**Внематочная беременность**

Это беременность, при которой оплодотворенная яйцеклетка развивается вне полости матки.

**Частота** этого заболевания среди всех гинекологических больных, поступающих в стационар, колеблется от 1 до 6%. В настоящее время отмечается тенденция к возрастанию

частоты внематочной беременности, что объясняется улучшением диагностики этого заболевания, ростом воспалительных процессов женских половых органов, увеличением количества оперативных вмешательств на маточных трубах.

**Классификация**

По локализации внематочная беременность подразделяется на трубную(ампулярная, истмическая, интерстициальная), яичниковую, брюшную, беременность в рудиментарном роге матки.

ПО частоте: редкие формы — интерстициальная, яичниковая, брюшная и часто встречающиеся формы — ампулярная и истмическая.

По характеру клинического течения внематочная беременность разделяется на развивающуюся и нарушенную. В подавляющем большинстве случаев врачи имеют дело с нарушеной внематочной беременнностью.

**Причины**

Ø нарушение транспортной функции маточных труб:

1. перенесенные ранее аднексит, эндометрит, аборты
2. эндометриоз
3. нарушение гормональной функции яичников.
4. нарушение развития половой системы ит.д.

ШШ нарушение ферментативной способности плодного яйца

При имплантации в интерстициальную или истмическую часть ворсины хориона постепенно разрушают стенку трубы, что приводит к возникновению внутреннего кровотечения. Если же плодное яйцо имплантируется в ампулярном отделе трубы, то здесь чаще происходит отслойка плодного яйца, после чего сокращениями трубы плодное яйцо выбрасывается через ампулярный конец в брюшную полость. Происходит так называемый “трубный выкидыш”.

Т.о. , нарушение беременности может происходить по типу наружнего разрыва плодовместилища(разрыв яичника, рудиментарного рога матки, интерстициального, истмического и редко ампулярного отдела маточной трубы) и внутреннего разрыва плодовместилища, или трубный аборт ( по такому типу чаще всего происходит нарушение беременности, расположенной в ампулярном отделе трубы.

**Клиника**

**Дифференциально-диагностические признаки различных форм внематочной беременности**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Клинические признаки | Прогрессиру­ющая внематочная беременность | Трубный выкидыш | Разрыв маточной трубы |
| Признаки беременности | Положительные | Положительные | Положительные |
| Общее состо­ние больной | Удовлетвори­тельное | Периодически ухудшается, кратковре­мен­ные обмо­роки, дли­тельные пе­риоды удов­летворитель­но­го состо­яния | Коллаптоидное состояние, клиника массивной кровопотери, постоянное ухудшение |
| Боли | Отсутствуют | Характер периодически повторяющихся приступов | Влзникают внезапно в виде острого приступа |
| Выделения | Отсутствуют | Мажущие кровянистые выделения темного цвета,следуют за приступами болей, могут быть части децидуальной оболочки | Часто отсутствуют или небольшие кровянистые |
| Данные влагалищного исследования | Матка меньше срока задержки месячных, рядом с маткой определяется образование вытянутой формы, безболезнен­ное, своды свободные | Те же, болезненность при смещении матки, образование без четких границ, уплощение заднего свода | Те же, симптомы “плавающей” матки, болезненность матки и области придатков пораженной стороны, нависание заднего свода |
| Наиболее информативные методы исследования | УЗИ, лапароскопия, диагности­ческое выскабливание матки | Лапароскопия | Пункция заднего свода |

Разрыв трубы. Диагностика трубной беременности, нарушенной по типу разрыва трубы, обычно не вызывает затруднений. В таких случаях наблюдается картина массивного внутреннего кровотечения и перитонеального шока.

Обычно у больной бывает задержка очередной менструации (но ее может и не быть) и она считает себя беременной. Среди полного здоровья внезапно появляются резкие приступообразные боли внизу живота, особенно в одной из подвздошнных областей , отдающие в задний проход, поясницу или нижние конечности. Появляется френикус-симптом. Боль при разрыве трубы обусловлена не только ее разрывом, но и раздражением брюшины излившейся из поврежденных сосудов кровью. Часто бывают кратковременная потеря сознания, головокружение, обморочное состояние, тошнота, рвота, икота. Мочеиспускание обычно задерживается, но может быть и учащенным. Появляются позывы на дефекацию, иногда понос. Больная бледна, апатична, зрачки расширены, на лице выступает холодный пот, губы бледные, с синюшным оттенком.

Пульс частый, слабого наполнения и напряжения, артериальное давление, как максимальное, так и минимальное, снижено и прогрессивно падает. Отмечается одышка.

Живот умеренно вздут, больная щадит его во время дыхания. Перкуссия и пальпация живота резко болезненны, особенно на стороне разорвавшейся трубы. Определяются симптомы раздражения брюшины. Необходимо обратить внимание на так называемую перкуторную болезненность, т.е. болезненность при перкуссии живота.

При перкуссии живота, помимо резкой болезненности, возникающей в связи с раздражением брюшины излившейся кровью, в отлогих местах брюшной полости определяется притупление перкуторного звука, граница которого перемещается с изменением положения тела больной. Это притупление обусловлено наличием свободной крови в брюшной полости.

**Гинекологическое исследование при разрыве трубы**

В зеркалах — цианоз влагалища. Влагалищное исследование болезненно. Особенно болезненны смещения шейки матки. Матка несколько увеличена, размягчена и болезненна при пальпации. Иногда при пальпации создается впечатление, что она как бы плавает в жидкости — симптом “плавающей” матки. Задний свод влагалища сглажен или даже выпячен, пальпация его резко болезнена — “крик Дугласа”.

**Трубный аборт**. Внезапно или исподволь возникают приступообразные боли типа схваток в одной из подвздошных областей. Эти боли обычно не так сильно выражены, как при разрыве трубы, они могут прекратиться и тогда больная чувствует себя лучше. Во время приступа ей наоборот плохо - ее икает, рвет, тошнит. Иногда боли отдают в ноги, в задний проход, появляются позывы на дефекацию, но приступ проходит и все эти симптомы исчезают или в значительной степени уменьшаются.

Для суждения о степени кровопотери большое значение имеет осмотр больной, при котором часто обнаруживается бледность кожных покровов и слизистых оболочек. Пульс обычно ритмичный, удовлетворительного наполения, не учащен. Артериальное давление чаще нормальное, иногда несколько снижено. Температура нормальная, иногда субфебрильная. Молочные железы несколько уплотнены, при надавливании из сосков часто выделяется секрет молочного цвета. Передняя брюшная стенка обычно учавствует в акте дыхания, перкуссия ее и пальпация слегка болезненны в одной из подвздошных областей. При значительном кровотечении в брюшную полость отмечаются наличие в ней свободной жидкости и симптомы раздражения брюшины.

**Гинекологическое исследование при трубном аборте**

Исследование в зеркалах — цианоз слизистой оболочки, темные скудные кровянистые выделения из шеечного канала.

Влагалищное исследование — смещения шейки матки болезненны, увеличение матки не соответствует сроку задержки менструации, матка несколько размягчена. В области придатков матки с одной стороны пальпируется опухолевидное образование колбасовидно или веретенообразной формы мягковатой консистенции, ограниченно подвижное, умеренно болезненное с нечеткими контурами. Задний свод влагалища уплощен или выпячен, пальпация его болезненна.

**Диагноз** внематочной беременности ставят на основании жалоб больной, анамнеза, результатов общего, специального гинекологического и лабораторных исследований.

**Дополнительные методы диагностики внематочной беременности**

**Определение ХГ в сыворотке крови или в моче**

Эти лабораторные методы диагностики высокоспецифичны — правильные ответы можно получить уже с 9-12 деньпосле оплодотворения яйцеклетки (92-100%).

**Лапароскопия**

Противопоказания:

1. перитонит
2. тяжелые неврозы
3. сердечно-сосудистые и легочные заболевания в стадии декомпенсации.
4. метеоризм
5. ожирение
6. спаечный процесс в брюшной полости
7. шок

Эндоскопическая картина при нарушенной трубной беременности характеризуется утолщением маточной трубы, сине-багровым ее цветом на фоне блестящей брюшины и белесоватого яичника. Брюшина малого таза, а иногда лишь мелкие ее складки как бы смазаннной темной крови.

**Гистологическое исследование соскоба эндометрия**

О целесообразности этого метода единого мнения нету Некоторые авторы (Щ.И.Топчиева и И.И. Семенова)рекомендуют выскабливание как ценный и безопасный метод диагностики внематочной беременности, но большинство авторов считают, что можно спровоцировать разрыв маточной трубы с профузным кровотечением. Грязнова и др.считают возможным выскабливание матки лишь у тех больных, у которых необходимо провести диференциальный диагноз с маточной беременностью, при угрожающем (при нежелании женщины сохранить беременность) или неполнорм аборте. Одним из наиболее достоверных признаков внематочной беременности является децидуальная реакция стромы эндометрия при отсутствии в соскобе элементов хориона. Однако, данные гистологического соскоба эндометрия не всегда могут иметь решающее значение при диагностике в.б., так как отсутствие хориальных элементов не всегда свидетельствует о в.б., потому что плодное яйцо при раннем сроке маточной беременности может выделиться из матки полностью в результате аборта; а также децидуальным изменениям эндометрий может подвергаться и у небеременных женщин при наличии персистирующего желтого тела ил лютеиновой кисты, а обнаружение в соскобе ткани хориона не исключает существования наряду с маточной и эктопической беременности.

**Пункция через задний свод влагалища**

Для нарушенной внематочной беременности характерно появление из иглы, введенной в прямокишечно-маточное углубление, темной кров с мелкими сгустками. Однако наличие крови еще не указывает достоверно на внематочную беременность. Кровь в брюшной полости может быть обнаружена при разрыве кисты, апоплексии яичника и других состояниях, а в случае прогрессирующей трубной беременности крови в брюшной полости не бывает.

Результаты пункции могут быть ложноотрицательными (в случае закупорки просвета иглы сгустком крови, выраженным спаечным процессе в области придатков матки, скоплении небольшого количества крови в брюшной полости)и ложноположительными (пр попалдании иглы в сосуд параметрия, влагалища или матки).

**Реография органов малого таза**

Это исследование абсолютно безвредно и позволяет получить информацию о колебаниях кровенаполнения и о функциональном состоянии сосудов органов.

**Гистеросальпингография**

Обнаруживают отсутствие тени трубы или дефект наполнения в расширенной трубе, расширение трубного угла с пораженной стороны и гипотонию матки.

**Артерио- и флебография**

выявляют сосудистую сеть плодного яйца в проекции трубы.

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

следует дифференциировать с

1. маточным абортом при малом сроке беременности
2. обострением хронического сальпингоофорита или с острым воспалением придатков — при воспалении боль нарастает постепенно, сопровождается повышением температуры, нет признаков внутреннего кровотечения, цвет кровянистых выделений имеет яркий оттенок.
3. дисфункциональным маточным кровотечением репродуктивного периода
4. перекрутом ножки опухоли или кисты яичника, но при этих заболеваниях в анамнезе есть указания на наличие опухоли или кисты яичника, отсутствуют задержка менструации и другие признаки беременности, признаки внутреннего кровотечения.
5. апоплексией яичника, но у больных, как правило не бывает задержки менструации, а заболевание наступает в дни, близкие к овуляции или перед очередной менструацией, нет признаков беременности.
6. острым аппендицитом

7. холециститом, колитом, мочекаменной болезнью.

Разрыв трубы дифференциируют с

1. маточным абортом, разграничить эти два состояния позволяют наличие симптомов резкой анемизации при отсутствии наружнего кровотечения, притупление перкуторного звука в отлогих частях живота, при гинекологическом исследовании — нависание влагалищных сводов, несоответствие размеров матки сроку предполагаемой беременности. Кроме того, при аборте выделения ярко-красного цвета, боли схваткообразные или тянущие.
2. апоплексией яичника
3. перекрутом ножки опухоли или кисты яичника, но тут нет притупления перкуторного звука и нависания влагалищных сводов.
4. аппендицитом с прободением червеобразного отростка или кишечной непроходимостью
5. травмами печени и селезенки

**ЛЕЧЕНИЕ**

Все больные с подозрением на внематочную беременность подлежат госпитализации в стационар

Лечение в настоящее время комплексное. Оно складывается из следующих этапов:

1. Операция
2. Борьба с кровотечением, шоком и кровопотерей

3. Реабилитация репродуктивной функции.

Больная должна быть оперирована непосредственно после того, как установлен диагноз внематочной беременности, даже если состояние ее удовлетворительное. Исключение в смысле срочности оперативного вмешательства могут составлять случаи эктопической беременности поздних сроков, обычно после 7 месяцев, когда плод становится жизнеспособным. При хорошом состоянии больной и настойчивом желании сохранить ребенка иногда возможно наблюдение за ней до срока почти доношенной беременности в условиях стационара с последующим чревосечением.

Характер операции определяется многими факторами:

1. локализацией плодного яйца
2. выраженностью патологических изменений в пораженной и в противоположной трубе
3. общим состоянием больной
4. степенью кровопотери
5. возрастом
6. желанием иметь беременность в будущем.

**Консервативные операции**

Необходимы следующие условия:

1. удовлетворительное состояние больной и компенсированная кровопотеря
2. минимальные изменения маточной трубы
3. желание женщины сохранить репродуктивную функцию
4. если состояние здоровья больной не препятствует в будущем донашиванию беременности и родам.

Характер органосохраняющих операций определяется местом имплантации плодного яйца.

 Самые распространенные операции:

1. сальпинготомия — при локализации плодного яйца в ампулярном или истмическом отделах трубы.
2. сегментарная резекция истмического отдела с наложением анастомоза “конец в конец” — при истмической беременности.

**Реабилитация больных после операции**

С 4-5-го дня просле операции начинается неспецифическая терапия: общеукрепляющая, гемостимулирующая, десенсибилизирующая. Применяется аутогемотерапия в сочетании с препаратами кальция (5-10 инъекций), биостимуляторы, витамины группым В и С.

С 5-го дня назначают УВЧ (5 сеансов), затем электрофорез (2% р-р сульфата цинка) по брюшно-крестцовой методике ежедневно (до 15-25 процедур), С 8-10-го дня после операции можно начинать гидротубацию.

Повторные курсы реабилитационной терапии желательно проволить через 3,6,12 месяцев после операции, все это время женщина должна предохраняться от беременности.

В последнее время начали применять **неоперативное лечение** прогрессирующей внематочной беременности малых сроков. Применяют короткие курсы метатрексата или антагониста прогестерона RU-486, что приводит к резорбции плодного яйца без повреждения слизистой оболочки маточной трубы.

**Профилактика**

1. предупреждение абортов (применение противозачаточных средств)
2. воспалительных заболеваний
3. лечение инфантилизма
4. опухолей половых органов