

ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет  
имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения  
Российской Федерации.

Кафедра оперативной гинекологии ИПО

Заведующий кафедрой:  
ДМН, доц. Макаренко Т.А.

Реферат на тему: «Внематочная (эктопическая) беременность».

Выполнила ординатор 2-го года обучения по  
Специальности Акушерство и гинекология  
Пиракова Ф.З.

Проверила:  
ДМН, доц. Макаренко Т.А.

Красноярск 2021г

Под внематочной (эктопической) беременностью беременность, при которой оплодотворенное яйцо имплантируется и развивается вне полости матки.

Согласно Международной классификации болезней различают следующие формы внематочной беременности:

### **Анатомическая классификация ( МКБ X):**

трубная беременность:

- a. Беременность в ампулярном отделе трубы.
- b. Беременность в истмическом отделе трубы.
- c. Беременность в интерстициальном отделе трубы.

2) яичниковая беременность:

- a. Интрафолликулярную
- b. Эпифоральная.

3) брюшная беременность;

4) шейечная беременность;

5) беременность в рудиментарном роге матки.

### **Клиническая классификация:**

1) Прогрессирующая внематочная беременность;

2) Прервавшаяся внематочная беременность:

Прервавшаяся внематочная трубная беременность классифицируется на:

- трубный аборт;
- разрыв маточной трубы.

По наличию осложнений:

- осложненная;
- неосложненная.

В отличие от МКБ X в отечественной литературе трубную беременность разделяют на:

Ампулярную.

Истмическую.

Интерстициальную.

Яичниковую подразделяют на:

Развивающуюся на поверхности яичника.

Развивающуюся интрафолликулярно.

Брюшная беременность подразделяется на

Первичную (имплантация в брюшной полости происходит первоначально).

Вторичную (имплантация в брюшной полости происходит вследствие изгнания плодного яйца из трубы).

### **Этиология внематочной беременности.**

#### **I. 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%.

#### **II. Сужение маточной трубы**

1. Врожденные дефекты маточной трубы (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.

**III. Миграция оплодотворённой яйцеклетки.** У большинства женщин жёлтое тело обнаруживают в яичнике на стороне, противоположной локализации эктопической беременности.

1. При внешней миграции (из правого яичника в левую маточную трубу через брюшную полость или наоборот) бластоциста успевает настолько увеличиться, что не проходит через узкий перешеек трубы.

2. Оплодотворённая яйцеклетка может также пройти через матку (внутренняя миграция) и попасть в противоположную трубу.

**IV. ВМС.** Часто эктопическая беременность возникает при использовании ВМС.



## V. Беременности, полученные путем экстракорпорального оплодотворения.

### Патогенез внематочной беременности

В норме оплодотворение яйцеклетки происходит в ампулярном отделе маточной трубы, и затем оплодотворённая яйцеклетка продвигается в полость матки, где и происходит имплантация плодного яйца. Такое продвижение обусловлено транспортной функцией маточной трубы (перистальтикой и движением ресничек мерцательных клеток цилиндрического эпителия слизистой оболочки).

Транспортная функция маточных труб зависит от многих факторов: гормональной функции яичников и введённых экзогенно гормонов, полноценности всех слоёв стенки маточной трубы, состояния кровоснабжения и иннервации внутренних половых органов. Таким образом, нарушение нормального механизма транспортировки оплодотворённой яйцеклетки может привести к внематочной беременности.

При трубной беременности образуется плодместилище из оболочек маточной трубы: слизистая оболочка формирует внутреннюю капсулу плодместилища, а мышечная и серозная - наружную.

Прерывание трубной беременности происходит за счет следующих факторов:

эндосальпинкс не имеет трубчатых желез и не способен дифференцироваться на базальный и функциональный слои;

в эндосальпинксе слабо выражен подслизистый и соединительнотканый слой (в эндометрии он снабжен кровеносными сосудами);

отсутствует децидуальная трансформация эндосальпинкса;

тонкая мышечная оболочка, не способная выдержать воздействие трофобласта;

эктопический трофобласт имеет повышенную пролиферативную активность, что приводит к разрушению эндосальпинкса.

Прерывание трубной беременности может происходить по типу трубного аборта или по типу разрыва трубы.

При трубном аборте (локализация плодного яйца в ампулярном конце трубы) плодное яйцо растягивает маточную трубу, что приводит к локальному увеличению ее размеров, истончению и, возможно, повреждению эндосальпинкса. Кроме того, ворсинами хориона разрушаются кровеносные сосуды с возникновением кровоизлияний между плодным яйцом и плод-местилищем. В дальнейшем происходит внутренний разрыв плодместилища и отслойка зародыша от стенки маточной трубы, что приводит к его гибели. Антиперистальтические сокращения миосальпинкса изгоняют плодное яйцо из просвета трубы в брюшную полость. Данный процесс сопровождается кровотечением в просвет трубы, откуда кровь попадает в брюшную полость через брюшное отверстие.

Различают полный трубный аборт - плодное яйцо полностью отделяется от стенки маточной трубы и целиком изгоняется в брюшную полость и неполный трубный аборт - остается связь между плодным яйцом и фимбриями.

Разрыв маточной трубы осуществляется вследствие прорастания ее слизистой, мышечной и серозной оболочек ворсинами хориона. При этом внутрибрюшное кровотечение происходит из-за повреждения сосудов трубы.

Механизм прерывания трубной беременности зависит от морфо-функциональных особенностей того отдела, в котором произошла имплантация бластоцисты. Наибольшая степень деструкции стенки трубы, сопровождающаяся разрушением всех ее оболочек, наблюдается в интрамуральном и истмическом отделах.

При истмической локализации плодного яйца перфорация стенки трубы возникает через 4-6 недель после оплодотворения, что связано со слабой собственной пластинкой эндосальпинкса. Интрамуральная беременность может длиться до 10-16 недель благодаря мощной мышечной оболочке и богатому кровоснабжению этого отдела. В ампулярном отделе трубы инвазия трофобласта ограничивается пределами слизистой оболочки. Прерывание такой беременности по типу трубного аборта происходит в 4-8 недель в результате разрушения внутренней капсулы плодместилища, постепенного отслаивания плодного яйца от стенки трубы и кровотечения в ее просвет.

#### Клиника эктопической беременности:

- Ампулярная беременность составляет 80% случаев трубной беременности. Поскольку ампула маточной трубы — самая широкая ее часть, плодное яйцо при ампулярной беременности может достигать значительных размеров. Беременность обычно прерывается на 12-й неделе. Обычно происходит разрыв маточной трубы, реже прерывание происходит по типу трубного аборта. Трубный аборт может стать причиной других видов внематочной беременности — брюшной, яичниковой или фимбриальной.

- Истмическая трубная беременность составляет около 13% случаев трубной беременности. Беременность заканчивается разрывом маточной трубы. Поскольку перешеек маточной трубы — самая узкая ее часть, разрыв происходит достаточно рано. Яйцеклетка, как правило, выходит в брюшную полость. Если маточная труба разрывается по линии прикрепления брыжейки, плодное яйцо оказывается между листками широкой связки матки, где может продолжать развиваться.

- Интерстициальная трубная беременность составляет около 2% случаев трубной беременности. Благодаря большой растяжимости миометрия интерстициальная беременность может развиваться до 4 мес. Прерывание сопровождается сильным кровотечением, которое может быстро привести к смерти. При значительном повреждении матки показана ее экстирпация.

- Фимбриальная трубная беременность составляет примерно 5% случаев трубной беременности.



### Диагностика.

- Анамнез;

- Опрос;

- сниженный или малый прирост  $\beta$ ХГЧ. При этом важна количественная оценка динамики уровня  $\beta$ ХГЧ в сыворотке крови. В норме прирост  $\beta$ ХГЧ каждые 48 часов при маточной беременности составляет не более 50%, крайне редко при внематочной беременности выявляются значения  $\beta$ ХГЧ характерные нормальной беременности;

- при трансвагинальном УЗИ плодное яйцо в полости матки не визуализируется или визуализируется вне полости матки;

- абдоминальный болевой синдром в сочетании с положительным результатом теста на беременность в моче.

Физикальное обследование:

При двуручном гинекологическом исследовании:

- с одной стороны определяется объемное образование, тестоватой консистенции, болезненное при пальпации

- матка увеличена в размерах и размягчена, но не соответствует сроку беременности.

При прервавшейся беременности – задний свод уплощен или выпячен во влагалище, пальпация заднего свода резко болезненна.

Инструментальные исследования:

- осмотр гинекологическим зеркалом: темно-коричневые выделения из цервикального канала;

- цианоз шейки матки;

- трансвагинальное ультразвуковое исследование

При трубной беременности:

- отсутствие плодного яйца в полости матки;

- увеличение придатков матки или скопление жидкости в позадиматочном пространстве.

При шеечной беременности:

- пустая матка; - бочкообразная шейка матки;

- плодное яйцо ниже уровня внутреннего зева шейки матки.

При ультразвуковом исследовании с цветным доплеровским картированием – отсутствие кровотока вокруг плодного мешка.

При беременности в рудиментарном роге:

- в полости матки визуализируется одна интерстициальная часть маточной трубы;
  - плодное яйцо подвижно, отделено от матки и полностью окружена миометрием
- к плодному яйцу, расположенному в роге матки, примыкает сосудистая ножка.

При интерстициальной беременности:

- пустая полость матки;
- плодное яйцо располагается кнаружи в интерстициальной (интрамуральной) части трубы и окружено миометрием толщиной менее 5 мм.

### **Дифференциальная диагностика.**

Диагностика эктопической беременности достаточно проста у пациенток с аменореей, признаками беременности, болями в нижних отделах живота и кровотечением. Необходимо исключить следующие состояния.

1. Перекрут кисты яичника или острый аппендицит сопровождаются односторонними болями в правой подвздошной области; язык сухой, положителен симптом *Щёткина-Блюмберга*. Но не бывает аменореи, обмороков, анемии и шока. Анализ крови указывает на воспалительный процесс: лейкоцитоз, повышение СОЭ.

2. Прерывание маточной беременности. При прерывании маточной беременности наружное кровотечение более выражено, чем болевой синдром, тогда как при эктопической беременности боль доминирует. При влагалищном исследовании матка увеличена соответственно сроку задержки менструации, цервикальный канал открыт, возможно выделение плодного яйца из полости матки. Имеет значение и характер выделений: при аборте они жидкие, ярко-красного цвета; при прерывании трубной беременности — крошковатые, цвета *кофейной гущи* вследствие смешивания крови с десквамированной некротизированной децидуальной оболочкой.

3. Кровоизлияние в желтое тело при нормальной маточной беременности (апоплексия яичника). Кровоизлияние в желтое тело обычно не вызывает очень сильных болей и шока, типичных для эктопической беременности. Кроме того, маточного кровотечения обычно нет. Апоплексия яичника может возникнуть и в момент овуляции.

### **Лечение.**

Медикаментозное лечение: 50 мг/м<sup>2</sup> метотрексата в/м. Эффективно применение метотрексата при непрервавшейся трубной беременности.

Хирургическое вмешательство:

Показания к хирургическому лечению трубной беременности (Нарушенная трубная беременность, прогрессирующая трубная беременность).

Выбор доступа — лапароскопический или лапаротомический — первоначально зависит от места протекания внематочной беременности, развившихся осложнений (массивного кровотечения в брюшной полости), квалификации хирурга и оснащения хирургического стационара, куда доставили пациентку.

Объем оперативного вмешательства:

- Сальпинготомия (отсутствие разрыва стенки маточной трубы, отсутствие геморрагического шока, необходимость сохранения репродуктивной функции).

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.

- Сальпингэктомия (при нарушении целостности маточной трубы).

В случае неизмененной маточной трубы с противоположной стороны предпочтительно сделать сальпингэктомия, в виду повышенного риска повторной внематочной беременности в сохраненной трубе).

Показания к хирургическому лечению эктопической беременности внутубарной локализации (Признаки острого живота, прогрессирующая эктопическая беременность).

Объем оперативного вмешательства:

При овариальной (аднексэктомия, овариозэктомия, резекция яичника).

При беременности в рудиментарном роге или интерстециальном отделе (клиновидная резекция угла матки, удаление рудиментарного рога, при обширном повреждении матки — ампутация/экстирпация матки. При беременности в рубце на матке возможно выполнение удаления плодместилища с иссечением рубца и пластикой стенки матки, а также более радикальные операции. При шейечной беременности — радикальная операция).

В настоящее время имеются данные комбинированного лечения шейечной, интерстециальной и брюшной беременности (медикаментозное + хирургическое/вакуум аспирация, эмболизация + хирургическое/вакуум аспирация), учитывая возраст пациенток, репродуктивные планы и переносимость лекарств.

### **Дальнейшее ведение:**

- контрацепция (предпочтительно комбинированными оральными контрацептивами);

- рекомендации по предгравидарной подготовке к беременности;



- пациенткам с резус отрицательным фактором крови рекомендуется введение антирезусного иммуноглобулина.

#### **Список литературы:**

Габидуллина Р.И., Сирматова Л.И., Кислицина Э.М., Савельев С.Е. Трудности диагностики внематочной беременности // Вестник современной клинической медицины. 2013.

Сарсенова А.С., Оспанова С.Т., Алдубашева Г.М., Сагатбекова Б.Б., Бакиева Д., Баймешова А., Шахнович Ф., Иванова Ю., Брюхова В. Внематочная беременность. Проблемы и пути их решения // Вестник КазНМУ. 2014.

Клинические рекомендации внематочная беременность 2017г.

М. К. Эктопическая беременность после экстракорпорального оплодотворения // ПМ. 2013.

Акушерство и гинекология. Пер. с англ. / Под ред. Г.М. Савельевой, Л.Г. Сичинава. - М.: ГЭОТАР Медицина 2009.