцер. - 2-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018.