



ПОЗАМАТКОВА ВАГІТНІСТЬ

План лекції:

- 1.Актуальність теми.
- 2.Визначення та причини виникнення позамааткової вагітності (ПВ).
- 3.Класифікація за локалізацією та клінічним перебігом. Клінічна картина, лабораторні та інструментальні методи обстеження при різних формах ПВ
- 6.Долікарська медична допомога в умовах ФАПу та лікувального закладу.
- 7.Лікування та реабілітація .

Актуальність теми:

Поняття «гострий живіт» включає в себе комплекс симптомів, що розвиваються при гострих захворюваннях і/або пошкодженнях органів черевної порожнини та заочеревинного простору.

Цей стан в абсолютній більшості випадків становить безпосередню загрозу для життя жінки та вимагає негайного надання невідкладної допомоги.

- **Окрім всього іншого, гострий живіт — це той стан хворої, який нерідко вимагає оперативного втручання ще до встановлення остаточного діагнозу.**

Слід пам'ятати, що розвиток «гострого живота» у жінок може бути пов'язаний як з гінекологічною, так і з екстрагенітальною патологією. Диференціація діагнозу іноді буває вкрай утруднена, що може бути викликаною як атиповою клінічною картиною захворювання, так і з віковими особливостями хворої або супутніми станами чи хворобами (перш за все — вагітністю).

Актуальність теми:

- Проблема позаматкової вагітності є однією з серйозних проблем в гінекології.
- Дана патологія виявляється в 2-4% від загального числа вагітностей і частота її збільшується.
- Актуальність проблеми обумовлена тим, що позаматкова вагітність – одна з частих причин материнської смертності.

Актуальність теми:

- В структурі гінекологічної захворюваності питома вага ПВ складає 1,6-25% і має стійку тенденцію до зростання.
- Кожна друга жінка з ПВ має в анамнезі вказівку на порушення репродуктивної функції.
- Крім того, після перенесеної ПВ у 60-80% хворих розвивається неплодність, а у 20-30% повторна ПВ.



Позаматковою вагітністю

вважається вагітність, коли плідне яйце імплантується і розвивається поза порожниною матки.

Симптомокомплекс «гострого живота».

**До провідних ознак «гострого
живота» відносять:**

- локалізований або розлитий біль
в животі**
- наявність перитонеальних
симптомів**
- зміни у стані хворої**

Причини в гінекології

**Гострий біль в нижніх відділах живота у жінок з вираженими перитонеальними симптомами
МОЖЛИВИЙ:**

- - при внутрішньочеревній кровотечі (позаматкова вагітність, апоплексія яєчника);
- - перекруті ніжки кісти (кістоми) яєчника;
- - перфорації гнійних утворень придатків;
- - пельвіоперитоніті.

Захворювання, що можуть привести до розвитку «гострого живота»

Гінекологічні захворювання, в свою чергу, умовно поділяють на три основні групи — відповідно до основного патогенетичного механізму і відповідних клінічних проявів.

I. Пов'язані з розвитком внутрішньочеревної кровотечі, відповідно, геморагічного шоку. Сюди входять апоплексія яєчника, розрив кісти яєчника, позаматкова вагітність, що перервалася, а також перфорація матки.

II. Захворювань включають ті, що пов'язані з гострою ішемією і некрозом органів чи тканин. В цю групу включені перекрут ніжки пухлини або кісти яєчника, перекрут ніжки і/або некроз міоматозного вузла. Клінічно ці патологічні стани проявляють себе порушеннями гемодинаміки (у перші години) та розвитком інтоксикації, пов'язаної з некротичними змінами в тканинах.

III. Запальні процеси у внутрішніх статевих органів. Сюди належать: гострий сальпінгоофорит, піосальпінкс, піовар, тубоваріальний абсцес, первинний гонорейний перитоніт. В клінічній картині превалюють ознаки інтоксикації та зміни водно-електролітного балансу.

Основні симптоми «гострого живота»

- *Біль* є основною та постійною ознакою «гострого живота». Він може виникнути гостро, або мати постійний характер з тенденцією до посилення чи бути нападоподібним.
- При наявності вільної рідини у черевній порожнині (кров, запальний випіт) характерною є іррадіація болю під лопатку або в ключицю — френікус-симптом.

Вже під час звичайного огляду звертає на себе увагу відставання передньої черевної стінки під час дихання. Хвора «береже» живіт, намагаючись дихати грудьми. Важливо, що у жінок істероїдного типу можливе перебільшення важкості свого стану, тому огляд і пальпацію бажано проводити ніби відволікаючи увагу хворої (наприклад, сторонніми запитаннями).

- Перкусія живота має особливу цінність при диференціюванні гострого апендициту від гінекологічної патології (особливо на до госпітальному етапі), діагностиці кишкової непрохідності, розлитого перитоніта і так далі.**

- Важливим є виявлення позитивного симптому Куленкампа I — вираження болючість при перкусії передньої черевної стінки за відсутності захисного напруження м'язів. Ця ознака майже в 100% випадків виявляється у хворих з апоплексією яєчника або перерваною позаматковою вагітністю та є нехарактерною для екстрагенітальної патології та інших гінекологічних захворювань

- **Пальпацію живота необхідно проводити за загальними правилами, не обмежуючись лише нижніми його відділами.**
- **Особливу увагу звертають на наявність та вираженість ознак подразнення очеревини, серед яких одним з найбільш інформативним вважається симптом Щоткіна - Блюмберга.**

Причини розвитку ПВ :

1. Запальні захворювання матки та придатків матки в анамнезі.

2. Рубцево-спайкові зміни органів малого таза внаслідок перенесених раніше операцій на внутрішніх статевих органах, пельвіоперитоніту, абортів.

3. Порушення гормональної функції яєчників.

4. Генітальний інфантилізм.

5. Ендоментріоз.

6. Використання внутрішньоматкових контрацептивів.

7. Допоміжні репродуктивні технології.

Сучасна класифікація виділяє часті та рідкісні форми ПВ.

За МКХ-10 розрізняють:

I. За локалізацією:

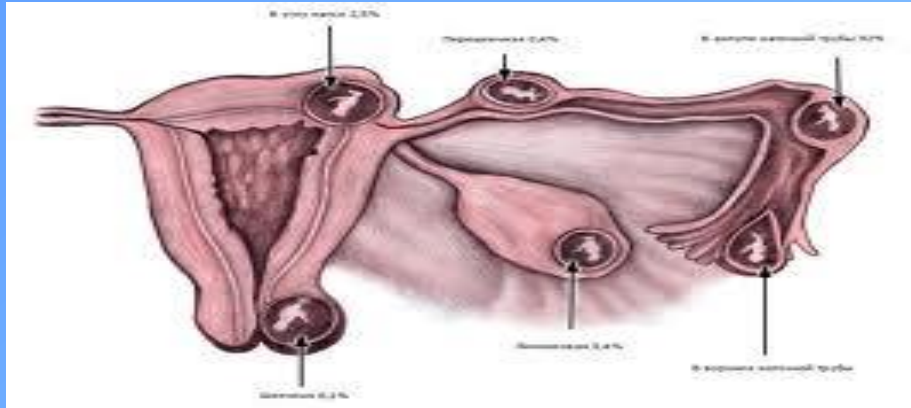
1. Абдомінальна (черевна) вагітність.

1.1. Трубна вагітність.

1.2. Яєчникова вагітність.

1.3. Інші форми позаматкової вагітності.

1.4. Позаматкова вагітність не уточнена.



II. За перебігом:

- прогресуюча
- порушена (трубний аборт, розрив маткової труби)
- завмерла вагітність

Трубна вагітність

Клінічні прояви:

1. Ознаки вагітності:

- затримка менструацій;
- нагрубання молочних залоз;
- зміна смакових, нюхових та інших відчуттів, характерних для вагітності;
- ознаки раннього гестозу (нудота, блювота);
- Позитивні імунологічні реакції на вагітність (ХГЛ у сироватці крові та сечі).



2. *Порушення менструального циклу* –

мажучі, кров'яні виділення зі статевих шляхів:

- після затримки менструацій;
- з початком наступної менструації;
- до настання очікуваної менструації.

3. Больовий синдром:

- односторонній
переймоподібний або постійний
біль внизу живота;
- раптовий інтенсивний біль у
нижній частині живота;
- перитонеальні симптоми у
нижньому відділі живота, різного
ступеня
вираженості;
- іррадіація болю у пряму кишку,
область промежини та крижі.



4. *Ознаки внутрішньочеревної кровотечі (у разі порушеної позамааткової вагітності)*

- притуплення перкуторного звуку у фланках живота;
- позитивний симптом Куленкампа (наявність ознак подразнення очеревини за умови відсутності локального м'язового напруження у нижніх відділах живота);

- у горизонтальному положенні хворої позитивний двосторонній “френікус” симптом, а у вертикальному – головокружіння, втрата свідомості;
- у разі значного гемоперитонеума – симптом Щоткіна-Блюмберга;
- прогресуюче зниження показників гемоглобіну, еритроцитів, гематокриту за результатами аналізу крові.



5. Порушення загального стану (у разі порушеної позамааткової вагітності):

- слабкість, головокружіння, втрата свідомості, холодний піт, колапс, гемодинамічні порушення;
- нудота, рефлєкторне блювання;
- метеоризм, однократна діарея.

Дані гінекологічного обстеження:

- при огляді в дзеркалах шийка матки ціанотична, вічко закрите;
- піхвове дослідження різко болюче, особливо зміщення шийки матки;
- матка дещо збільшена в розмірах, м'яка, різко болюча при пальпації, складається враження, що матка “плаває” в рідині – симптом “плаваючої матки”;
- розміри матки менші від очікуваного терміну вагітності;

Дані гінекологічного обстеження:

- через одне з бокових склепінь визначаються придатки без чітких контурів.
- заднє склепіння вип'ячено, пальпація його різко болюча (“крик Дугласа”).

Інструментальні методи обстеження

Трансвагінальне УЗД:

- відсутність плодового яйця у порожнині матки;
- візуалізація ембріона поза порожниною матки;
- виявлення утвору неоднорідної структури в області проекції маткових труб;
- значна кількість вільної рідини у дугласовому просторі.

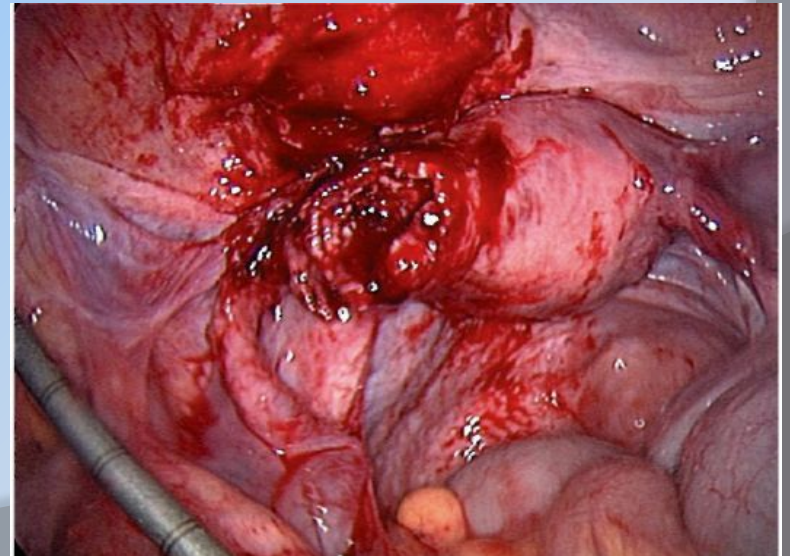
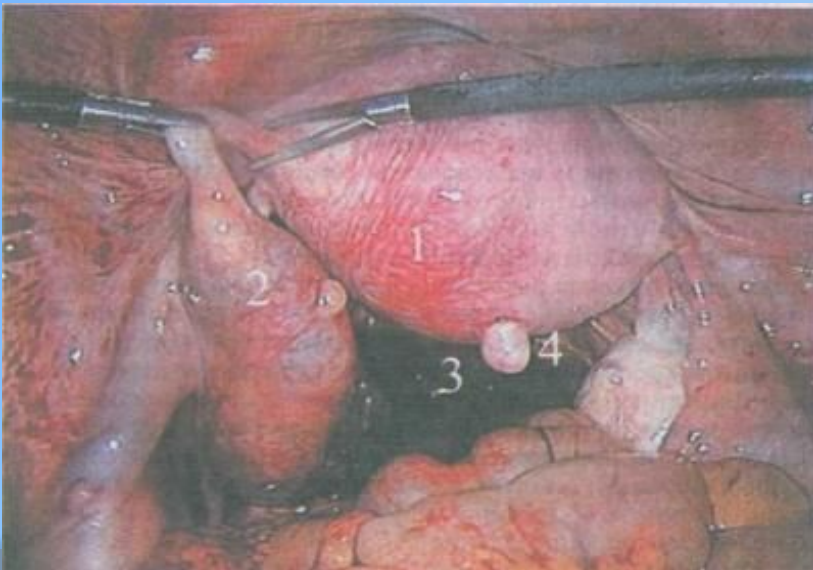


Лапароскопія – візуальне встановлення позаматкової вагітності у вигляді:

- ретортоподібного потовщення маткової труби багряно-синюшного кольору;
- розриву маткової труби;



- кровотеча з ампулярного отвору або з місця розриву маткової труби;
- наявність в черевній порожнині і в дугласовому просторі крові у вигляді згортків або у рідкому стані;
- наявність у черевній порожнині елементів плідного яйця.



Діагностичне вишкрібання стінок

порожнини матки:

- відсутність у вишкрібі елементів плідного яйця;
- наявність у вишкрібі децидуальної тканини.

Пункція черевної порожнини через заднє склепіння піхви:

Проводиться для диференціальної діагностики порушеної позамааткової вагітності. Наявність у пунктаті рідкої крові – одна з ознак порушеної позамааткової вагітності.

У разі клінічних ознак значної внутрішньочеревної кровотечі пункція черевної порожнини через заднє склепіння піхви не проводиться, оскільки це затримує час початку операції.

Діагностичні ознаки різноманітних форм трубної вагітності

Клінічні ознаки	Прогресуюча позаматкова вагітність	Трубний викидень	Розрив маткової труби
Ознаки вагітності	Позитивні	Позитивні	Позитивні
Загальний стан хворої	Задовільний	Періодично погіршується, короточасні втрати свідомості, тривалі періоди задовільного стану	Колаптоїдний стан, клініка масивної крововтрати, прогресивне погіршення стану
Біль	Відсутній	Характер нападів, що періодично повторюються	З`являється у вигляді гострого нападу
Виділення	Відсутні або незначні кров`яні	Кров`яні виділення темного кольору, з`являються після нападу болю	Відсутні або незначні кров`ні
Піхвове дослідження	Матка не відповідає терміну затримки місячних, поряд з маткою визначається утворення ретортоподібної форми, безболісне, склепіння вільні	Такі самі, болючість при зміщенні матки, утворення без чітких контурів, заднє склепіння згладжене	Такі самі, симптоми „плаваючої матки”, болючість матки і додатків з ураженого боку, нависання заднього склепіння
Додаткові методи обстеження	УЗД, визначення рівня β -ХГЛ, лапароскопія	Кульдоцентез Лапароскопія	Не проводяться

Диференціальна діагностика.

Необхідно виключати наступні стани:

- Перекрут або розрив кісти яєчника (в анамнезі кіста яєчника, нема затримки менструації, нема інших ознак вагітності).
- Гострий апендицит (відсутність ознак вагітності, відсутність ознак кровотечі – анемізації, порушення гемодинаміки; присутність характерних для апендициту ознак – нейтрофільний лейкоцитоз, симптоми.)

- Переривання маткової вагітності (на підставі УЗД).
- Апоплексія яєчника (відбувається в середині менструального циклу).

Лікування

Принципи ведення хворих з ектопічною вагітністю:

1. Підозра на позаматкову вагітність є показанням для термінової госпіталізації.
2. Рання діагностика допомагає зменшити кількість ускладнень і надає можливість застосовувати альтернативні методи лікування.
3. У разі встановленого діагнозу ПВ необхідно провести невідкладне оперативне втручання (лапароскопія, лапаротомія).

4. У разі вираженої клінічної картини порушеної ПВ, наявності гемодинамічних порушень, гіповолемії пацієнтка негайно госпіталізується для невідкладного хірургічного втручання у найкоротші терміни лапаротомічним доступом.

5. На *догоспітальному етапі* у разі порушеної ПВ об'єм невідкладної допомоги визначається загальним станом хворої та величиною крововтрати. Інфузійна терапія (об'єм, швидкість введення розчинів) залежить від стадії геморагічного шоку

6. Застосовують *комплексний підхід* до лікування жінок з ПВ, який включає:

- а) оперативне лікування;
- б) боротьбу з кровотечею, геморагічним шоком, крововтратою;
- в) ведення післяопераційного періоду;
- г) реабілітацію репродуктивної функції.

7. *Оперативне лікування* проводять як лапаротомним, так і лапароскопічним доступом.

8. Виконання *органозберігаючих операцій* при ПВ супроводжується ризиком розвитку у післяопераційному періоді персистенції трофобласта, що є результатом його неповного видалення з маткової труби і черевної порожнини. Найбільш ефективним методом профілактики даного ускладнення є ретельний туалет черевної порожнини 2 - 3 літрами фізіологічного розчину і однократне *введення метотрексату у дозі 75 - 100 мг* внутрішньом'язово у першу, другу добу після операції.

Операції, які застосовують у разі трубної вагітності:



1. Сальпінгостомія (туботомія).

Виконується подовжня сальпінгостомія.

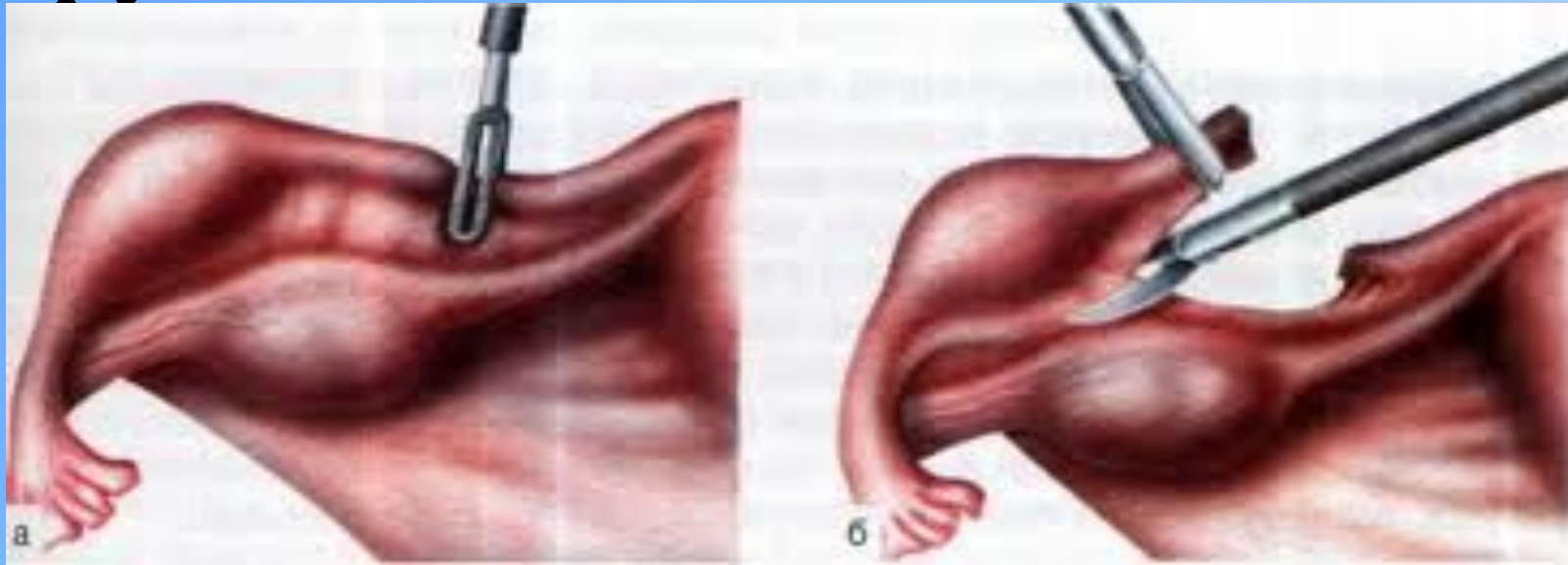
Після видалення плодового яйця сальпінгостому не ушивають. У разі, коли ворсини хоріона не проростають у м'язову оболонку маткової труби обмежуються її вишкрібанням.

Операції, які застосовують у разі трубної вагітності:

2. Сегментарна резекція маткової труби.

Видаляють сегмент маткової труби, де знаходиться плодове яйце, після чого виконують анастомоз двох кінців труби. При неможливості виконання сальпінго-сальпінго анастомозу можна перев'язати обидва кінці і накладати анастомоз пізніше.

Операції, які застосовують у разі трубної вагітності:



3. Сальпінгектомія. Цю операцію виконують у разі порушеної трубної вагітності, що супроводжується масивною кровотечею. Операцію і гемотрансфузію у такому разі проводять одночасно.

Рідкісні форми позаматкової вагітності:

Яєчникова вагітність

Розвивається у разі запліднення яйцеклітини у порожнині фолікула. Частота яєчникової вагітності складає 0,5 - 1 % від усіх ПВ і займає друге місце по частоті після трубної вагітності. Єдиним фактором ризику цього варіанту позаматкової вагітності є використання внутрішньоматкових контрацептивів.

Діагностика.

Клінічні ознаки такі самі, як і при трубній вагітності. При порушеній яєчниковій вагітності також можлива клініка геморагічного шоку. У 75 % випадків яєчничкової вагітності помилково виставляють діагноз апоплексії яєчника. У діагностиці допомагає УЗД органів малого тазу, особливо трансвагінальним датчиком, коли плодове яйце візуалізується в області яєчника та позитивна якісна реакція на ХГЛ.

Лікування.

Хірургічне лікування включає видалення плодового яйця та клиновидну резекцію яєчника.

У разі масивного ураження яєчника та значної внутрішньочеревної кровотечі виконують оваріектомію.





- ◎ **Шийкова вагітність**
- це один із рідких та
тяжких варіантів ПВ,
коли імплантація
заплідненої
яйцеклітини відбулася
у каналі шийки матки.

Діагностика.

- Анамнез, у тому числі гінекологічний. Звертають увагу на кількість абортів та перебіг післяабортного періоду, перенесені запальні захворювання внутрішніх геніталій, у тому числі шийки матки.

- Огляд шийки матки у дзеркалах.
Візуалізація ціанотичної бочкоподібної шийки матки.
- Обережне бімануальне гінекологічне обстеження. Матка разом із шийкою у вигляді **"піскового годинника"**.
- Ультразвукове дослідження органів малого тазу.

Ультразвукові ознаки шийкової вагітності:

- відсутність плідного яйця в порожнині матки;
- гіперехогенність ендометрія (децидуальна тканина);
- неоднорідність міометрія;
- матка у вигляді піскового годинника;
- розширення каналу шийки матки;
- плідне яйце в каналі шийки матки;
- плацентарна тканина в каналі шийки матки;
- закрите внутрішнє маткове вічко.

Диференціальна діагностика.

Шийкову вагітність диференціюють із самовільним абортom, міомою, раком шийки матки, випадінням субмукозної міоми на ніжці, трофобластичною пухлиною, передлежанням та низьким розташуванням плаценти. УЗД дозволяє досить чітко провести диференційну діагностику, виявити відмінності між шийковою вагітністю та іншою акушерсько-гінекологічною патологією.

Лікування.

- У разі діагностованої шийкової вагітності - **категорична відмова від проведення вишкрібання стінок порожнини матки, яке може призвести до розвитку профузної кровотечі.**
- **Метод лікування шийкової вагітності - хірургічний (екстирпація матки).**
- Після підтвердження діагнозу шийкової вагітності визначають групу крові та Rh-фактор, отримують поінформовану письмову згоду хворої на виконання екстирпації матки.

- У відділенні трансфузіології замовляють одногрупну свіжозаморожену плазму, свіжозаготовлену еритроцитарну масу, готують препарати гідроксиетильованого крохмалю.

Абдомінальна (черевна) вагітність

Складає 0,003 % від усіх випадків ПВ.

Розрізняють первинну і вторинну черевну вагітність.

Під первинною розуміють імплантацію заплідненої яйцеклітини в черевній порожнині.

Вторинна - формується, коли плодове яйце знаходиться в черевній порожнині після трубного аборт. Материнська смертність при черевній вагітності у 7 - 8 разів вища, ніж при трубній.

Діагностика.

Клінічні прояви залежать від терміну вагітності:

- У першому та на початку другого триместру вони мало відрізняються від симптомів трубної вагітності.
- У більш пізні терміни вагітні скаржаться на болі під час ворушіння плода, відчуття ворушінь в епігастральній області або раптове припинення ворушіння плода.

- При фізикальному дослідженні легко пальпуються м'які частини плода і окремо матка невеликих розмірів.
- Для діагностики використовують УЗД.
- Виконання діагностичної лапароскопії у першому триместрі вагітності.

Лікування.

Враховуючи високий ризик материнської смертності, відразу після встановлення діагнозу проводять хірургічне лікування. Під час оперативного лікування виділяють і перев'язують судини, що постачають кров до плаценти, і за можливості видаляють її. Якщо це неможливо у зв'язку з сильною кровотечею, плаценту тампонують. Тампони видаляють через 24 - 48 годин і більше. Якщо виділити ці судини не вдається, проводять перев'язку і відсікання пуповини, а плаценту залишають.

Післяопераційний період.

У разі знаходження плаценти після операції у черевній порожнині її стан оцінюють за допомогою УЗД і визначення рівня - субодиниці ХГЛ. У цих випадках дуже високий ризик кишкової непрохідності, нориць, сепсису. Застосування метотрексату протипоказано, так як це супроводжується тяжкими ускладненнями, насамперед сепсисом. Причиною сепсису є масивний некроз плаценти.

Реабілітація після перенесеної ПВ.

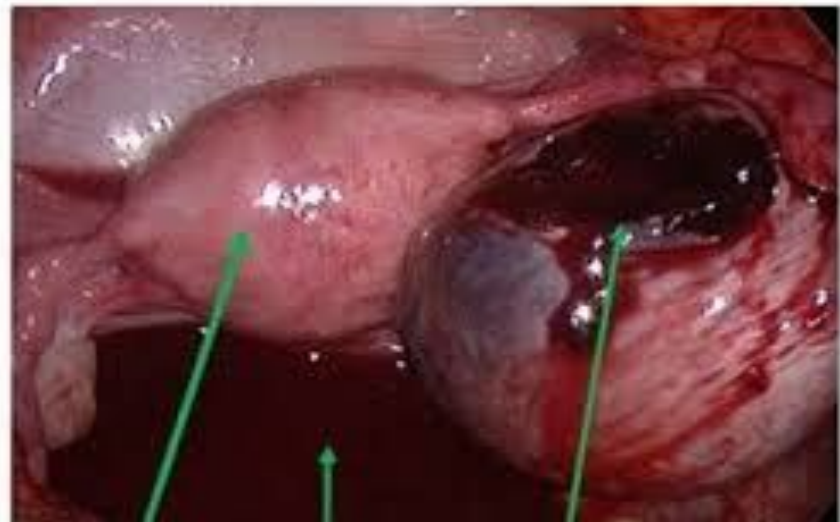
Проводиться призначення комплексу реабілітаційних заходів, спрямованих на запобігання утворенню спайок та зрощень у ділянці операції і відновлення функціональної активності маткових труб:

- гірудотерапія,
- магнітотерапія ,
- грязелікування,
- індуктотермія та ін.

- ◎ **Синонімами Апоплексія яєчника** служать гематома, інфаркт, розрив яєчника. Апоплексія яєчника зустрічається у 1-3% всіх жінок з гінекологічною патологією, частіше у віці 20-35 років. Частіше розвивається Апоплексія правого яєчника, що пов'язано з його більш багатим кровопостачанням правої яєчникової артерією, що відходить безпосередньо від аорти. Правий яєчник характеризується великими розмірами, масою і більш розвиненою

Причини апоплексії яєчника

- ⦿ в II фазу оваріального менструального циклу.
- ⦿ внаслідок полікістозу яєчників, варикозного розширення вен яєчника, оофориту, запалення придатків,
- ⦿ медикаментозне стимуляцією овуляції



- **При апоплексії яєчника під час огляду визначаються:**
- **при больовій формі** - болючість в нижніх відділах живота, симптоми подразнення очеревини виражені слабо;
- **анемічній формі** - ознаки внутрішньочеревної кровотечі.
- **змішана форма**

- ◎ Перекрут ніжки кісти (кістоми) яєчника викликає:
- ◎ - болі внизу живота з боку утворення - поступово наростаючі або гострі;
- ◎ - нудоту, блювоту, метеоризм;
- ◎ - парез кишкового;
- ◎ - напругу передньої черевної стінки;
- ◎ - симптоми роздратування очеревини.

Клінічна картина запальних захворювань жіночих статевих органів, зокрема придатків матки, нерідко стерта, малосимптомна.

Піосальпінкс, пиовар, тубооваріальний абсцес викликають:

- - постійні болі внизу живота, переважно з боку запалення;
- - озноби, високу лихоманку;
- - слабкість;
- - тахікардію;
- - нудоту, затримку випорожнення, газів;
- - гнієвидні виділення із статевих шляхів.

НД при «гострому животі» в гінекології

- ◎ Строгий ліжковий режим
- ◎ Холод на низ живота
- ◎ Фіксація вени
- ◎ В/венне введення кровозамінників:
фізрозчин, р-н Рінгера, дисіль, трисіль.
- ◎ Контроль пульсу, АТ
- ◎ ! Не вводити знеболюючі, не годувати пацієнтку
- ◎ Негайна госпіталізація

Дякую за увагу!