

Московский государственный медико-стоматологический
университет им.А.И.Евдокимова

Кафедра акушерства и гинекологии

Эктопическая беременность

Работу
выполнила:
Голикова О.С.
Студентка 4
курса, 14 группы

Москва, 2017

МКБ-10. «Беременности с абортивным исходом»

- O00.0 Абдоминальная (брюшная) беременность.
- O00.1 Трубная беременность.
- O00.2 Яичниковая беременность.
- O00.8 Другие формы внематочной беременности.
- O00.9 Внематочная беременность неуточненная.

Классификация

а. Абдоминальная (брюшная) беременность

1. Первичную (имплантация в брюшной полости происходит первоначально).
2. Вторичную (имплантация в брюшной полости происходит вследствие изгнания плодного яйца из трубы).

б. Трубная беременность

1. Ампулярная.
2. Истмическая.
3. Интерстициальная.

в. Яичниковая беременность

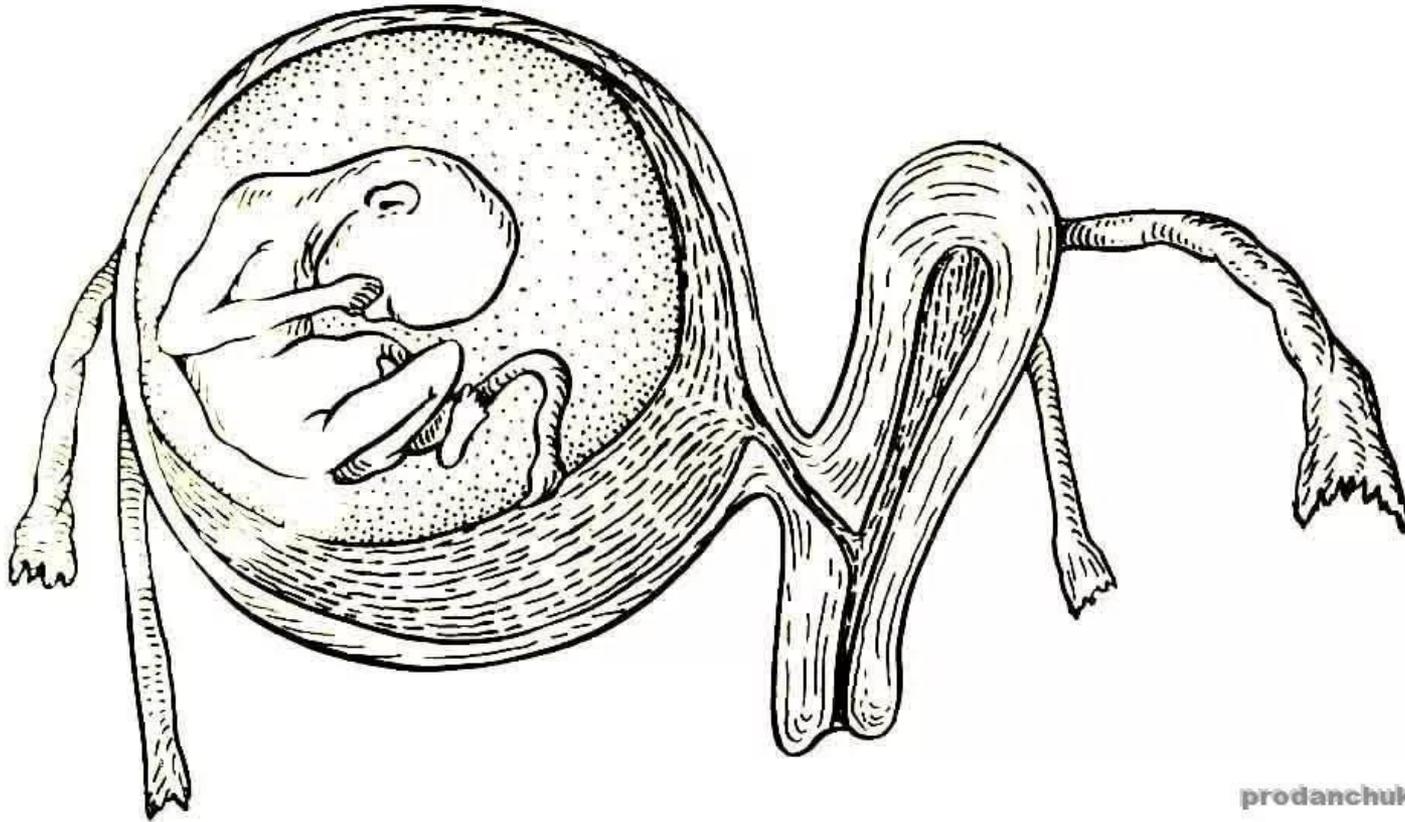
1. Развивающаяся на поверхности яичника
2. Развивающаяся интрафолликулярно.

г. Другие формы внематочной беременности

- 1 Шеечная
- 2 Комбинированная
- 3 В роге матки
- 4 Внутрисвязочная
- 5 В брыжейке матки
- 6 Неуточнённая.



Беременность в рудиментарном роге



Факторы риска эктопической беременности:

гормональные:

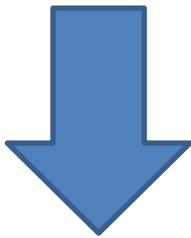
- индукция овуляции (кломифен, менопаузальный гонадотропин, хорионический гонадотропин, агонисты гонадолиберина);
- повышенная биологическая активность плодного яйца;
- трансмиграция яйцеклетки и/или сперматозоидов;

Факторы риска эктопической беременности:

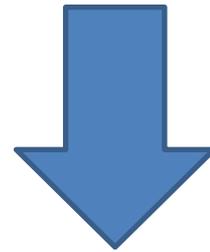
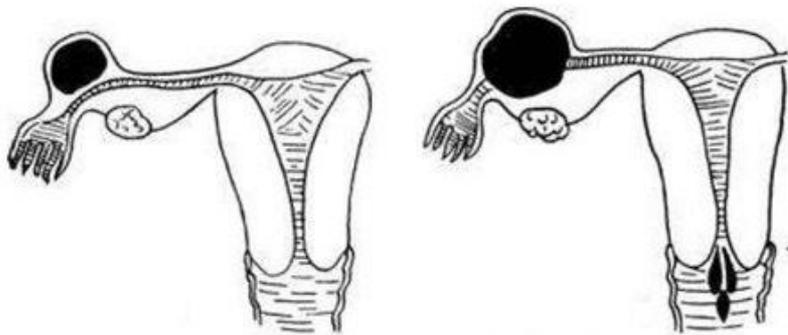
анатомические:

- воспаление маточных труб (хронический сальпингит);
 - стерилизация маточных труб;
 - использование внутриматочной контрацепции;
 - операции на маточных трубах;
-
- *другие:* генитальный инфантилизм; эндометриоз; врожденные аномалии матки; дивертикулез труб; хромосомные нарушения;

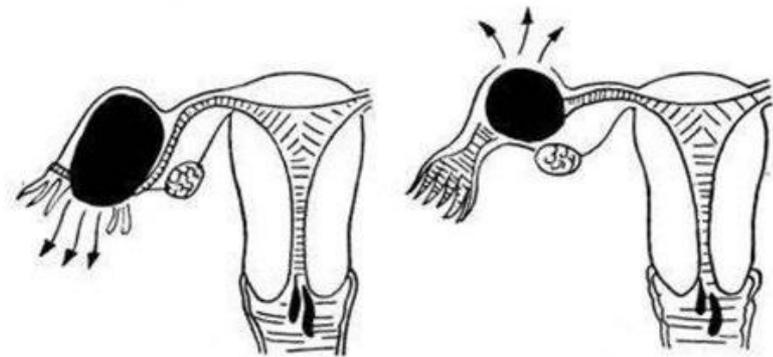
Клинические формы трубной беременности



Прогрессирующая



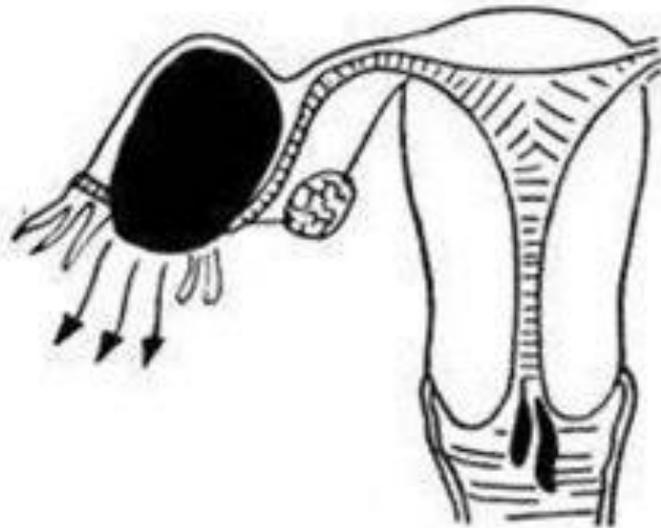
Нарушенная



Прерывание трубной беременности



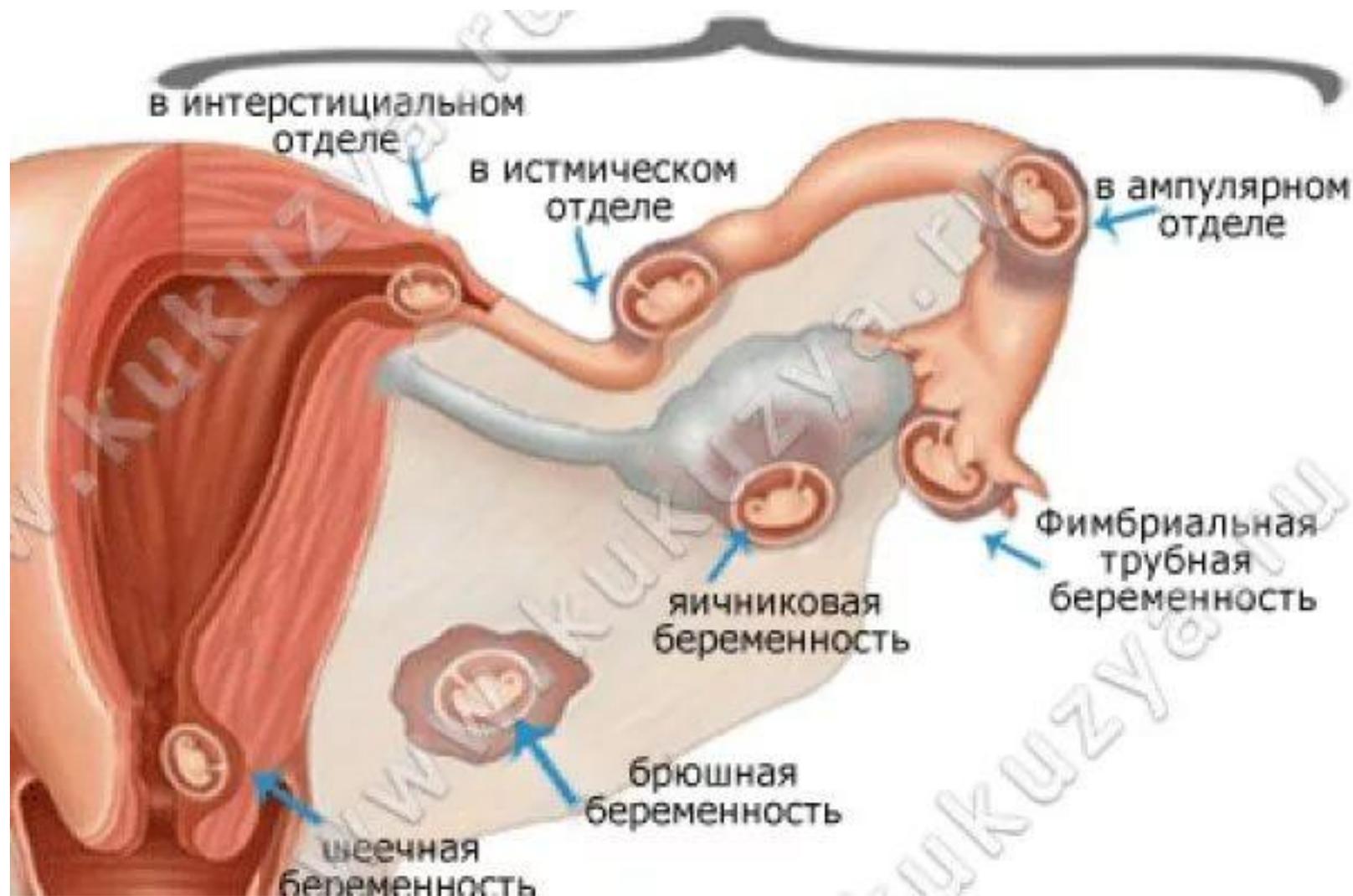
По типу трубного
аборта



По типу разрыва
трубы



Трубная беременность



Диагностика

Клинические проявления:

- изменение менструального цикла (задержка менструации от нескольких суток до нескольких недель),
- кровянистые выделения из половых путей,
- наличие гемодинамических нарушений,
- болевой синдром,
- выраженная болезненность при контралатеральных смещениях шейки матки,
- пастозность и выбухание заднего свода влагалища.

«Золотой» стандарт диагностики эктопической беременности:

- 1) Анализ крови на хорионический гонадотропин (ХГ) человека (бета-субъединицы), при котором выявляют несоответствие количества этого гормона должному при данном сроке маточной беременности.
- 2) УЗИ констатирует отсутствие в полости матки трофобласта и обнаруживает его вне полости.

Лапароскопия

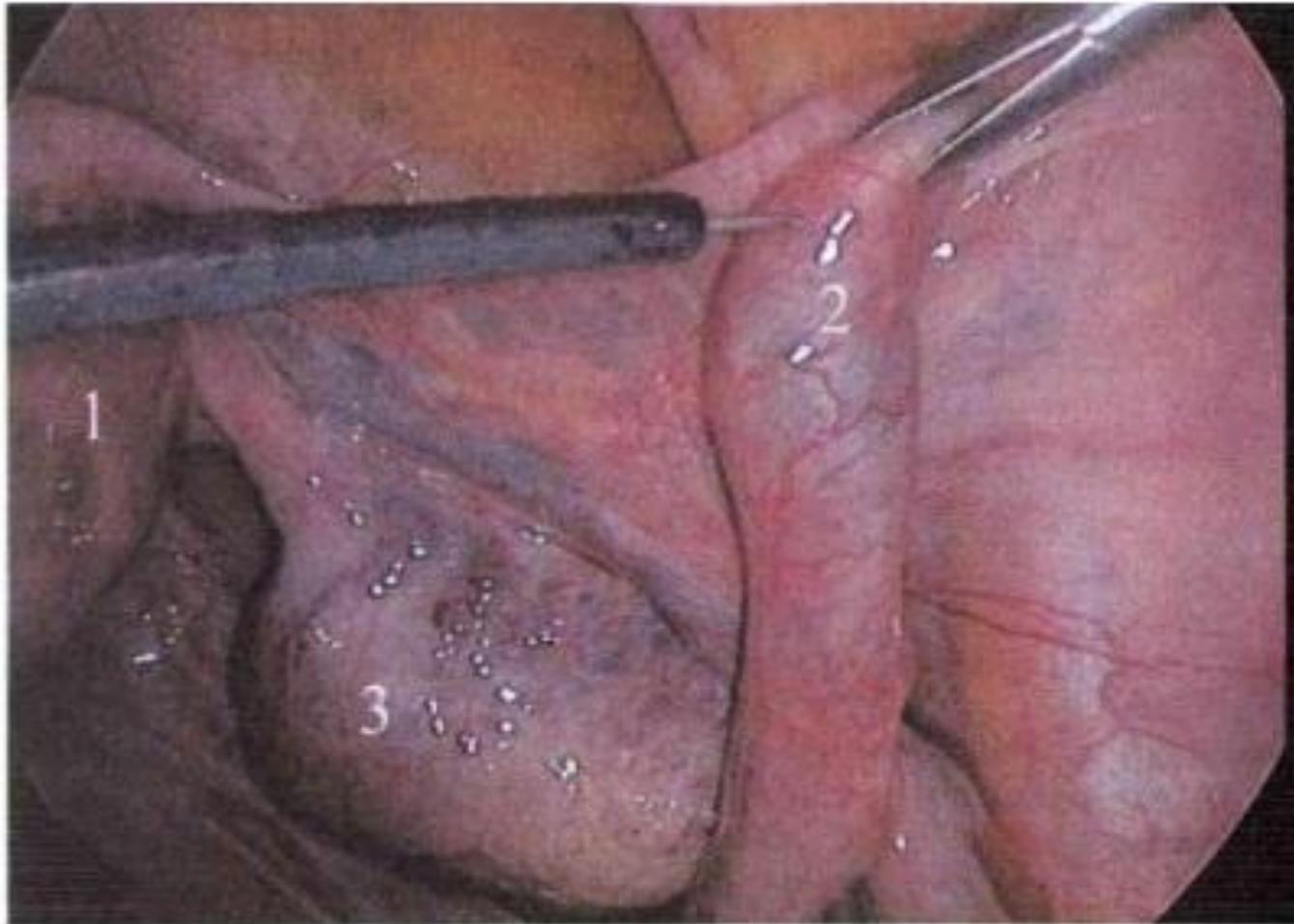


Рис. 10.2. Прогрессирующая трубная беременность (материал С.В.Штырова).
1 — матка; 2 — маточная труба с плодным яйцом; 3 — яичник.

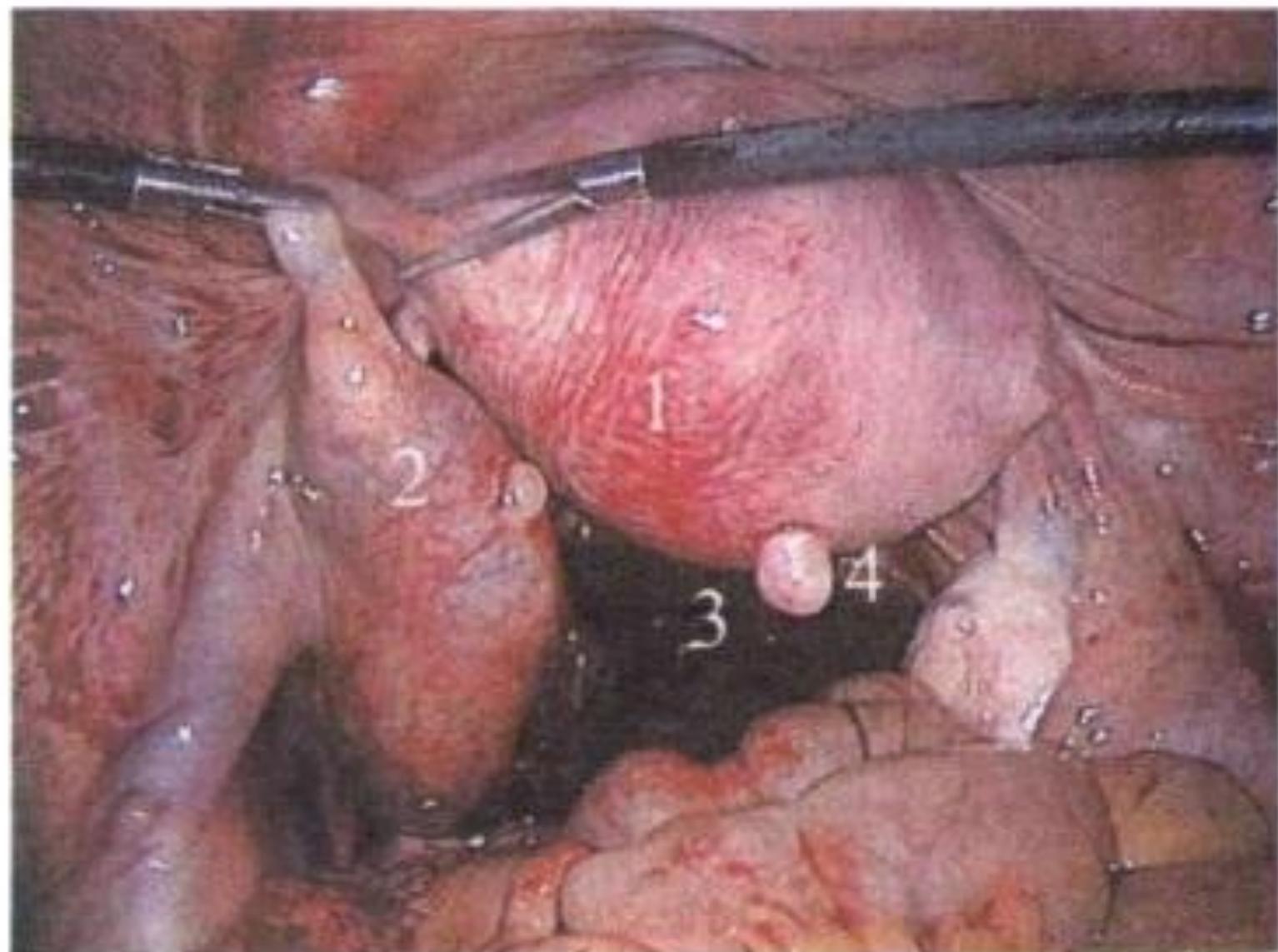


Рис. 10.3. Трубный аборт (материал С.В.Штырова).

1 — матка; 2 — маточная труба с плодным яйцом; 3 — кровь в позадиматочном пространстве; 4 — субсерозный фиброзный узелок матки.

Трансвагинальная эхография



*Эхокартина
внематочной
беременности.
Беременность 8
недель в истмическом
отделе трубы, виден
неизмененный
участок трубы (1),
окруженный
жидкостью.*

Трансвагинальная эхография



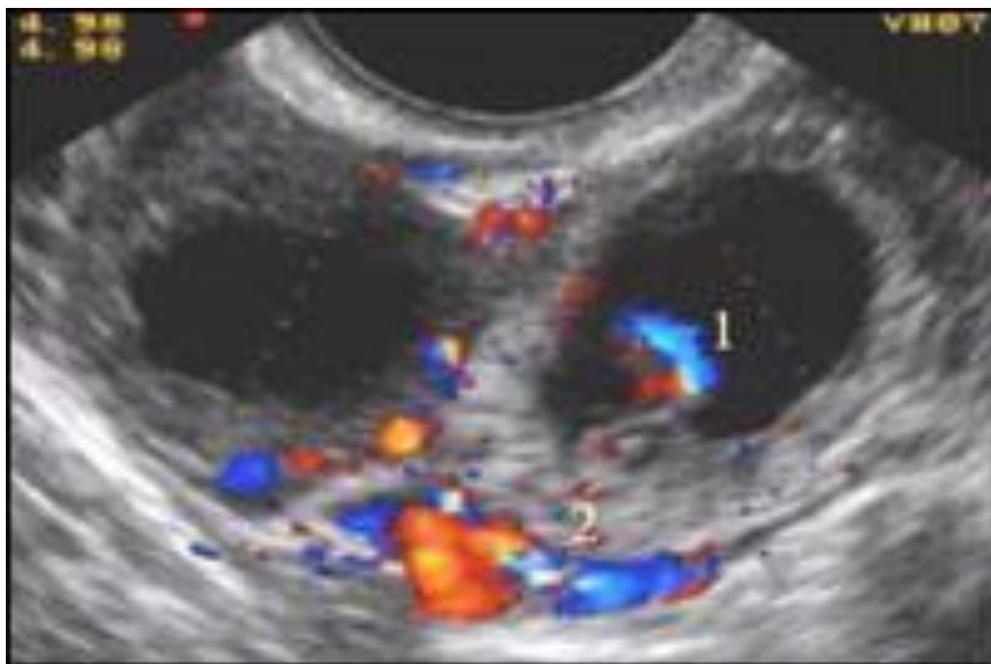
*Эхокартина внематочной
беременности.*

Обращает внимание
выраженное утолщение
стенок трубы (1)
вокруг плодместилища.

Алгоритм дифференциальной диагностики эктопической беременности :

- Опрос пациентки. Любое нарушение менструального цикла – несвоевременное наступление менструации, межменструальные кровянистые выделения, болевой синдром – является основанием для назначения анализа на определение содержания ХГ в крови.
- При наличии положительного анализа на ХГ концентрация этого гормона должна быть сопоставлена с соответствующим нормативным показателем для данного срока физиологической беременности.
- Несоответствие концентрации ХГ сроку беременности считается обоснованием назначения УЗИ для обнаружения плодного яйца.
- Наличие тубоовариального образования или новообразования в брюшной полости при положительной реакции на ХГ с высокой степенью достоверности свидетельствует об эктопической беременности. Точность диагностики не менее 99%.
- При отрицательном результате УЗИ и положительной реакции на ХГ целесообразно повторное количественное определение концентрации ХГ в крови пациентки через 2—3 дня. Отсутствие динамики или незначительное увеличение концентрации этого гормона следует расценивать как дополнительное подтверждение наличия внематочной беременности. Целесообразно повторное проведение УЗИ с целью визуализации плодного яйца.
- При наличии отрицательной реакции на ХГ (концентрация ХГ менее 10 МЕ/л) диагноз «беременность» поставлен быть не может. Концентрация ХГ от 10 до 20 МЕ/л должна расцениваться как «сомнительная реакция», и анализ целесообразно повторить через 5—7 дней.

Цветовая доплерография



*Цветовая доплерография
внематочной
беременности.*
Развивающаяся
внематочная беременность.
Цветовые пятна отражают
кровообращение эмбриона
(1) и в эктопически
расположенном
трофобласте (2).

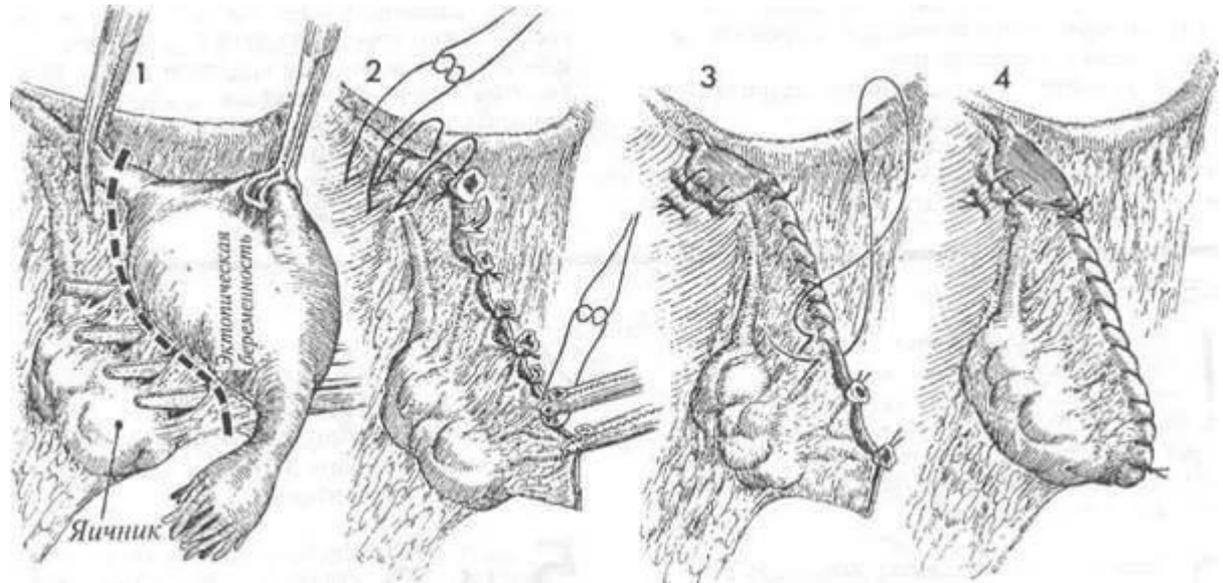
Лечение трубной беременности



Хирургическое

- Сальпингэктомия
- Сальпингостомия

Медикаментозное
Метотрексат



Спасибо за внимание!