A close-up photograph of a baby lying on its back, looking directly at the camera with large, bright blue eyes. The baby's hands are near its mouth, and it appears to be sucking its thumb. The background is a soft, out-of-focus white surface.

Нарушенная трубная беременность

Подготовила:
Амельянович А. В.

Внематочная беременность подразумевает развитие плодного яйца не в полости матки, а за ее пределами.

Оно может располагаться в различных отделах малого таза, исходя из чего и выделяют виды внематочной беременности:

- трубная беременность (плодное яйцо находится в одной из маточных труб);
- яичниковая беременность (плодное яйцо прикрепляется к яичнику);
- брюшная беременность (плодное яйцо попадает в брюшную полость и прикрепляется к брюшине);
- шеечная беременность (плодное яйцо имплантируется в шейке матки).

Внематочная беременность



Чаще всего встречается трубная беременность (99,5%).

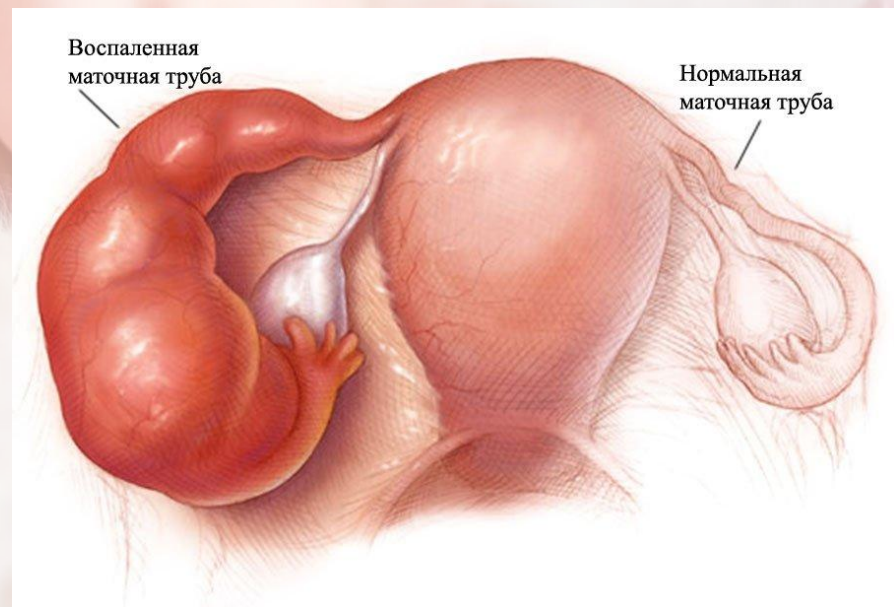
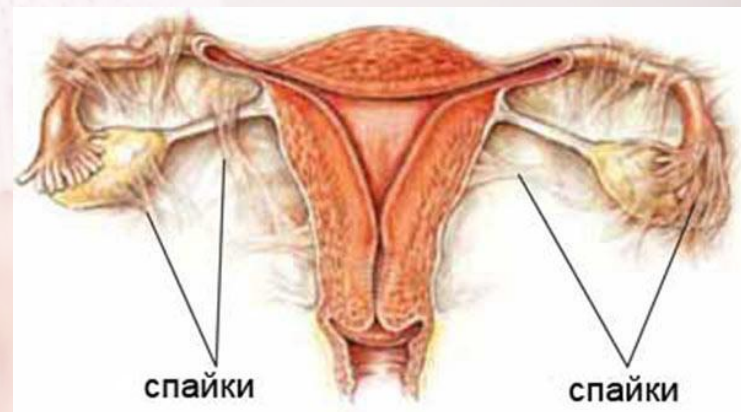


В основе развития трубной беременности лежит нарушение движения плодного яйца.



Непосредственные причинами этого могут стать:

- воспалительный процесс в придатках;
- недоразвитие труб
- опухоли половых органов
- операции на маточных трубах;
- внутриматочная контрацепция.



Гормональные факторы риска:

- ✓ применение препаратов для индукции овуляции в целях лечения бесплодия (Индукторы овуляции, применяемые для лечения бесплодия, в том числе и при экстракорпоральном оплодотворении, изменяют секрецию гормонов и других веществ, отвечающих за сокращение маточных труб. Эктопическая беременность вероятна у каждой десятой женщины, принимавшей эти препараты);
 - ✓ **экстракорпоральное оплодотворение;**
 - ✓ **задержка овуляции;**
 - ✓ **трансмиграция яйцеклетки.** (Трансмиграция (перемещение) яйцеклетки происходит, например, из яичника через брюшную полость в противоположную маточную трубу. Там уже сформировавшееся плодное яйцо быстро прикрепляется. Другой вариант: образовавшаяся во время поздней овуляции яйцеклетка оплодотворяется и попадает в матку, но не успевает имплантироваться там. Во время очередной менструации незрелое плодное яйцо «забрасывается» обратно в фаллопиеву трубу.)
- + повышенная биологическая активность плодного яйца!**

Виды внематочной беременности

80%

Ампулярная
(в верхней части маточно трубы)

12%

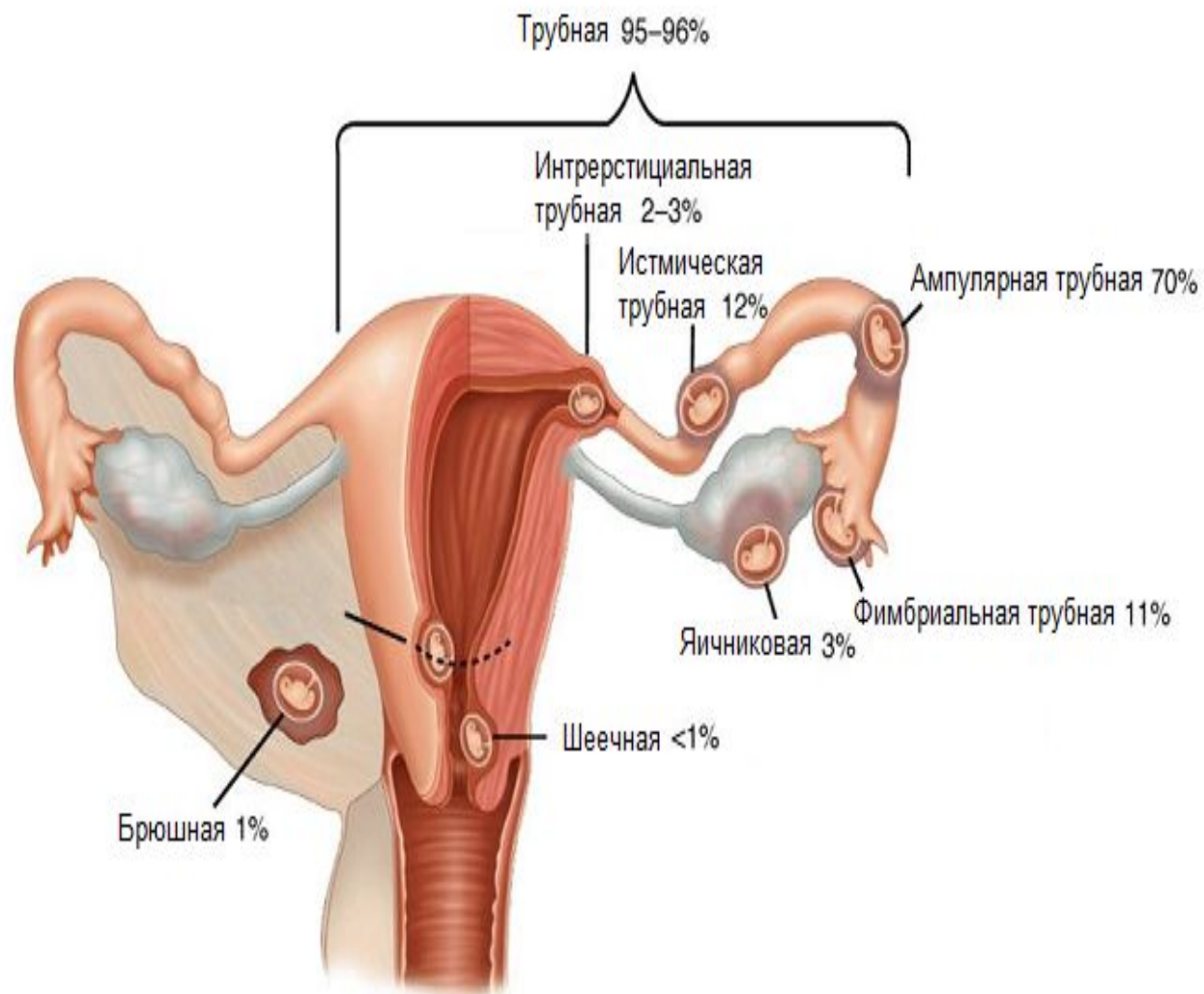
Истмическая
(в нижней части маточной трубы)

5%

Фимбриальная
(в фимбриях (ворсинках) маточной трубы)

2%

Интерстициальная / межуточная
(в интерстициальном отделе маточной трубы
– внутри матки, но вне ее полости)



Трубная беременность

Прогрессирующая (развивающаяся)

- ✓ Имеет обычные признаки беременности
- ✓ чаще к 4-6 неделе беременность нарушается

Нарушенная (прервавшаяся)

- ✓ Заканчивается прерыванием беременности по двум возможным типам

Трубный аборт

Разрыв трубы

Клиническая картина в случае разрыва трубы

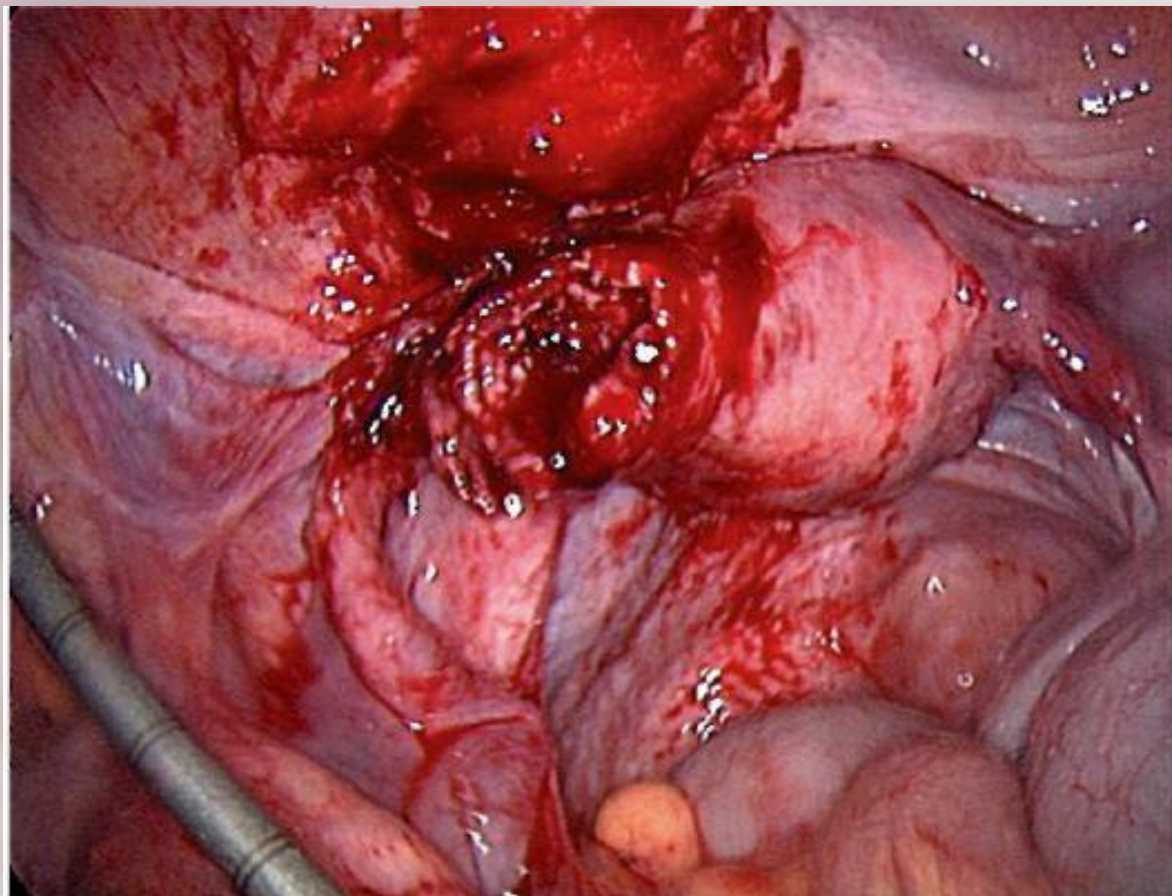
□ протекает **ОСТРО!**

□ Характерно:

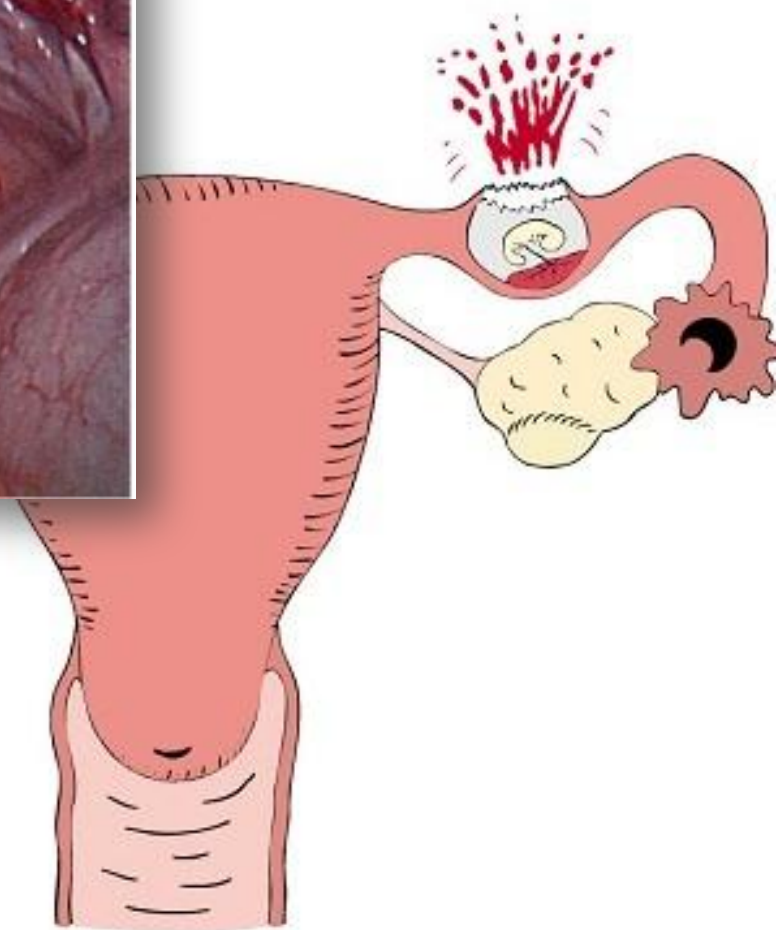
- 1) резкая режущая боль в нижней части живота, которая отдает в ногу, прямую кишку, в мочеиспускательный канал.
- 2) вынужденное положение больной (она не может сидеть на стуле, садиться боком).
- 3) развитие внутрибрюшного кровотечения, что представляет опасность для жизни.

Первые признаки внематочной беременности с внутрибрюшным кровотечением характеризуются также слабостью, головокружением, мельканием мушек перед глазами, предобморочным состоянием или обмороком, резким снижением уровня артериального давления. При массивном кровотечении может развиваться геморрагический шок.

Также женщина с нарушенной внематочной беременностью предъявляет жалобы на мажущие кровянистые выделения из половых путей (могут вовсе отсутствовать).



БЕРЕМЕННОСТЬ



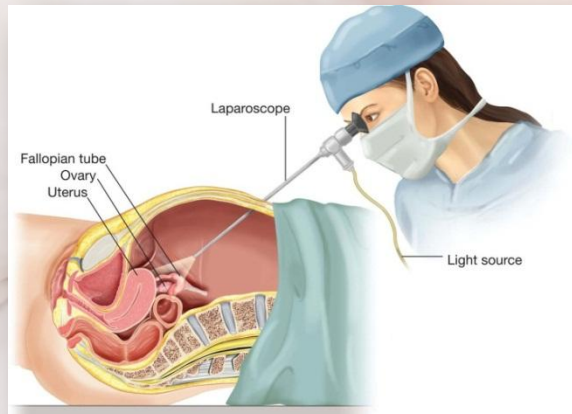
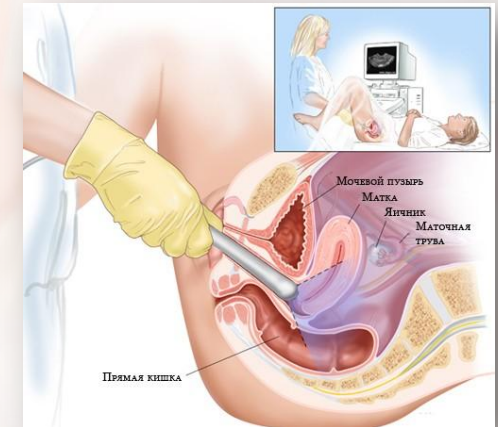
Клиническая картина в случае трубного аборта

Маточная труба пытается вытолкнуть находящееся в ней плодное яйцо

- менее выражена
- длительное время состояние женщины
удовлетворительное
- характерно наличие скудных кровянистых выделений по
цвету напоминающих дёготь (так как вследствие гибели плода в матке разрушается отпадающая оболочка, которая затем расплавляется и примешивается к крови).
- умеренно выраженный болевой синдром.
- симптомы внутрибрюшного кровотечения присутствуют в незначительной степени, а могут и вообще отсутствовать.

Основные методы диагностики трубной беременности

1. Клинические данные
2. Ультразвуковое исследование
3. Определение уровня хорионического гонадотропина
4. Кульдоцентез
5. Лапароскопия



Основные методы диагностики

1. Главным методом диагностики при подозрении на трубную беременность является трансвагинальное ультразвуковое исследование.

Признаки внематочной беременности

Прямые

- ✓ эхолокация вне матки плодного яйца, приблизительно соответствующего сроку беременности, с наличием экоструктуры эмбриона и сердцебиения плода.
- ✓ Диагностическая ценность этого признака **100%**.

Косвенные

- ✓ изменения в матке, яичниках и позадиматочном пространстве
- ✓ Матка несколько увеличена в размере, но не соответствует нормальному сроку беременности. Полость несколько расширена, содержит небольшое количество жидкости, на ее фоне лоцируются нечеткие слабоэхогенные структуры, связанные с отторжением децидуальной оболочки.

2. Дополнительным диагностическим методом является определение уровня хорионического гонадотропина качественным или количественным методами.

Абсолютных значений, являющихся критерием трубной беременности, для этого показателя нет!

Однако его уровень в большинстве случаев трубной локализации ниже, чем в норме.

✓ **Важное значение имеет исследование в динамике. При маточной беременности концентрация хорионического гонадотропина удваивается через каждые два дня, при трубной такого удвоения нет.**

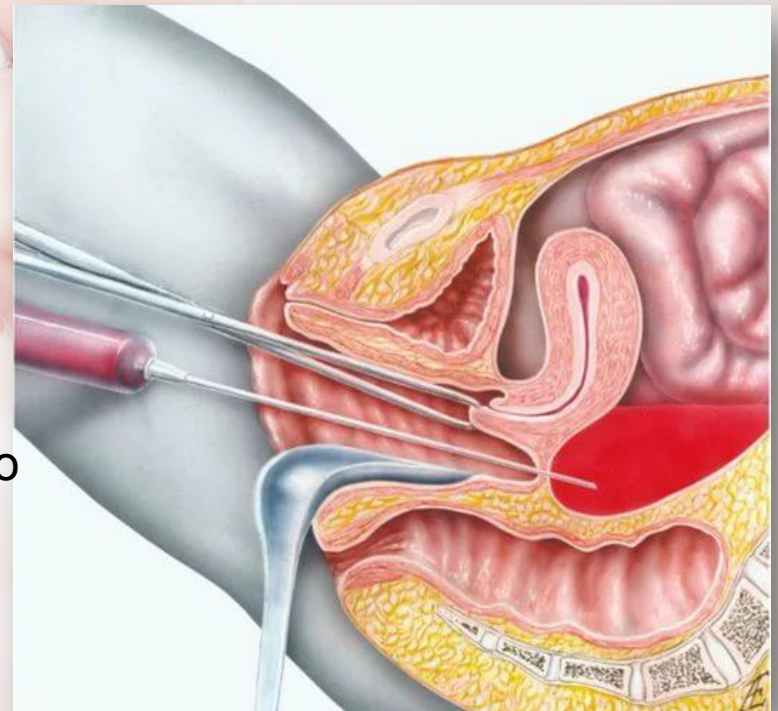
Показатель	Тип беременности		
	Внематочная (n = 40)	Нормальная (n = 24)	P-значение (вероятность ошибки)
СА-125 (ед/мл)	16.51± 2.39 (2-80)	74.25±18.5 (28-200)	<0.005
Прогестерон (нг/мл)	2.54±0.47 (1-10.3)	28.36±3.7 (8-50)	<0.00
Эстрадиол (пг/мл)	13.4±2.14 (1-36)	112.7±23.6 (30-410)	<0.00
ХГЧ (мМЕ/мл)	72.75±12.27 (5 - 200)	249.54±18.008 (105 - 300)	<0.00

3. Кульдоцентез – это пункция полости малого таза через задний свод влагалища с целью определения свободной жидкости или ее отсутствия в Дугласовом пространстве (прямокишечно-маточном углублении).

При трубной беременности в прямокишечно-маточном углублении можно обнаружить темную жидкую кровь с мелкими сгустками, имеющими вид темных крупинок.

Эритроциты, полученные из пунктата, изменяются и имеют вид тутовых ягод или рыбьей чешуи.

Пункция проводится только в случае сомнений в диагнозе (чаще при трубном аборте). При яркой клинике внутрибрюшного кровотечения пункция не показана, так как отсрочивает начало операции.

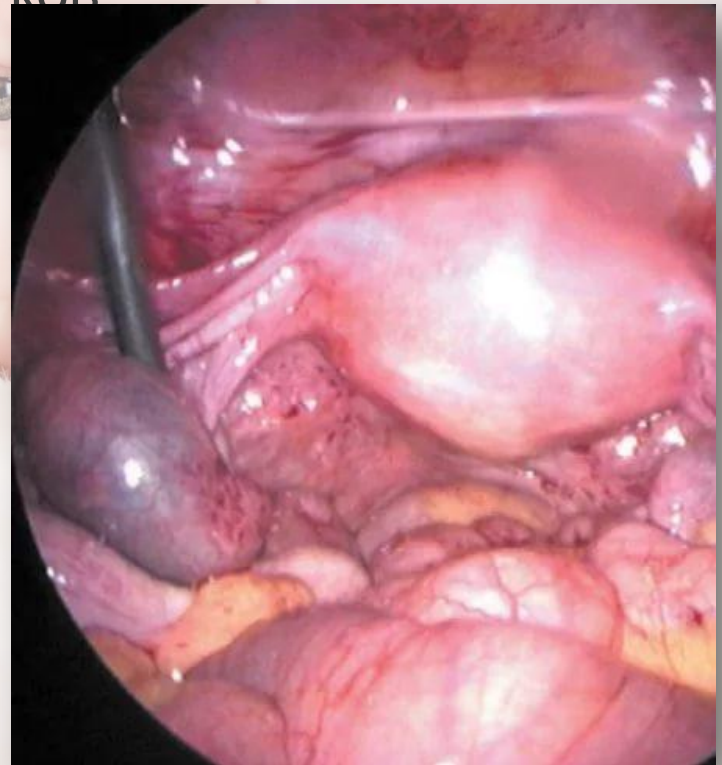
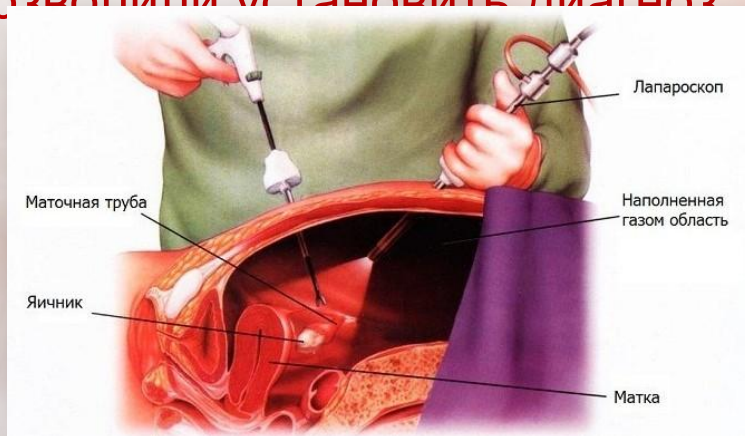


4. Наиболее информативный метод – лапароскопия.

Она позволяет:

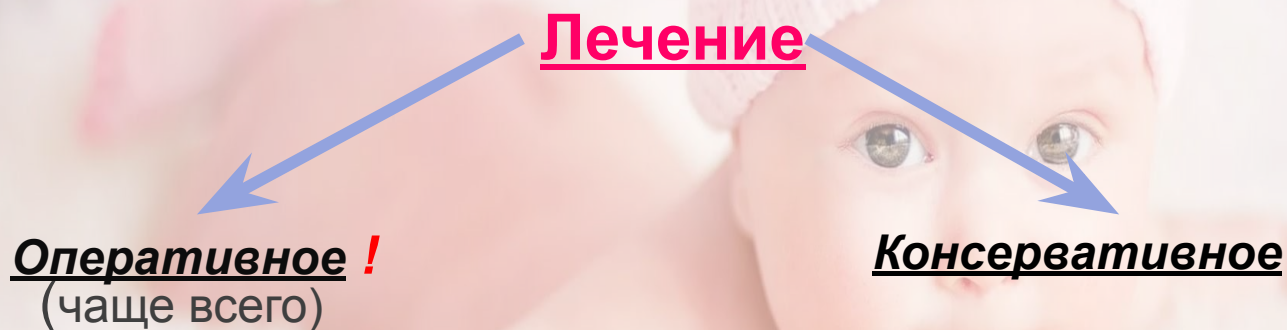
- ✓ определить развивающуюся трубную беременность или состояние после ее прерывания
- ✓ оценить объем кровопотери
- ✓ оценить состояние матки и придатков

Однако лапароскопия должна использоваться лишь после того, как неинвазивные способы не позволили установить диагноз



Лечение нарушенной трубной беременности

Срок внематочной беременности и признаки ее (их выраженность) оказывают самое непосредственное влияние на выбор тактики лечения этой патологии.



Операционный доступ бывает **лапароскопическим** (через маленькие проколы в животе) и **лапаротомическим** (с помощью разреза).

При выборе операционного доступа необходимо учитывать объем кровопотери.

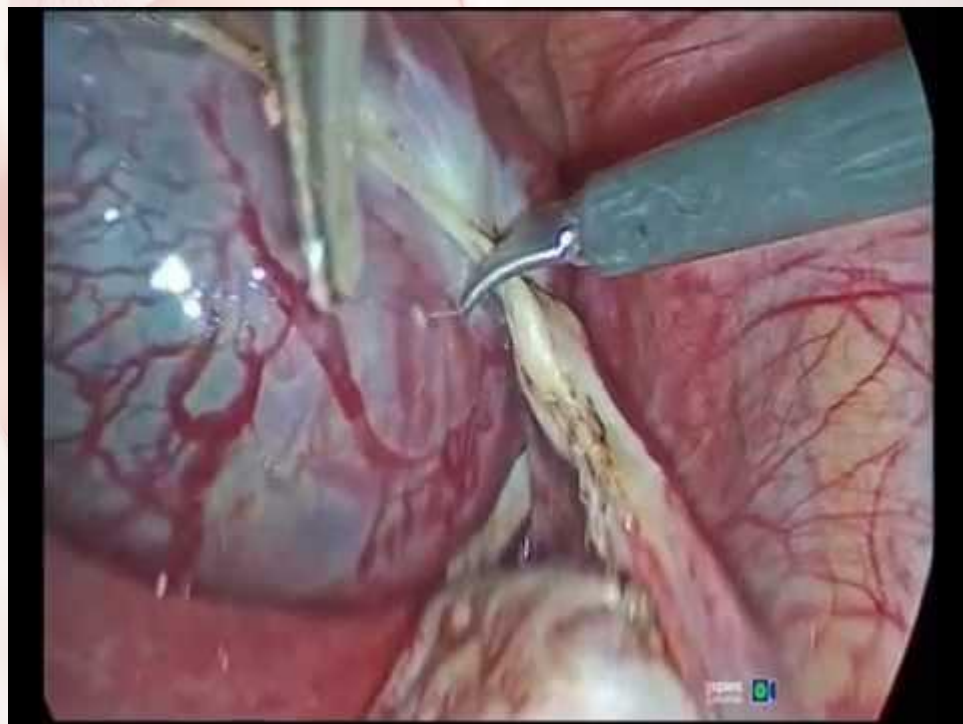
С лечебной целью может удаляться полностью вся труба, а может проводиться пластическая операция на трубе, при которой делают разрез над утолщением трубы, удаляют плодное яйцо и разрез аккуратно зашивают.

К пластической операции следует прибегать в тех случаях, когдаотягощен акушерский анамнез, длительное бесплодие, есть только одна труба.

Это шанс для наступления беременности в последующем, хоть и небольшой, так как

нарушается нормальная перистальтика в оперированной маточной трубе.

К тому же существует реальный риск повторной внематочной беременности, поэтому во всех случаях, кроме вышеперечисленных, следует удалять маточную трубу полностью.



Консервативное лечение подразумевает применение препаратов, которые вызывают гибель плодного яйца (**цитостатические препараты**). Плодное яйцо, которое прекратило свое развитие, в дальнейшем лизируется ферментами, клетками иммунной системы и т.д. Для применения этой методики плодное яйцо должно иметь небольшие размеры, беременность не должна быть нарушенной (внутрибрюшное кровотечение).

Требуется тщательно контролировать в таких случаях общее состояние больной женщины.

После такого лечения, как правило, репродуктивная функция не страдает!

В большинстве случаев для консервативного лечения применяют метотрексат.

Метотрексат является антогонистом фолиевой кислоты и ее производных, необходимых для синтеза РНК и ДНК и обеспечения роста клеток наружного слоя эмбриона, через который поступают все необходимые для жизнедеятельности вещества.

При внематочной беременности препарат вводится в небольших дозах, не вызывающих тяжелых побочных действий.

Назначают метотрексат
по 1 мг/кг в сутки в/м через день.

Метотрексат отменяют, когда уровень Р-субъединицы ХГ в сыворотке крови снизится на 15 % за сутки.



Рекомендации по введению метотрексата при внематочной беременности.

Перед введением препарата:

- определить *уровень в-субъединицы ХГ в сыворотке крови*;
- провести *трансвагинальное УЗИ* (диаметр плодного яйца, расположенного в области придатков матки, не должен превышать 3,5 см);
- при *уровне р-субъединицы ХГ в сыворотке менее 2000 МЕ/л* произвести раздельное диагностическое выскабливание полости матки и цервикального канала или вакуум-аспирацию;
- выполнить *биохимические исследования и ОАК*, при гематокрите менее 30 % назначить препараты железа;
- женщинам с Rh- отрицательной кровью назначить анти-Rh (D)-иммуноглобулин для в/м или в/в введения;
- получить письменное согласие больной на лечение.

Схемы лечения метотрексатом

Однократная

Однократное введение позволяет избежать выраженных побочных эффектов. В случае незначительного результата, если не произошло снижение концентрации ХГЧ на 15% между 4 — 7-м днем терапии, не исключено повторное введение средства.

Двукратная

При двукратном приеме дозировка препарата остается такой же. Но введение Метотрексата проводят дважды — в 1-й и 4-й день терапии.

+ возможен пероральный приём метотрексата

Многократная

Многократное введение — курс внутримышечных инъекций. **Дозировка - 1 мг на 1 кг общей массы тела.** Инъекции проводят в 1-й, 3-й, 5-й, 7-й день терапии. В остальные дни внутримышечно вводят раствор фолиевой кислоты. Многократная схема рекомендована, если показатель ХГЧ превышает 5000 мМЕ/мл.

Спасибо за внимание

