


**МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ
РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ)
ГБПОУ РС (Я) «ЯКУТСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»**

Допущен(а) к защите

Зам.директора по УР

 Иванова М.Н.

СТЕПАНОВА САЙЫБИНА ГЕННАДЬЕВНА

ВНЕМАТОЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ НА ПРИМЕРЕ ГБУ РС(Я)

Выпускная квалификационная работа
по специальности 31.01.01 - Акушерское дело

Студент отделения «Акушерское дело»

Гр. АД 31

Руководитель

Степанова С.Г.

Корнева Г.Т.

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	2
ГЛАВА I. ПОНЯТИЕ И КЛАССИФИКАЦИЯ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ.....	4
1.1. Этиология и патогенез внематочной беременности.....	7
1.2. Диагностика и лечение внематочной беременности.....	13
ГЛАВА II. ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	20
2.1. Экспериментальное исследование информированности женщин о факторах риска и профилактике внематочной беременности	20
2.2. Статистические данные внематочной беременности по РС (Я).....	26
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	30
ВЫВОДЫ.....	32
СПИСОК ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ.....	34

Введение

Актуальность проблемы объясняется тем, что в последние годы все больше возрастает количество женщин, страдающих этим видом патологии беременности и тем, что внематочная беременность - одна из частых причин материнской смертности. Внематочная беременность среди причин материнской смертности занимает второе место в мире и обусловлена быстро развивающимся кровотечением и шоком.

Этому факту можно дать двоякое объяснение. С одной стороны, постоянно растет распространенность воспалительных заболеваний внутренних половых органов, увеличивается число хирургических вмешательств на маточных трубах, проводимых с целью регуляции деторождения, увеличение количества женщин, использующих ВМС. С другой стороны, улучшились методы диагностики, и это привело к возможности диагностирования ненарушенной и даже регрессирующей внематочной беременности.

Наблюдается увеличение числа случаев внематочной беременности, что объясняется ростом воспалительных процессов женских половых органов преимущественно хламидийной и гонорейной этиологии, увеличением количества оперативных вмешательств на маточных трубах, проводимых с целью регуляции деторождения, увеличением числа женщин, использующих внутриматочные спирали в качестве метода контрацепции, ростом числа беременностей, полученных путем экстракорпорального оплодотворения.

Кроме того, число внематочных беременностей растет и за счет большого числа аборт и, соответственно, их осложнений.

Наиболее часто внематочная беременность встречается у женщин 10-35 лет. Среди всех гинекологических больных, поступающих в стационар, это заболевание составляет от 1 до 6%.

Кроме того, после перенесенной эктопической беременности у 60-80% больных развивается бесплодие, а у 10-30% повторная внематочная беременность.

У более чем 50% женщин после хирургического лечения внематочной беременности нарушается репродуктивная функция, что представляет также важную медико-социальную проблему.

Цель: Изучение диагностики и лечения внематочной беременности.

Задачи:

1. Изучить теоретические основы возникновения внематочной беременности.
2. Провести экспериментальное исследование информированности женщин о факторах риска и профилактике внематочной беременности;
3. Исследовать статистические данные внематочной беременности по РС (Я).

ГЛАВА I. ПОНЯТИЕ И КЛАССИФИКАЦИЯ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

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

Согласно Международной классификации болезней различают следующие формы внематочной беременности:

1. Абдоминальная (брюшная) беременность.

1. Трубная беременность.

· Беременность в маточной трубе.

· Разрыв маточной трубы вследствие беременности.

· Трубный аборт.

3. Яичниковая беременность.

Другие формы внематочной беременности.

1. Шеечная.

1. В роге матки.

3. Внутрисвязочная.

4. В брыжейке матки.

5. Комбинированная.

6. Неуточненная.

В отечественной литературе в зависимости от места прикрепления плодного яйца различают внематочную беременность: Трубную; Яичниковую; Брюшную.

Трубную беременность по локализации разделяют на:

- Ампулярную;
- Истмическую;
- Интерстициальную.

Яичниковую беременность подразделяют на:

- Развивающуюся на поверхности яичника;
- Развивающуюся интрафолликулярно.

Брюшная беременность по этиопатогенезу подразделяется на: Первичную; Вторичную.

По частоте можно выделить:

- Редкие формы интерстициальная, яичниковая, брюшная;
- Часто встречающиеся формы ампулярная и истмическая.

По характеру клинического течения внематочная беременность разделяется на: Развивающуюся (прогрессирующую); Нарушенную (прервавшуюся); прерывание может происходить по типу трубного аборта или разрыва трубы.

Самая частая форма патологии трубная беременность (98-99%). В зависимости от места внедрения оплодотворенной яйцеклетки трубную беременность подразделяют на беременность в ампулярном, истмическом и интерстициальном отделах трубы.

К редким формам данной патологии также относится брюшная беременность (0,3-0,4%). Локализация брюшной беременности различна: сальник, печень, крестцово-маточные связки, прямокишечно-маточное углубление и др. Она может быть первичной (имплантация осуществляется в органах брюшной полости) и вторичной (первоначально имплантация происходит в трубе, а затем вследствие трубного аборта оплодотворенная яйцеклетка изгоняется из трубы и вторично имплантируется в брюшной полости).

Беременность в рудиментарном роге матки встречается в 0,1-0,9% случаев. Анатомически эта беременность может быть отнесена к маточной, однако в связи с тем, что в большинстве случаев рудиментарный рог не имеет сообщения с влагалищем, клинически такая беременность протекает как внематочная. Условия для развития плодного яйца в рудиментарном роге матки лучше, чем в трубе, поэтому беременность может продолжаться до 4-5 месяцев, ее прерывание сопровождается интенсивным кровотечением.

1.1 Этиология и патогенез внематочной беременности

Повышение частоты внематочной беременности обусловлено увеличением числа аборт, воспалительных заболеваний женских половых органов, наружного генитального эндометриоза, использованием ВМК, нейроэндокринных нарушений, психоэмоционального напряжения.

Воспалительные заболевания в этиологии внематочной беременности составляют 41 - 80%. Определённую роль в этиологии внематочной беременности играют опухоли матки и придатков. Появились сообщения о возникновении внематочной беременности у 1% женщин, которым было проведено ЭКО.

Оплодотворение яйцеклетки сперматозоидом в норме происходит в фимбриальном отделе ампулы маточной трубы. Благодаря перистальтическому движению трубы, а также с помощью мерцания реснитчатого эпителия эндосальпинкса зигота через 3-4 дня попадает в полость матки, где бластоциста на протяжении 1-4 дней может находиться в свободном состоянии. После увеличения в объеме бластоциста внедряется в эндометрий, где и происходит дальнейшее развитие зародыша.

Таким образом, можно выделить 1 группы причин развития внематочной беременности. Первая группа - причины, связанные с нарушением транспортной функции маточных труб, вторая - с функциональными изменениями самой яйцеклетки.

Факторы риска внематочной беременности

1. Анатомо-физиологические факторы (связанные с нарушением транспортной функции маточных труб):

- воспалительные заболевания внутренних половых органов, приводящие к нарушению проходимости маточных труб в результате как анатомических повреждений (образование спаек, перетяжек, карманов), так и изменений сократительной функции маточных труб вследствие повреждения нервно-

мышечного аппарата трубы, изменения нейроэндокринной регуляции и повреждения стероидогенеза в яичниках, что вызывает антиперистальтические движения, приводящие к задержке оплодотворенной яйцеклетки в трубе;

- хирургическая стерилизация (перевязка) маточных труб;

- использование внутриматочного контрацептива (ВМК), при длительном применении которого исчезают реснитчатые клетки слизистой оболочки маточных труб;

- операции на маточных трубах: сальпингоовариолизис, фимбриопластика, сальпингосальпинго анастомоз, трубно-маточный анастомоз, сальпингостомия;

- опухоли матки и придатков (изменяют анатомическое соотношение органов в малом тазу и могут сдавливать маточные трубы, что осложняет продвижение яйцеклетки; кроме того, может нарушаться гормональная функция яичников, что опосредованно приводит к изменению транспортной функции маточных труб).

1. Гормональные факторы:

- дисбаланс гипоталамо-гипофизарно-яичниковой регуляции, что приводит к нарушению нервно-мышечного аппарата труб;

- индукция овуляции. При этом используют различные индукторы овуляции (кломифен, человеческий менопаузальный гонадотропин, хорионический гонадотропин, агонисты ГтРГ), которые приводят к нарушению перистальтики труб в результате изменения физиологических факторов, ответственных за их сократительную функцию (секреция гормонов, простагландинов, адренергических факторов). Стимуляторы овуляции увеличивают риск развития многоплодной беременности, в том числе, и гетеротопической;

- нарушение синтеза простагландинов. Простагландины влияют на сокращение и расслабление мышечного слоя труб, регулируя транспорт зиготы и объем ретроградной менструальной крови. Физиологическая регуляция транспортной функции трубы зависит от соотношения $Pg\ E/ Pg\ F1a$, при нарушении которого появляется вероятность nidации бластоцисты в маточной трубе;

- гормональные контрацептивы. Оральные контрацептивы, содержащие прогестины («мини-пили», «чистые» прогестагены), приводят к замедлению сократительной активности маточных труб на фоне сохраненной овуляции.

3. Повышенная биологическая активность плодного яйца. На 8-9 сутки после оплодотворения трофобласт синтезирует глико- и протеолитические ферменты, вызывающие лизис эндометрия и способствующие инвазии бластоцисты в подлежащие ткани. При ускоренном росте трофобласта увеличивается риск преждевременной имплантации бластоцисты до ее проникновения в полость матки.

4. Трансмиграция яйцеклетки и / или сперматозоидов:

- наружная трансабдоминальная миграция яйцеклетки (переход через брюшную полость в маточную трубу, противоположную от овулировавшего яичника);

- трансабдоминальная миграция сперматозоидов (происходит при возникновении маточно-перитонеальной фистулы или реканализации маточных труб после добровольной хирургической стерилизации);

- внутренняя миграция зиготы в маточную трубу из полости матки в результате повышенной возбудимости миометрия.

5. Другие факторы: эндометриоз, врожденные аномалии матки, аномалии развития труб (дивертикулы, добавочные трубы и отверстия, слепые ходы); патология яйцеклетки; качество спермы, аномалии уровня простагландинов в

сперме; хромосомные аномалии; стрессовые ситуации, психические травмы (могут нарушить перистальтику маточной трубы).

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 экзогенных 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 слой;
- 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 плодово-вместилищем.

В дальнейшем происходит внутренний разрыв плодово-вместилища 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.

1.2. Диагностика и лечение внематочной беременности

В настоящее время в связи с повышением качества диагностики (в первую очередь, УЗИ и мониторинг содержания ХГЧ) стало возможным диагностировать прогрессирующую трубную беременность.

Порядок диагностики

1. Анамнез жизни.

1. Гинекологический анамнез.

3. Характерные клинические симптомы.

4. Трансвагинальная эхография.

Ультразвуковые критерии внематочной беременности:

· увеличение матки при отсутствии органических изменений в миометрии или маточной беременности;

· утолщение срединного М-эха;

· выявление в проекции придатков матки (изолированно от яичников) образований с неомогенной эхо-структурой и повышенным уровнем звукопоглощаемости;

· наличие свободной жидкости в углублениях малого таза;

· выявление вне полости матки плодного яйца с живым эмбрионом.

5. Определение уровня хорионического гонадотропина (ХТ).

ХТ впервые выявляется в крови беременной женщины на 6-7 день после зачатия, а в моче - на 8 день. Информативность исследования 96,7-100%.

Серийное определение титра ХГ не позволяет достоверно отличить внематочную беременность от осложненной маточной.

У 85% женщин с нормально протекающей маточной беременностью уровень в-субъединицы ХГ в сыворотке за 48 часов повышается не менее чем на 1/3 в то время как у такого же числа больных с внематочной беременностью за то же самое время он повышается менее чем на 1/3.

При проведении исследования каждые 14 часа различия между маточной и внематочной беременностью менее заметны.

Многочисленные исследования уровня в-субъединицы ХГ проводятся при сомнительных результатах УЗИ, когда не определяются плодное яйцо и сердцебиение плода.

6. Определение уровня прогестерона в сыворотке крови.

При маточной беременности уровень прогестерона в сыворотке, как правило, выше, чем при внематочной.

Определение уровня прогестерона в сыворотке можно использовать для исключения внематочной беременности, когда невозможно провести УЗИ и определить уровень в-субъединицы ХГ.

7. Фактор ранней беременности (ФРБ) - специфическая для беременности иммуносупрессивная субстанция, появляющаяся в крови и моче уже через 14-48 часов после оплодотворения.

При эктопической беременности обнаруживается более низкий, чем при маточной беременности титр ФРБ (определяется с помощью теста ингибирования розеткообразования).

8. Пункция брюшной полости через задний свод влагалища.

При нарушении внематочной беременности в результате недавнего внутрибрюшного кровотечения определяется темная несвертывающаяся кровь в маточно-прямокишечном углублении малого таза.

Пунктат подлежит микроскопическому исследованию. 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.

9. Биопсия эндометрия.

Проводится при подозрении на прогрессирование эктопической беременности.

При внематочной беременности эндометрий трансформируется в децидуальную оболочку, строение которой идентично *deciduaparietalis* с появлением клубков спиральных артерий, атипической трансформации маточного эпителия в виде феномена Ариас-Стеллы и «светлых желез» Овербека; ворсины хориона при этом не обнаруживаются.

Феномен Ариас-Стеллы - появление в эпителии желез эндометрия набухших клеток с необычайно крупными полиморфными ядрами, в 4-5 раз превышающими величину ядра нормальной эпителиальной клетки. В основе развития этого феномена лежит гиперсекреция гонадотропных гормонов.

«Светлые железы» Овербека встречаются при третьей стадии обратного развития эндометрия после нарушенной внематочной или маточной беременности.

Эпителиальные клетки единичных желез имеют светлую вакуолизированную цитоплазму и полиморфные крупные ядра.

10. Лапароскопия - наиболее информативный метод диагностики внематочной беременности.

Точность диагностики как нарушенной, так и прогрессирующей эктопической беременности с применением лапароскопии, составляет 97-100%.

Объективно при прогрессирующей внематочной беременности состояние пациентки удовлетворительное, гемодинамика стабильная. При пальпации может быть болезненность внизу живота на стороне поражения.

При гинекологическом обследовании отмечается лёгкий цианоз слизистой оболочки влагалища и шейки матки, шейка матки несколько размягчена, безболезненна, тело матки мягковатой консистенции, чуть увеличено, несколько чувствительно при исследовании, на стороне поражения можно пропальпировать тестоватой консистенции болезненное образование овоидной формы. Выделения из половых путей светлые.

При прервавшейся беременности при объективном обследовании отмечают бледность кожи и слизистых оболочек, частый слабый пульс, АД может быть снижено.

Температура тела нормальная или повышенная. При пальпации живот мягкий, болезненный над лонным сочленением или в подвздошных областях, перкуторно - притупление звука в отлогих местах.

Симптом Щёткина-Блюмберга выражен слабо. При влагалищном исследовании размер матки чаще увеличен.

Отмечают резкую болезненность при смещении матки, её шейки и при пальпации заднего свода. Иногда пальпируют резко болезненное округлое образование слева или справа от матки (почти в 50% случаев).

Информативными методами в диагностике внематочной беременности служат: определение в сыворотке крови хорионического гонадотропина в крови, УЗИ и лапароскопия.

Для ранней диагностики проводят:

- трансвагинальное УЗИ;
- определение уровня в ХГЧ в сыворотке крови.

Комбинация трансвагинального УЗИ и определения уровня в ХГЧ позволяет диагностировать беременность у 98% больных с 3й нед. беременности.

Ультразвуковая диагностика внематочной беременности включает в себя измерение толщины эндометрия, соногистерографию, цветовое доплеровское картирование. Беременность в маточном углу может быть заподозрена при асимметрии матки, асимметричной позиции плодного яйца, выявленных при УЗИ.

Результаты проведённых исследований позволили выявить основные ультразвуковые критерии внематочной беременности и их частоту:

- неоднородные придатковые структуры и свободная жидкость в брюшной полости (16,9%);
- неоднородные придатковые структуры без свободной жидкости (16%);
- эктопически расположенное плодное яйцо с живым эмбрионом (с признаками сердцебиения) (11,9%);
- эктопически расположенный эмбрион (сердцебиение не определяется) (6,9%).

По результатам УЗИ выделяют три типа эхографической картины полости матки при внематочной беременности:

- I - утолщенный от 11 до 15 мм эндометрий без признаков деструкции;
- II - полость матки расширена, переднезадний размер 10-16 мм, содержимое в основном жидкостное, неоднородное за счёт сгустков крови и отторгнутого в различной степени гравидарного эндометрия;
- III - полость матки сомкнута, Мэхо в виде гиперэхогенной полоски 1,6-3,1 мм.

Основным методом лечения внематочной беременности является хирургический. Однако в течение последних двух десятилетий все чаще используют методики минимально инвазивной хирургии с целью сохранения трубы и ее функции. Во всем мире лапароскопия при лечении больных с внематочной беременностью стала методом выбора в большинстве случаев. Операцию со вскрытием брюшной полости обычно применяют для лечения тех пациенток, у которых имеются гемодинамические нарушения, а также при локализации плодного яйца в области рудиментарного рога матки. Кроме того, такой доступ является предпочтительным для хирургов, не владеющих лапароскопией, и у больных, где лапароскопический доступ заведомо затруднен (например, при выраженном ожирении, наличии в брюшной полости значительного количества крови, а также при выраженном спаечном процессе в брюшной полости). Выбор хирургического доступа и характера операции при трубной беременности зависит от общего состояния больной, объема кровопотери, выраженности спаечного процесса в малом тазе, локализации и размеров плодного яйца, качества эндоскопического оборудования и квалификации врача-эндоскописта.

Реабилитационные мероприятия после внематочной беременности должны быть направлены на восстановление репродуктивной функции после операции. К таковым относятся:

- предупреждение спаечного процесса;
- контрацепция;
- нормализация гормональных изменений в организме.

Для предупреждения спаечного процесса широко используют физиотерапевтические методы: переменное импульсное магнитное поле низкой частоты, низкочастотный ультразвук, токи надтональной частоты (ультратонотерапия), низкоинтенсивную лазерную терапию, электростимуляцию маточных труб; УВЧ-терапия, электрофорез цинка,

лидазы, а также ультразвук в импульсном режиме. На время курса противовоспалительной терапии и еще в течение 1 мес после окончания рекомендуется контрацепция, причем вопрос о ее длительности решается индивидуально, в зависимости от возраста пациентки и особенностей ее репродуктивной функции. Безусловно, следует учитывать желание женщины сохранить репродуктивную функцию. Длительность гормональной контрацепции также сугубо индивидуальна, но обычно она не должна быть менее 6 месяцев после операции.

После окончания реабилитационных мероприятий, прежде чем рекомендовать пациентке планировать следующую беременность, целесообразно выполнить диагностическую лапароскопию, позволяющую оценить состояние маточной трубы и других органов малого таза. Если при контрольной лапароскопии не выявлено патологических изменений, то пациентке разрешают планировать беременность в следующий менструальный цикл.

ГЛАВА II. ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1 Экспериментальное исследование информированности женщин о факторах риска и профилактике внематочной беременности

В практической части исследования разработано и проведено анкетирование. Цель: Провести экспериментальное исследование информированности женщин о факторах риска и профилактике внематочной беременности.

Задачи исследования:

- Составить анкету с соответствующими вопросами;
- Подобрать группу женщин детородного возраста;
- Провести анкетирование;
- Проанализировать результаты;
- Сделать соответствующие выводы.

В исследовании всего было опрошено 50 женщин.

Анализ результатов исследования

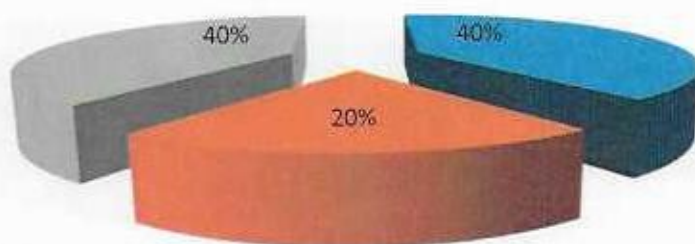
Было проведено анкетирование 50 женщин детородного возраста.

Проанализируем ответы пациентов на каждый вопрос анкеты.

Первый вопрос анкеты звучит следующим образом: "Как вы считаете, предшествующие воспалительные заболевания придатков матки могут в дальнейшем привести к внематочной беременности?" 40% пациенток ответили утвердительно, 10% - отрицательно, еще 40% - не смогли ответить на вопрос. Данные результаты свидетельствуют о том, что большинство женщин не знает о влиянии воспалительных заболеваний придатков на возникновение внематочной беременности (Диаграмма 1).

"Как вы считаете, предшествующие воспалительные заболевания придатков матки могут в дальнейшем привести к внематочной беременности?"

■ утвердительно ■ отрицательно ■ не смогли ответить на вопрос



Второй вопрос звучит так: "Как вы считаете, внутриматочная или внутритрубная спираль может способствовать развитию внематочной беременности?" Данный вопрос мы считаем актуальным, поскольку более 70 млн. женщин во всем мире используют именно этот метод контрацепции. Получились следующие результаты: 30% женщин ответили утвердительно, ровно столько же ответили отрицательно, 40% - не смогли ответить на вопрос (Диаграмма 1).

"Как вы считаете, внутриматочная или внутритрубная спираль может способствовать развитию внематочной беременности?" воспалительные заболевания придатков матки могут в...

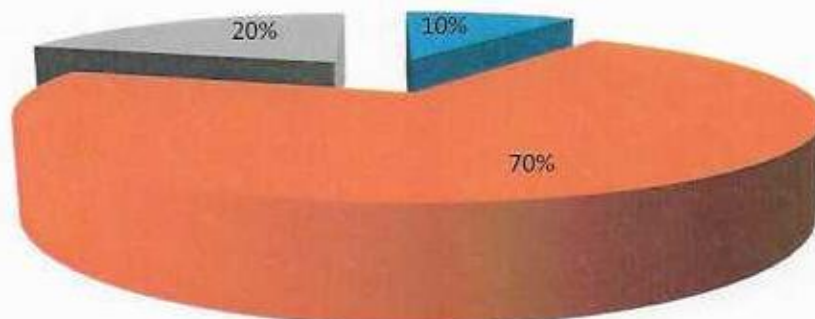


Третий вопрос: "Как вы считаете, гормональные контрацептивы способны привести к внематочной беременности?" Данный вопрос актуален, поскольку многие женщины детородного возраста используют данный метод контрацепции. 10% женщин ответили утвердительно, 70% - отрицательно, 10% - не ответили на вопрос (Диаграмма 3). Следует отметить, что ответ на данный вопрос остается спорным до настоящего времени. Мнения исследователей противоречивы.

Диаграмма 3

"Как вы считаете, гормональные контрацептивы способны привести к внематочной беременности?"

■ утвердительно ■ отрицательно ■ не смогли ответить на вопрос



Четвертый вопрос: "Как вы считаете, выполнение таких простых правил, как личная гигиена женщины, один половой партнер, использование барьерных методов контрацепции, обследование и лечение полового партнера может считаться профилактикой внематочной беременности?" 60% женщин ответили утвердительно, 6% - отрицательно, 34% - не смогли ответить на вопрос (Диаграмма 4).

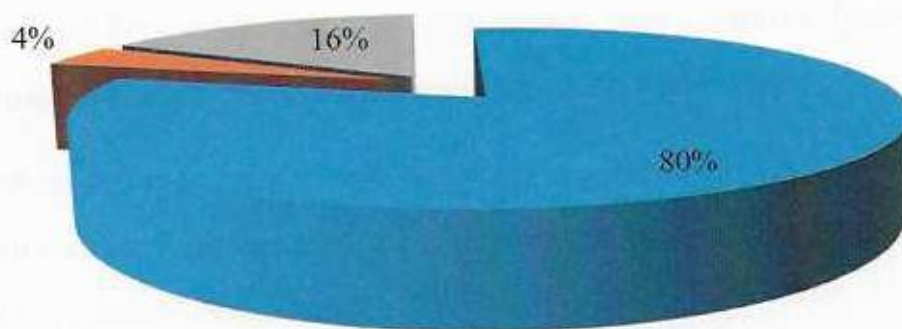
Диаграмма 4



Пятый вопрос анкеты звучит следующим образом "Выражение "заболевание легче предотвратить, чем лечить" применимо ли к внематочной беременности?" 80% женщин ответили положительно, 4% - отрицательно, 16% - не ответили на вопрос (Диаграмма 5).

"Выражение "заболевание легче предотвратить, чем лечить" применимо ли к внематочной беременности?"

■ утвердительно ■ отрицательно ■ не смогли ответить на вопрос



Выводы

1. Проведенное исследование показало, что более половины женщин не знает о том, что воспалительные заболевания женской репродуктивной системы способны в дальнейшем привести к внематочной беременности. В данном случае акушерка должна провести беседу с женщинами, рассказать, что своевременно вылеченные воспалительные заболевания снижают риск возникновения эктопической беременности.
2. До настоящего времени внутриматочная спираль остается довольно популярным методом контрацепции. Однако не многие женщины знают, что спираль - это риск возникновения внематочной беременности.
3. О влиянии оральных контрацептивов на частоту возникновения внематочной беременности в настоящее время говорят многие ученые. Однако выводы их противоречивы. Большинство опрошенных нами

женщин считают, что данный вид контрацепции безопасен в отношении возникновения эктопической беременности.

4. Соблюдение правил личной гигиены женщины, культура половых отношений (один постоянный партнер), использование барьерных методов контрацепции, обследование и лечение полового партнера - все эти простые правила способны предотвратить развитие внематочной беременности с ее грозными осложнениями. Более половины из опрошенных нами женщин знают об этом.
5. При любом заболевании важно проводить профилактику, в том числе и эктопическую беременность. С данным утверждением согласились 80% из опрошенных женщин.

2.2 Статистические данные внематочной беременности по РС Я)

В практической части исследования, изучив литературу по данной проблеме, сделала статистику проведенного анализа показателей службы родовспоможения г. Якутска на основе учетно-отчетной документации акушерского стационара за период 1015-1017 гг.

При сравнении показателей в динамике применяли метод доверительных интервалов и критерий Пирсона Критическое значение уровня значимости (p) при проверке статистических гипотез принимали равным 5 %.

Демографическая ситуация в г. Якутске в последние годы характеризуется стабильными показателями, положительной динамикой коэффициента естественного прироста населения. Уровень рождаемости, оцениваемый по общему коэффициенту рождаемости, за период 1007-1017 гг., оценивается как "средний".

Таблица 1

Показатели акушерского стационара за 1015-1017 гг.

Показатель	Годы		
	1015	1016	1017
Всего родов	19,73%	31,66%	38,91%
Нормальные роды, доношенные дети	11,01%	11,55%	16,38%
Многоплодная беременность	6,35%	7,50%	8,14%
Внематочная беременность	1,84%	1,37%	1,61%

**Внематочная беременность по РС (Я)
за период 2015-2017 г.г.**



9

Число женщин с внематочной беременностью с каждым годом растет: в 1015 г составила – 1,84%, в 1016 г – 2,37%, в 1017 г – 2,61%. Как видно по динамике, с каждым годом увеличивается число женщин с внематочной беременностью.

1. Растет распространенность воспалительных заболеваний внутренних половых органов;
2. Увеличивается число хирургических вмешательств на маточных трубах;
3. Большое количество аборт и их осложнений

Профилактика внематочной беременности включает внимательное отношение к своему здоровью, и ряд проводимых мероприятий и процедур.

- своевременно посещать гинеколога с целью обнаружения воспалительных процессов. Тщательно лечиться и соблюдать все назначения специалиста.

- в процессе планирования беременности обследоваться на наличие инфекций мочеполовой системы: гонококка, микоплазм, хламидии,

уреаплазмы. При их обнаружении следует проходить лечение вместе с партнером, чтобы не заразиться повторно.

- всем, кто интересуется, как предупредить внематочную беременность, следует знать, насколько важно использовать подобранные врачом эффективные противозачаточные средства, не полагаясь в этом вопросе на советы подруг, контрацептивы должны подходить вам по всем показателям.

- также, аборт является одной из частых причин развития внематочных беременностей. Если необходимо искусственно прервать беременность, нужно использовать самые щадящие способы: мини аборт, экстренную контрацепцию, лекарственные препараты.

Соблюдение вышеперечисленных рекомендаций позволит свести риск развития внематочной беременности к минимуму.

Отмечается низкое качество соматического здоровья будущих матерей. По данным ФГБУ "Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения" Министерства здравоохранения и социального развития России в РФ, частота соматической и акушерской патологии у беременных составляла в 2015 г. 79,8 %.

Ведущими нозологиями в структуре заболеваемости беременных г. Якутска являлись анемии (174,5 на 1 000 женщин), болезни системы кровообращения (160 на 1 000), мочеполовой системы (109,8 на 1 000), щитовидной железы (51,1 на 1 000).

Практические рекомендации

1. Информативная ранняя диагностика и своевременно проведенное лечение больных с внематочной беременностью основаны на преимущественности между амбулаторным и стационарным звеньями оказания медицинской помощи. На этапе женской консультации или поликлиники - сбор анамнеза, общее объективное и специальное гинекологическое исследование, клиническое обследование, УЗИ-мониторинг, определение (3-ХГЧ в динамике; при подозрении на внематочную беременность - немедленная госпитализация в стационар.
2. Стационарное обследование больных с внематочной беременностью включает в себя: сбор анамнеза, общее и специальное гинекологическое исследование, клиническое обследование, определение Р-субъединицы ХГЧ, ТВУЗИ.
3. Неотложные оперативные вмешательства у женщин с внематочной беременностью должны проводиться в гинекологических отделениях с круглосуточно организованной эндовидеохирургической помощью.
4. Методом выбора хирургического лечения больных с внематочной беременностью является эндоскопическая органосохраняющая операция в оптимальном объеме. При прогрессирующей беременности - туботомия, удаление плодного яйца.
5. У пациенток, прооперированных по поводу ВБ, реабилитация репродуктивного здоровья основана на выявлении и лечении сопутствующих ВБ гинекологических заболеваний и состояний.

Заключение

В заключение отмечу, что наиболее частой клинической формой внематочной беременности является трубная беременность различной локализации, отмечаемая более чем у 96% женщин с данным диагнозом. Наименее распространенными формами внематочной беременности являются шеечная и яичниковая беременность. Факторами риска ВБ следует считать: воспалительные заболевания матки и придатков, нарушенный менструальный цикл, инфекции, передаваемые половым путем, а также оперативные вмешательства на органах брюшной полости. Наиболее информативным для диагностики ВБ при сроке до 4 недель является определение (5-ХГЧ в сыворотке крови в сочетании с ТВУЗИ (99,5%); тогда как при сроке более 4 недель при сохранении высокой диагностической ценности комбинированного (Р-ХГЧ+ТВУЗИ) исследования увеличивается значимость лапароскопии с 65,3% до 97,4% в 5-6 недель ($p > 0,05$). Возможность выбора оптимальной хирургической тактики в пользу органосохраняющей операции (туботомия, milking) предопределены соблюдением алгоритма диагностики ВБ и ведения пациентки на амбулаторном этапе. Своевременная постановка диагноза (на сроке беременности 3-4 недели) достоверно чаще позволяет сохранять маточные трубы, ограничиваясь выполнением реконструктивно-пластических операций. Осложненные формы (разрыв маточной трубы, кровопотеря более 500 мл, анемия, геморрагический шок) являются, как правило, следствием недостатков ведения амбулаторного этапа: позднего обращения к врачу, отсутствия возможности проведения экстренного обследования, диагностических ошибок.

Таким образом, необходимо чаще проводить мероприятия, с целью уменьшения рисков возникновения и развития внематочной беременности в нашей республике, такие как лекции по половой жизни, ранней диагностики

и информировать женщин о том, чтобы минимум 1 раз прошли обследование у врача акушера-гинеколога.

Выводы

1. Изучив теоретические основы возникновения внематочной беременности, пришла к выводу, что если беречь свое здоровье смолоду, можно избежать многих проблем со здоровьем, в том числе и гинекологических. Наибольшую опасность представляют перенесенные операции на фаллопиевых трубах и стерилизация. Стоит отметить, что увеличивают риск возникновения внематочной беременности и перенесенные аборты.
2. Проведенное исследование показало, что более половины женщин не знает о том, что воспалительные заболевания женской репродуктивной системы способны в дальнейшем привести к внематочной беременности. В данном случае акушерка должна провести беседу с женщинами, рассказать, что своевременно вылеченные воспалительные заболевания снижают риск возникновения эктопической беременности. До настоящего времени внутриматочная спираль остается довольно популярным методом контрацепции. Однако не многие женщины знают, что спираль - это риск возникновения внематочной беременности. О влиянии оральных контрацептивов на частоту возникновения внематочной беременности в настоящее время говорят многие ученые. Однако выводы их противоречивы. Большинство опрошенных нами женщин считают, что данный вид контрацепции безопасен в отношении возникновения эктопической беременности. Соблюдение правил личной гигиены женщины, культура половых отношений (один постоянный партнер), использование барьерных методов контрацепции, обследование и лечение полового партнера - все эти простые правила способны предотвратить развитие внематочной беременности с ее грозными осложнениями. Более половины из опрошенных нами женщин знают

об этом. При любом заболевании важно проводить профилактику. С данным утверждением согласились 80% из опрошенных женщин.

3. На основании проделанного исследования, пришла к выводу, что число женщин с внематочной беременностью с каждым годом растет. Это объясняется тем, что растет распространенность воспалительных заболеваний внутренних половых органов, увеличивается число хирургических вмешательств на маточных трубах и еще за счет большого количества аборт.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Акушерство и гинекология. Пер. с англ. / Под ред. Г.М. Савельевой, Л.Г. Сичинава. - М.: ГЭОТАР Медицина 1013.
2. Демидов В.Н., Зыкин Б.И. Ультразвуковая диагностика в гинекологии. - М.: Медицина, 1014.
3. Кулаков В.И. Эндоскопия в гинекологии. Общие положения / Кулаков В.И., Гаспаров А.С. - М., 1014.
4. Кулаков В.И. Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология. Выпуск 1 / В.И. Кулаков. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 1009. - 543 с
5. Макаров О.В. Гинекология. Клинические лекции: учебное пособие / О.В. Макаров. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 1010. - 351 с
6. Радзинский В.Е. Акушерство: учебник / В.Е. Радзинский. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 1014. - 904 с.
7. Стрижаков А.Н., Давыдов А.И., Шахламова М.Н., Белоцерковцева Л.Д. Внематочная беременность. - М.: Медицина, 2016.
8. Стрижаков А.Н. Акушерство. Курс лекций: учебное пособие/А.Н. Стрижаков, А.И. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 1009. - 456 с.
9. Акушерство и гинекология. Смирнова Л. Саидова Р. Брагинская С. изд. Медицина, 368 с.
10. Акушерство и гинекология. Пер. с англ. / Под ред. Г.М. Савельевой, Л.Г. Сичинава. - Медицина 2015.
11. <https://cyberleninka.ru>
12. www.krasotaimedicina.ru
13. <https://medportal.ru>

Анкета для пациентов

Уважаемые пациенты!

Мы проводим исследование по изучению информированности женщин детородного возраста о факторах риска и профилактике внематочной беременности. Просим Вас принять участие в проведении данного исследования и ответить на вопросы анкеты, выделив их цветом. Исследование анонимное. Результаты будут использоваться только в научных целях.

1. Как вы считаете, предшествующие воспалительные заболевания придатков матки могут в дальнейшем привести к внематочной беременности?

- А) Да;
- Б) Нет;
- В) Затрудняюсь ответить.

2. Как вы считаете, внутриматочная или внутритрубная спираль может способствовать развитию внематочной беременности?

- А) Да;
- Б) Нет;
- В) Затрудняюсь ответить.

3. Как вы считаете, гормональные контрацептивы способны привести к внематочной беременности?

- А) Да;
- Б) Нет;
- В) Затрудняюсь ответить.

4. Как вы считаете, выполнение таких простых правил, как личная гигиена женщины, один половой партнер, использование барьерных методов контрацепции, обследование и лечение полового партнера может считаться профилактикой внематочной беременности?

- А) Да;
- Б) Нет;
- В) Затрудняюсь ответить.

5. Выражение "заболевание легче предотвратить, чем лечить" применимо ли к внематочной беременности?

- А) Да;
- Б) Нет;
- В) Затрудняюсь ответить.

Здравствуйте уважаемая комиссия, разрешите представить вам выпускную квалификационную работу на тему «внематочная беременность»

Актуальность проблемы объясняется тем, что в последние годы все больше возрастает количество женщин, страдающих этим видом патологии беременности и тем, что внематочная беременность - одна из частых причин материнской смертности. Внематочная беременность среди причин материнской смертности занимает второе место в мире и обусловлена быстро развивающимся кровотечением и шоком.

Этому факту можно дать двойное объяснение. С одной стороны, постоянно растет распространенность воспалительных заболеваний внутренних половых органов, увеличивается число хирургических вмешательств на маточных трубах, проводимых с целью регуляции деторождения, увеличение количества женщин, использующих ВМС. С другой стороны, улучшились методы диагностики, и это привело к возможности диагностирования ненарушенной и даже регрессирующей внематочной беременности.

Наблюдается увеличение числа случаев внематочной беременности, что объясняется ростом воспалительных процессов женских половых органов преимущественно хламидийной и гонорейной этиологии, увеличением количества оперативных вмешательств на маточных трубах, проводимых с целью регуляции деторождения, увеличением числа женщин, использующих внутриматочные спирали в качестве метода контрацепции, ростом числа беременностей, полученных путем экстракорпорального оплодотворения.

Кроме того, число внематочных беременностей растет и за счет большого числа аборт и, соответственно, их осложнений.

Наиболее часто внематочная беременность встречается у женщин 10-35 лет. Среди всех гинекологических больных, поступающих в стационар, это заболевание составляет от 1 до 6%.

Кроме того, после перенесенной эктопической беременности у 60-80% больных развивается бесплодие, а у 10-30% повторная внематочная беременность.

У более чем 50% женщин после хирургического лечения внематочной беременности нарушается репродуктивная функция, что представляет также важную медико-социальную проблему.

Цель: Изучение диагностики и лечения внематочной беременности.

Задачи:

1. Изучить теоретические основы возникновения внематочной беременности.
2. Провести экспериментальное исследование информированности женщины о факторах риска и профилактике внематочной беременности;
3. Исследовать статистические данные внематочной беременности по РС (Я)

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

Согласно Международной классификации болезней различают следующие формы внематочной беременности:

1. Абдоминальная (брюшная) беременность.
1. Трубная беременность.
 - Беременность в маточной трубе.
 - Разрыв маточной трубы вследствие беременности.
 - Трубный аборт.

3. Яичниковая беременность.

Другие формы внематочной беременности.

1. Шеечная.

1. В роге матки.

3. Внутрисвязочная.

4. В брыжейке матки.

5. Комбинированная.

6. Неуточненная.

Основным методом лечения внематочной беременности является хирургический. Однако в течение последних двух десятилетий все чаще используют методики минимально инвазивной хирургии с целью сохранения трубы и ее функции. Во всем мире лапароскопия при лечении больных с внематочной беременностью стала методом выбора в большинстве случаев. Операцию со вскрытием брюшной полости обычно применяют для лечения тех пациенток, у которых имеются гемодинамические нарушения, а также при локализации плодного яйца в области рудиментарного рога матки. Кроме того, такой доступ является предпочтительным для хирургов, не владеющих лапароскопией, и у больных, где лапароскопический доступ заведомо затруднен (например, при выраженном ожирении, наличии в брюшной полости значительного количества крови, а также при выраженном спаечном процессе в брюшной полости). Выбор хирургического доступа и характера операции при трубной беременности зависит от общего состояния больной, объема кровопотери, выраженности спаечного процесса в малом тазе, локализации и размеров плодного яйца, качества эндоскопического оборудования и квалификации врача-эндоскописта.

В практической части исследования разработано и проведено анкетирование. Цель: Провести экспериментальное исследование информированности женщин о факторах риска и профилактике внематочной беременности.

В исследовании всего было опрошено 50 женщин. Анализ результатов исследования

Было проведено анкетирование 50 женщин детородного возраста. Проанализируем ответы пациентов на каждый вопрос анкеты.

В практической части исследования, изучив литературу по данной проблеме, сделала статистику проведенного анализа показателей службы родовспоможения г. Якутска на основе учетно-отчетной документации акушерского стационара за период 1015-1017 гг.

При сравнении показателей в динамике применяли метод доверительных интервалов и критерий Пирсона Критическое значение уровня значимости (p) при проверке статистических гипотез принимали равным 5 %.

Демографическая ситуация в г. Якутске в последние годы характеризуется стабильными показателями, положительной динамикой коэффициента естественного прироста населения. Уровень рождаемости, оцениваемый по общему коэффициенту рождаемости, за период 1007-1017 гг., оценивается как "средний"

Число женщин с внематочной беременностью с каждым годом растет: в 1015 г составила – 1,84%, в 1016 г – 2,37%, в 1017 г – 2,61%. Как видно по динамике, с каждым годом увеличивается число женщин с внематочной беременностью.

1. Растет распространенность воспалительных заболеваний внутренних половых органов;
2. Увеличивается число хирургических вмешательств на маточных трубах;
3. Большое количество аборт и их осложнений

Профилактика внематочной беременности включает внимательное отношение к своему здоровью, и ряд проводимых мероприятий и процедур.

- своевременно посещать гинеколога с целью обнаружения воспалительных процессов. Тщательно лечиться и соблюдать все назначения специалиста.
- в процессе планирования беременности обследоваться на наличие инфекций мочеполовой системы: гонококка, микоплазм, хламидии, уреаплазмы. При их обнаружении следует проходить лечение вместе с партнером, чтобы не заразиться повторно.
- всем, кто интересуется, как предупредить внематочную беременность, следует знать, насколько важно использовать подобранные врачом эффективные противозачаточные средства, не полагаясь в этом вопросе на советы подруг, контрацептивы должны подходить вам по всем показателям.
- также, аборт является одной из частых причин развития внематочных беременностей. Если необходимо искусственно прервать беременность, нужно использовать самые щадящие способы: мини аборт, экстренную контрацепцию, лекарственные препараты.

Соблюдение вышеперечисленных рекомендаций позволит свести риск развития внематочной беременности к минимуму.

Выводы

1. Изучив теоретические основы возникновения внематочной беременности, пришла к выводу, что если беречь свое здоровье смолоду, можно избежать многих проблем со здоровьем, в том числе и гинекологических. Наибольшую опасность представляют перенесенные операции на фаллопиевых трубах и стерилизация. Стоит отметить, что увеличивают риск возникновения внематочной беременности и перенесенные аборт.
2. Проведенное исследование показало, что более половины женщин не знает о том, что воспалительные заболевания женской репродуктивной системы способны в дальнейшем привести к внематочной беременности. В данном случае акушерка должна провести беседу с женщинами, рассказать, что своевременно вылеченные воспалительные заболевания снижают риск возникновения эктопической беременности. До настоящего времени внутриматочная спираль остается довольно популярным методом контрацепции. Однако не многие женщины знают, что спираль - это риск возникновения внематочной беременности. О влиянии оральных контрацептивов на частоту возникновения внематочной беременности в настоящее время говорят многие ученые. Однако выводы их противоречивы. Большинство опрошенных нами женщин считают, что данный вид контрацепции безопасен в отношении возникновения эктопической беременности. Соблюдение правил личной гигиены женщины, культура половых отношений (один постоянный партнер), использование барьерных методов контрацепции, обследование и лечение полового партнера - все эти простые правила способны предотвратить развитие внематочной беременности с ее грозными осложнениями. Более половины из опрошенных нами женщин знают об этом. При любом заболевании важно проводить профилактику. С данным утверждением согласились 80% из опрошенных женщин.
3. На основании проделанного исследования, пришла к выводу, что число женщин с внематочной беременностью с каждым годом растет. Это объясняется тем, что растет распространенность воспалительных заболеваний внутренних половых органов, увеличивается число хирургических вмешательств на маточных трубах и еще за счет большого количества абортов.

Заключение

В заключение отмечу, что наиболее частой клинической формой внематочной беременности является трубная беременность различной локализации, отмечаемая более чем у 96% женщин с данным диагнозом. Наименее распространенными формами внематочной беременности являются шеечная и яичниковая беременность. Факторами риска ВБ следует считать: воспалительные заболевания матки и придатков, нарушенный менструальный цикл, инфекции, передаваемые половым путем, а также оперативные вмешательства на органах брюшной полости. Наиболее информативным для диагностики ВБ при сроке до 4 недель является определение (5-ХГЧ в сыворотке крови в сочетании с ТВУЗИ (99,5%); тогда как при сроке более 4 недель при сохранении высокой диагностической ценности комбинированного (Р-ХГЧ+ТВУЗИ) исследования увеличивается значимость лапароскопии с 65,3% до 97,4% в 5-6 недель ($p > 0,05$). Возможность выбора оптимальной хирургической тактики в пользу органосохраняющей операции (туботомия, milking) предопределены соблюдением алгоритма диагностики ВБ и ведения пациентки на амбулаторном этапе. Своевременная постановка диагноза (на сроке беременности 3-4 недели) достоверно чаще позволяет сохранять маточные трубы, ограничиваясь выполнением реконструктивно-пластических операций. Осложненные формы (разрыв маточной трубы, кровопотеря более 500 мл, анемия, геморрагический шок) являются, как правило, следствием недостатков ведения амбулаторного этапа: позднего обращения к врачу, отсутствия возможности проведения экстренного обследования, диагностических ошибок.

Таким образом, необходимо чаще проводить мероприятия, с целью уменьшения рисков возникновения и развития внематочной беременности в нашей республике, такие как лекции по половой жизни, ранней диагностики и информировать женщин о том, чтобы минимум 1 раз прошли обследование у врача акушера-гинеколога.