

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
**«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**
(НИУ «БелГУ»)

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

ЦМК Клинических дисциплин

**ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ АКУШЕРКИ В
ПРОФИЛАКТИКЕ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕМЕРЕННОСТИ**

Дипломная работа студентки

очной формы обучения
специальности 31.02.02. Акушерское дело
3 курса группы 03051624
Томашовой Маргариты Вячеславовны

Научный руководитель
преподаватель Бухарина С.А.

Рецензент врач
Врач акушер-гинеколог ординатор отделения
гинекологии ОГБУЗ Городская больница №2
Ю. В. Верейтинов

БЕЛГОРОД 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ	6
1.1. Понятие и классификация внематочной беременности	6
1.2. Этиология и патогенез внематочной беременности	9
1.3. Клинические проявления внематочной беременности	11
1.4. Методы диагностики и лечения эктопической беременности	15
1.5. Осложнения и реабилитация после внематочной беременности.....	21
1.6. Профилактика внематочной беременности	24
ГЛАВА 2. АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ, МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ И ПРИЧИН, ПРИВОДЯЩИХ К ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ.....	26
2.1. Материалы и методы исследования	26
2.2. Результаты исследования.....	26
2.3. Выводы	40
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	41
СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ.....	42
ПРИЛОЖЕНИЯ	43

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы. Несмотря на современные успехи, достигнутые в ранней диагностике и лечении, внематочная беременность по-прежнему представляет собой серьезную медико-социальную проблему.

Согласно данным литературных источников в течение последних лет сформировалась стойкая тенденция к повышению числа случаев внематочной беременности. По данным эпидемиологических исследований, в развитых странах нашего мира частота внематочной беременности составляет в среднем от 1 до 6%. Тенденция особенно растет среди подростков и женщин в возрасте от 30 до 39 лет.

Внематочная беременность влечет за собой материнскую смертность и утрату репродуктивной функции женщины. Частота смертности в первом триместре беременности от внематочной беременности составляет 7,4%. Установлено, что от внематочной беременности в России умирает в три раза больше, чем в США [6].

Доказано, что внематочная беременность является основной причиной внутреннего кровотечения у женщин репродуктивного возраста.

После перенесенной внематочной беременности у 60-80% больных развивается бесплодие, у 20-30% пациенток - повторная внематочная беременность, у многих развивается спаечный процесс в малом тазу [5].

В последние годы отмечен значительный рост внематочной беременности, что связано с увеличением частоты искусственного прерывания беременности, широким спектром применения с неправильным подбором средств контрацепции, а также ростом воспалительных процессов органов малого таза.

Увеличение частоты внематочной беременности, а также отсутствие профилактических работ по предотвращению этой патологии, особенностей течения и факторов, способствующих развитию внематочной беременности, свидетельствуют об актуальности изучения указанной проблемы.

Объект исследования: клинические проявления, диагностика и профилактика внематочной беременности.

Предмет исследования: профессиональная деятельность акушерки в профилактике внематочной беременности.

Цель исследования: изучение, анализ и исследование факторов, способствующих росту развития внематочной беременности и выявление роли профессиональной деятельности акушерки в профилактике данной патологии.

Задачи исследования:

1. Изучить литературные источники по выявлению причин внематочной беременности.
2. Анализ медицинской документации.
3. Выявить практическую значимость роли акушерки в профилактике эктопической беременности.
4. Изучить факторы риска развития эктопической беременности.
4. Разработать и подготовить рекомендации по профилактике внематочной беременности.

Методы исследования, использованные для решения задач:

1. Научно-теоретический анализ медицинской литературы по данной теме.
2. Анализ изученной документации.
3. Статистическая обработка информации материалов исследования.

Практическая значимость работы. Разработаны рекомендации по теме профилактика внематочной беременности.

Структура выпускной квалифицированной работы

Дипломная работа состоит из введения, первой (теоретической) и второй (практической) глав, заключения, списка использованных источников и литературы и приложений.

Первая глава содержит анализ теоретических аспектов внематочной беременности и роли акушерки в ее профилактике.

Во второй главе были не только проанализированы статистические данные, медицинская документация, но и отражен анализ анкетирования женщин диспансерной группы.

Работа выполнена на **x** страницах, **x** использованных источников и литературы. В приложениях **x** рисунков, **x** таблиц.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

1.1. Понятие и классификация внематочной беременности

Внематочная или эктопическая беременность — это такая беременность, при которой прикрепление и развитие оплодотворенной яйцеклетки происходит вне полости матки [3].

Частота внематочной беременности составляет 0,8-2,4% на 100 беременностей.

Более частый вид эктопической беременности является трубная беременность (93-98,5%) (более чаще чем истмическая, встречается ампулярная, интерстициальная — 0,4-2.1%) [2].

Другие виды встречаются намного реже 0,5-7% от числа всех эктопических беременностей.

Согласно Международной классификации болезней различают такие формы эктопической беременности как:

1. Абдоминальная (брюшная) беременность.

Брюшная форма эктопической беременности бывает первичной (оплодотворение, развитие происходит изначально в брюшной полости) и вторичной (оплодотворение и первые этапы эмбриогенеза развиваются в трубе, а затем вследствие трубного аборта оплодотворенная яйцеклетка изгоняется из трубы и вторично имплантируется в малом тазу).

Локализация брюшной беременности различна: сальник, селезенка, печень, крестцово-маточные связки, прямокишечно-маточное углубление и другие органы брюшной полости.

2. Беременность в маточной трубе.

Беременность в маточной трубе разделяют по локализации: Ампулярную (беременность развивается в самом широком отделе трубы — ампулярной. Частота случаев от всех трубных беременностей составляет 80%. Срок

прерывания гестации — 8-12 недель); истмическую (оплодотворенная яйцеклетка имплантируется в узкой части — истмической. Прерывается такая беременность на сроке 4-6 недель); интерстициальную (наиболее неблагоприятный вариант трубной беременности, в связи с тем, что в интерстициальном отделе трубы находится сосудистый пучок. Так же при оперативном вмешательстве происходит дефундация (удаление части матки).

Встречается реже чем остальные варианты трубной беременности (2% от всех случаев беременностей в маточной трубе), а срок прерывания беременности 14-16 недель, это немного больше других видов трубной беременности за счет того, что зигота имплантируется вблизи с маткой; некоторые авторы выделяют еще фимбриальную (яйцеклетка прикрепляется на ворсинках маточной трубы) [10].

3. Разрыв маточной трубы вследствие беременности.

Разрыв маточной трубы — опасное явление, возникает оно на фоне внематочной беременности. Около 80 % случаев разрыва маточной трубы происходит из-за того, что женщины несвоевременно обращаются в женскую консультацию [5].

4. Трубный аборт.

Из-за усиленной перистальтики маточных труб происходит отслоение плодного яйца и изгнание его в полость матки или в обратном направлении, то есть в брюшную полость. При этом возможно два варианта развития ситуации: гибель эмбриона; имплантация в один из органов брюшной системы с дальнейшим развитием гестации (случается редко).

5. Яичниковая беременность.

Выделяют два вида яичниковой беременности: развивающаяся на поверхности яичника (овариальная) — оплодотворенная яйцеклетка прикрепляется на поверхности яичника. Чем дольше развивается такая беременность, тем больше изменений в структуре яичника; развивающаяся интрафолликулярно — беременность развиваться внутри фолликула.

Такая беременность, как правило, прерывается на раннем сроке. Диагноз

устанавливается после гистологического исследования удаленного яичника.

Различают и другие формы внематочной беременности.

1. Шеечная.

Это одна из редких видов внематочной патологии (0,1% случаев). Зигота прикрепляется в области шейки матки [9].

Можно выделить два вида этой патологии:

- шеечная (беременность развивается до 12 недель и заканчивается самопроизвольным абортom. Оплодотворенная яйцеклетка расположена в пределах шейки матки);

- шеечно-перешеечная (зародыш имплантируется в верхней части шейки матки или перешейка. Развитие плода проходит до 24 недель).

2. В рудиментальном роге матки.

Рудиментальный рог матки — это аномальное развитие матки. Беременность в рудиментарном роге 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.[6]

Поскольку условия для развития плодного яйца в рудиментарном роге матки не является полноценным плодместилищем, то чаще эта беременность заканчивается разрывом. Однако такая беременность считается лучше, чем в трубе, поэтому беременность может продолжаться до 4-5 месяцев, ее прерывание сопровождается интенсивным кровотечением и требует срочного оперативного вмешательства, после которого на матке остается рубец.

3. Внутрисвязочная, в брыжейке матки, комбинированная, неуточненная.

По частоте можно выделить:

- редкие формы интерстициальная, яичниковая, брюшная;

- часто встречающиеся формы ампулярная и истмическая.

По клиническому течению эктопическую беременность делят на: развивающуюся (прогрессирующую) эта беременность на ранних сроках имеет

схожую клиническую картину; нарушенную (прервавшуюся); прерывание может происходить по типу трубного аборта или разрыва трубы.

Виды внематочной беременности наглядно представлены в приложении №1.

1.2. Этиология и патогенез внематочной беременности

При нормальном течении беременности оплодотворение происходит в ампулярной части фаллопиевой трубы, после оплодотворенная яйцеклетка передвигается в полость матки за счет транспортной функции трубы, то есть ее перистальтикой и движениями реснитчатого эпителия слизистой оболочки фаллопиевой трубы.

Транспортная функция фаллопиевых труб во многом зависит от гормонов, вырабатываемые в яичнике, полноценное развитие всех слоев стенок маточных труб, достаточного кровоснабжения и других факторов.

Любые факторы, которые препятствуют нормальной транспортировки зиготы, являются возможными причинами эктопической беременности.

Причины возникновения внематочной беременности:

I. Инфекция органов малого таза.

1. Воспалительные изменения маточной трубы вследствие специфической или неспецифической этиологии. Процесс воспаления ведет к уменьшению просвета трубы из-за сращения складок, фиброза или рубцовых изменений под воздействием инфекции. В связи с наличием очага инфекции нарушается транспортная функция фаллопиевых труб. Все эти особенности препятствуют перемещению оплодотворенной яйцеклетки в полость матки.

2. Хронические воспаления органов малого таза часто сопровождается поражением обеих маточных труб.

II. Сужение маточной трубы.

1. Врожденные дефекты развития.

2. Спайки, возникшие после оперативных вмешательства в органы малого таза. Образование спаек ведет к сращению трубы со смежными органам, перегибам или смещениям.

3. Доброкачественные и злокачественные новообразования органов малого таза.

4. Хирургические и пластические операции на маточных трубах.

III. Нарушения транспортной функции фаллопиевых труб.

1. Недостаток или избыток выработка гормонов гипоталамуса, гипофиза, яичников, изменяют моторную функцию труб. Перистальтика труб и состояние сфинктера, который находится в интерстициальном отделе трубы, меняются в зависимости от фазы менструального цикла. В фолликулярной фазе цикла характерны спастические сокращения мускулатуры маточных труб, что способствует попаданию яйцеклетки в ампулу трубы в лютеиновую фазу тонус и возбудимость, фаллопиевы труб уменьшается, возникают перистальтические сокращения, способствующие перемещению яйцеклетки в матку. Циклические изменения влияют и на слизистую оболочку трубы. В фолликулярной фазе увеличивается число мерцательных и секреторных клеток, в лютеиновой фазе секреторные клетки вырабатывают секрет, который создает питательную среду и облегчается продвижение яйцеклетки по трубе.

2. Инфантилизм, при котором наблюдаются анатомо-физиологические изменения маточных труб (длинные, извитые маточные трубы) Характерны для юного организма.

3. Стрессовые воздействия, которые ведут к спазму труб.

IV. Причины, связанные с плодным яйцом.

1. Повышенная активность трофобласта и быстрое развитие зиготы.

2. Внешняя миграция — переход бластоциста от яичника в противоположную трубу. В процессе перемещения, оплодотворенная яйцеклетка увеличивается в размерах из-за чего не проходит в узкой части трубы.

3. Внутренняя миграция — через матку в другую трубу.

V. Применение медикаментов.

1. Использование внутриматочной и гормональной контрацепции.
2. Лечение бесплодия с применением препаратов для стимуляции овуляции.

VI. Беременность при экстракорпоральном оплодотворении или пересадке эмбриона, что встречается намного реже.

Чем больше факторов риска, тем выше вероятность возникновения внематочной беременности [3].

1.3. Клинические проявления внематочной беременности

Эктопическая беременность сопровождается такими же признаками беременности, как и физиологическая:

1. Предположительные или сомнительные: обонятельные и вкусовые изменения, психологические причуды, смена настроения, сонливость, тошнота, рвота и другие.
2. Вероятные признаки: задержка менструации, изменения со стороны матки (признак Снигерева, Пискачева, Горвица-Гегара, увеличение матки), повышение пигментации, цианоз слизистой влагалища и другие [3].

Клиническое течение трубной беременности зависит от стадии ее развития и характера прерывания. Поэтому течение беременности в маточной трубе можно разделить на нарушенную внематочную беременность (разрыв маточной трубы и трубный аборт) и ненарушенную (прогрессирующую). Клиника первой определяется видом нарушения.

Труба, растянутая растущим плодным яйцом, принимает веретенообразную форму. Гипертрофия стенок трубы не может обеспечить дальнейшее развитие зародыша, вследствие чего беременность прерывается.

Разрыв маточной трубы.

Прерывание трубной беременности происходит в результате нарушения целостности плодместилища. Чаще всего такой вид эктопической беременности

бывает при развитии плодного яйца в истмической части трубы. Разрыв фаллопиевой трубы имеет следующие клинические проявления:

- острое начало заболевания на фоне полного здоровья женщины;
- внезапные, резкие боли в нижней области живота, которые могут иррадиировать во внутреннюю часть бедер, в область ключицы, лопатки или заднего прохода;
- боль провоцирует головокружение и диспептические расстройства;
- общее состояние женщины постепенно ухудшается, вплоть до геморрагического шока;

При объективном обследовании отмечаются следующие симптомы:

1. Слизистые и кожные покровы бледные.
2. Конечности холодные.
3. Частое поверхностное дыхание.
4. Тахикардия, пульс слабого наполнения, артериальное давление понижено.
5. Живот вздут, болезненный при пальпации, наблюдаются симптомы раздражения брюшины.

При осмотре в зеркалах выявляется цианоз или бледность слизистых оболочек в разных степенях.

Во время бимануального исследования отмечается изменение формы матки, выпячивание и уплощение заднего и бокового свода [1].

Трубный аборт.

Трубный аборт — это нарушение трубной беременности по типу трубного аборта наблюдается тогда, когда плодное яйцо развивается в ампулярной или фимбрилярной части трубы. Такое проявление внематочной беременности характеризуется:

- медленное течение (от нескольких дней до нескольких недель);
- отслойка плодного яйца сопровождается небольшим или умеренным кровотечением в брюшную полость или просвет трубы;

- внутренний разрыв плодместилища всегда несет угрозу перехода в наружный разрыв, что сопровождается более обильной кровопотерей.

Основными симптомами являются: задержка менструации (не является определяющим симптомом, так как беременность может прерываться до начала задержки); боль в нижней части живота (в основном болевой синдром возникает при кровоизлиянии и скоплении крови в просвете трубы или брюшной полости); сукровичные выделения из влагалища (чаще возникает через несколько часов после приступа боли). Выделения обусловлены отслойкой децидуальной оболочки. Цвет крови коричневый, а иногда даже черный.

Диагностировать внематочную беременность по этим симптомам затруднительно, так как эта триада присуща многим гинекологическим заболеваниям. Поэтому важно учитывать данные анамнеза, объективного и лабораторного исследования.

Данные объективного обследования.

В момент болевого приступа у женщины может наблюдаться:

- бледность кожи и слизистых оболочек;
- умеренная тахикардия на фоне нормального или слегка пониженного артериального давления.
- живот мягкий, болезненный при пальпации, не вздут, имеются симптомы раздражения брюшины.

Через некоторое время после приступа, больная чувствует себя полностью здоровой.

При гинекологическом исследовании:

1. Цианоз и разрыхление слизистой оболочки.
2. Кровянистые выделения из цервикального канала.
3. Увеличение матки (соответствует предположительному сроку гестации или чуть меньше).
4. Одностороннее увеличение придатков различной формы.
5. Матка ограничена в подвижности.

Эти симптомы не всегда ярко выражены и тогда трубный аборт, возможно, спутать с другими гинекологическими патологиями.

Прогрессирующая трубная беременность

Симптомы, которые характерны именно для этой формы патологии, практически отсутствуют. Возможны проявления признаков физиологической беременности, причем вероятные признаки будут менее выражены и стерты [3].

Клинические признаки различных форм представлены в приложении №2.

В редких случаях при нарушении трубной беременности плодное яйцо постепенно смещается в брюшную полость, вторично имплантируется в области прилежащих к ней тканей, что ведет к вторичной внематочной беременности. При этом плодное яйцо располагается между органами брюшной полости, образуя вокруг него нечто вроде капсулы. Плацента прикрепляется к окружающим органам, и плод может доношиваться до срока родов.[7]

При вторичной брюшной беременности плодное яйцо чаще всего погибает.

В случае шеечной беременности клинические проявления зависят от срока гестации и от уровня имплантации плодного яйца. На ранних сроках возможны сукровичные выделения. Прогрессирующую беременность сопровождают скудные, умеренные или профузные кровотечения.

Более редкие формы эктопической беременности схожи с физиологической беременностью. При прерывании гестации открывается обильное кровотечение.

После прерывания внематочной беременности децидуальная оболочка в полости матки начинает отторгаться и выделяться. Это сопровождается незначительным наружным кровотечением.

Наиболее существенными симптомами являются:

- 1) незначительные кровянистые («мажущиеся») выделения, иногда после краткосрочной задержки менструации;
- 2) повторные приступообразные боли внизу живота;

- 3) пальпация одностороннего опухолевидного образования в области придатков матки;
- 4) уплощение и укорочение бокового влагалищного свода или выпячивание заднего свода;
- 5) постепенное нарастание анемии;
- 6) наличие кратковременного обморока («инсульта») в анамнезе и др. [1].

1.4. Методы диагностики и лечения эктопической беременности

Жалобы беременной на патологическое кровотечение и боли в нижних отделах живота могут указывать на внематочную беременность. Воспалительные заболевания органов малого таза или операции на органах малого таза также могут вызывать подозрения на эктопическую беременность.

Диагностика эктопической беременности не затруднена у пациенток с аменореей, признаками беременности, болями в нижних отделах живота и кровотечением. Однако похожие симптомы имеются у ряда других гинекологических заболеваниях, поэтому необходимо исключить следующие состояния:

1. Перекрут кисты яичника или острый аппендицит.

Сопровождаются болями в правой подвздошной области; язык сухой, положителен симптом Щёткина-Блумберга. При этом не бывает аменореи, анемии, обмороков и шока. В анализе крови: лейкоцитоз, повышение СОЭ, что указывает на воспалительный процесс.

2. Прерывание маточной беременности.

При этом состоянии наружное кровотечение более выражено, чем болевой синдром, а при эктопической беременности доминирует боль. При влагалищном исследовании размеры матки увеличены соответственно сроку задержки менструации, открыт цервикальный канал, возможно выделение плодного яйца из полости матки. Имеет значение и характер выделений: при аборте они жидкой консистенции, ярко-красного цвета; при прерывании

трубной беременности — крошковатые, цвета кофейной гущи вследствие смешивания крови с десквамированной некротизированной децидуальной оболочкой.

3. Апоплексия яичника (кровоизлияние в желтое тело при нормальной маточной беременности).

Кровоизлияние в жёлтое тело чаще всего не вызывает очень сильных болей и шока, типичных для эктопической беременности маточного кровотечения обычно нет. Апоплексия яичника может возникнуть и в момент овуляции [7].

Методы диагностики эктопической беременности

1. Определение уровня хорионического гонадотропина человека (далее ХГЧ).

Проба на определение в сыворотке крови р-субъединицы ХГЧ во всех случаях эктопической беременности положительна, в моче проба на ХГЧ положительна только в половине случаев.

Скорость нарастания ХГЧ в крови помогает дифференцировать нормальную и патологическую беременность; при нормальной беременности уровень ХГЧ в сыворотке крови удваивается каждые 2 дня.

Стандартная проба мочи на беременность бывает отрицательной в 50% случаев внематочной беременности.

При пороговом уровне ХГЧ – 6000 мМЕ/мл маточную беременность выявляют при УЗИ.

2. УЗИ органов малого таза помогает исключить эктопическую беременность, если в полости матки четко определяется плодное яйцо. Выявление увеличенной матки и яичника при УЗИ не имеет диагностической ценности, так как такая же картина при ранней маточной беременности и наличием жёлтого тела.

При трансвагинальном УЗИ, плодное яйцо можно визуализировать на 4-6 дней раньше, чем при трансабдоминальной эхографии.

Плодное яйцо можно обнаружить при уровне ХГЧ 1500-2000 мМЕ/мл, соответствующем 6 неделям беременности. Отсутствие в полости матки эмбриона, может предположительно указывать на эктопическую беременность.

3. Кульдоцентез – это пункция прямокишечно-маточного углубления. Его проводят, чтобы выявить свободную кровь в брюшной полости при жалобах на острую боль в низу живота в сочетании с патологическим кровотечением, обмороком или шоком.

Кульдоцентез проводят с помощью иглы №18, которую вводят через задний свод влагалища в прямокишечно-маточное углубление. С целью получения жидкости. В норме содержимое шприца — 3-5 мл прозрачной жидкости желтоватого цвета. При наличии крови в брюшной полости получают тёмную жидкую кровь.

Содержимого в шприце может не быть при наличии спаечного процесса или при появлении сгустков крови, что не отрицает внематочную беременность.

4. Лапароскопия (метод хирургического вмешательства, при котором операция на внутренних органах проходит через небольшие отверстия) и кульдоскопия (обследование внутренних половых органов, которое проводится введением эндоскопа в маточно-прямокишечное углубление) дают возможность осмотра маточных труб и яичников, если диагноз вызывает сомнение. Риск, связанный с выполнением лапароскопии, гораздо меньше, чем риск серьёзных последствий при не диагностированной внематочной беременности [8].

5. Гистологическое исследование эндометрия.

При патологическом кровотечении (например, самопроизвольный аборт) проводят диагностическое выскабливание полости матки, полученная децидуальная ткань без ворсин хориона образцах эндометрия указывает на наличие эктопической беременности.

Дополнительный метод исследования это изучении мазков, в которых можно выявить феномен Ариас-Стелла — атипичные клетки в эндометрии с набуханием, вакуолизацией протоплазмы, гиперхромазией, гипертрофией ядер с

фрагментацией, появляющиеся в ответ на гормональные изменения при беременности.

Этот способ допустим, но только для женщин, которые не заинтересованы в сохранении беременности или при подозрении на неполный аборт [8].

6. Реография органов малого таза.

Это исследование позволяет получить данные о кровенаполнении различных органов и об их функциональной активности.

Лечение эктопической беременности.

В современной практике применяются оперативные и консервативные методы лечения эктопической беременности. Как и любые методы, они имеют свои преимущества и недостатки. Оперативное лечение эктопической беременности является оптимальным. В современной зарубежной литературе есть сведения об успешном применении консервативного метода лечения синтетическими гормон подобными препаратами и метотрексатом.

В нашей стране применяется комплексный метод лечения внематочной беременности. Он включает:

1. Операцию.
2. Борьбу с кровотечением, кровопотерей, геморрагическим шоком.
3. Ведение послеоперационного периода.
4. Восстановление репродуктивной функции [8].

Операции, применяемые при прервавшейся трубной беременности.

Все описанные ниже операции могут быть выполнены как лапаротомическим, так и лапароскопическим способом.

1. Лапароскопия.

Внедрение в практику лапароскопической методики операций привело к снижению числа лапаротомических операций по поводу внематочной беременности.

В решении вопроса об органосохраняющей операции требуется обратить внимание на следующие факторы:

- оперативный доступ;

- желание сохранения репродуктивной функции;
- структурные изменения в стенке фаллопиевой трубы;
- повторная беременность в той же трубе;
- локализация плодного яйца;
- наличие спаечного процесса;

Преимуществами лапароскопических методов оперативного вмешательства являются:

- сокращение продолжительности операции.
- сокращение продолжительности послеоперационного периода и пребывания в стационаре.
- меньшее количество рубцовых изменений передней брюшной стенки.
- лучший косметический эффект [8].

2. Сальпингоовариэктомия.

В прошлом, при наличии неизменённых придатков матки с противоположной стороны, применялся этот вид оперативного вмешательства, однако в настоящее время удаление здорового яичника считается неоправданным. Это связано с тем, что появилась возможность для экстракорпорального оплодотворения. Для этого способа оплодотворения необходимо максимальное сохранение генеративного потенциала, чтобы использовать собственную яйцеклетку женщины.[2]

3. Сальпингэктомия.

В настоящее время считается оптимальным методом лечения внематочной беременности. Более всего эта операция подходит для лечения прервавшейся трубной беременности при присоединении массивного кровотечения.

Операции, применяемые при прогрессирующей трубной беременности.

Частота диагностирования прогрессирующей внематочной беременности возросла в последнее время за счёт увеличения общего количества эктопических беременностей, и за счёт улучшения методов диагностики. При обнаружении у женщины прогрессирующей трубной беременности

применяются более щадящие методы лечения, чем при прервавшейся трубной беременности.

Операции при прогрессирующей трубной беременности.

1. Выдавливание.

У женщины с прогрессирующей трубной беременностью (при имплантации плодного яйца в ампулярной части трубы) плодное яйцо можно осторожно выдавить. Такой метод сейчас не применяется, потому что очень большая вероятность повторного возникновения трубной беременности [4].

2. Сальпингостомия.

Выполняется продольная сальпингостомия. После удаления плодного яйца сальпингостому, обычно не ушивают. В случае если ворсины хориона не проросли в мышечную стенку трубы, ограничиваются её выскабливанием.

3. Сегментарная резекция маточной трубы.

При сегментарной резекции фаллопиевой трубы удаляют лишь сегмент трубы, в котором находится плодное яйцо, после чего выполняют анастомоз двух концов трубы. При невозможности выполнения сальпингоанастомоза, возможно перевязать оба конца и наложить анастомоз позднее [6].

Операции при брюшной беременности.

Техника операции при брюшной беременности зависит от локализации плодного яйца. Чаще всего операция сводится к удалению эмбриона и последующему гемостазу.

Ведение послеоперационного периода.

Ведение послеоперационного периода при этих операциях несколько отличается от обычного.

Сразу после операции женщину обкладывают грелками, на живот кладут мешочек с песком, который впоследствии заменяют на пузырь со льдом.

В случае необходимости проводят инфузионную терапию и обезболивание. Необходимым считают применение антибиотиков, так же проводят витаминотерапия и адекватное питание.

Консервативные методы лечения эктопической беременности.

При ранней диагностики прогрессирующей внематочной беременности возможно успешное применение метотрексата.

Метотрексат является антагонистом фолиевой кислоты. Он блокирует метаболизм тканей, обладающих высоким уровнем обмена, к числу которых относится и трофобласт.

Осложнением применения метотрексата является острое массивное кровотечение из места локализации беременности через 1-2 недели после отмены препарата [7].

1.5. Осложнения и реабилитация после внематочной беременности

К сожалению, известие о беременности не всегда является хорошей новостью, даже если для женщины она желанная. В том, что беременность развивается не в нормальном плодместилище, то есть не в матке, а за ее пределами, нет ничего хорошего, потому что в большинстве случаев эта беременность обречена на прерывание.

Осложнения после внематочной беременности.

Все вероятные осложнения эктопической беременности можно условно разделить на ранние и поздние. К ранним относят осложнения, которые возникают непосредственно во время беременности: трубный аборт разрыв маточной трубы, кровотечение, болевой и геморрагический шок. К поздним осложнениям относят бесплодие, повторная внематочная беременность, нарушение функций органов, пострадавших во время кровопотери от кислородного голодания [10].

Разрыв фаллопиевой трубы является самым опасным последствием эктопической беременности. Повреждение вен и артерий в стенках фаллопиевой трубы приводит к внутреннему кровотечению, шоку, острой боли раздражённых кровотечением органов и тканей брюшины и малого таза [2].

Кровотечение опасно ещё и формированием рубцов, что может осложнить течение следующих беременностей и увеличить риск повторной эктопической

беременности.

Бесплодие.

Почти треть внематочных беременностей приводит к бесплодию. Особенно высока такая вероятность, если во время операции удаляют одну или обе повреждённые маточные трубы. Но сохраняется возможность экстракорпорального оплодотворения, когда яйцеклетку оплодотворяют сперматозоидом в условиях лаборатории, а затем хирургически имплантируют в матку [5].

Повторная внематочная беременность.

В 20% случаев происходит повтор внематочной беременности.

Наступление бесплодия и повторной внематочной беременности, ниже при лечении метотрексатом или если во время оперативного вмешательства удаётся сохранить маточную трубу [1].

К нежелательным, но частым последствиям эктопической беременности относятся также воспалительные процессы и возникновение спаек в брюшной полости и области органов малого таза.

Реабилитация

Учитывая, что ведущая роль воспалительных заболеваний, реабилитация в первую очередь должна, направлена на их лечение. Если причиной стала выявленная инфекция в матке, требуется антибиотикотерапия. Статистика неутешительна, чаще всего последующие беременности заканчиваются повторным возникновением патологии или самопроизвольным абортom.

После лечения патологии женщине придется пройти восстановительный период. В зависимости от применяемого способа лечения, назначаются следующие общие рекомендации:

- физиотерапия;
- прием комплексных витаминов;
- оздоровление в санаториях и лечебницах с применением грязелечения и водных процедур;
- правильное дробное питание. Преобладание в рационе легкоусвояемых

продуктов позволит ускорить процесс выздоровления [11].

В период после операции, женщина должна отказаться от физических нагрузок, но постельный режим должен сопровождаться каким-либо движением, во избежание возникновения спаек. По назначению врача первое время можно выполнять упражнения в постели, далее стоит продолжать заниматься лечебной физической культурой дома.

Во многом все зависит от самой женщины, ее психологического отношения к собственному здоровью.

Обязательно сдаются анализы на выявление инфекционных заболеваний, таких как хламидиоз, гонорея и другие, при выявлении проводится лечение и после восстановления, можно приступать к планированию новой беременности.

Спайки не являются окончательным диагнозом, они успешно убираются с помощью коррекции лазером и физиотерапией. Врач обязательно направляет на УЗИ, чтобы исключить возникновение доброкачественных опухолей, фибромиомы, кист [11].

В случае возникновения внематочной беременности в связи с использованием в качестве контрацепции внутриматочную спираль, ее следует убрать и пользоваться более щадящими методами контрацепции, например, барьерным.

Необходимо провести полное эндокринологическое обследование. Гормональный фон способен влиять на процессы беременности, в частности — гипофиз отвечает за продвижение оплодотворенного яйца до полости матки.

Сроки планирования следующей беременности индивидуальны, стоит учитывать общее состояние женщины — наличие хронических соматических заболеваний и заболеваний репродуктивной системы. Врачи рекомендуют следующее зачатие не ранее чем через 1-2 года. Перед новой беременностью показатели здоровья должны быть в норме, как у мамы, так и у отца. Имеет значение и эмоции женщины во время оплодотворения яйцеклетки и последующего развития эмбриона. Семье и окружению женщины следует обеспечить комфортную психологическую обстановку. Присутствие волнения,

страха – ухудшает транспортную функцию труб, что повышает риск повторения проблемы эктопической беременности.

Женщина, которая перенесла внематочную беременность, состоит на диспансерном учете. Пациенткам показана контрольная лапароскопия через три месяца с целью уточнения состояния маточных труб.

После внематочной беременности возможность забеременеть и выносить здорового ребенка, достаточно велика. При выполнении врачебных назначений, например, во время проходить рекомендуемые обследования, мечта о материнстве в скором будущем непременно осуществится [12]

1.6. Профилактика внематочной беременности

Профилактика внематочной беременности поможет предотвратить одно из наиболее опасных гинекологических заболеваний. Каждая женщина должна внимательно следить за своим здоровьем, регулярно посещать гинеколога для профилактического осмотра, даже если никаких тревожных симптомов не наблюдается. Внематочная беременность опасна не только для репродуктивного здоровья, но и для жизни пациентки.

Во избежание подобной патологии, женщина должна свести к минимуму возможность развития тех факторов, которые провоцируют эктопическую беременность.

Непроходимость маточных труб возникает как следствие гинекологических заболеваний, а также инфекций передающиеся половым путем. При наличии повышенного риска развития внематочной беременности следует пройти обследование проходимости маточных труб перед зачатием, которое называется гистеросальпингографией. При проведении такой процедуры, также можно выявить наличие спаек в трубах, которые можно удалить путем хирургического вмешательства [12].

В профилактических целях, прежде всего, необходимо вовремя лечить воспалительные процессы органов малого таза. До беременности следует сдать

необходимые анализы на наличие хламидий, микоплазм, уреаплазм и других патогенных микробов, чтобы вылечить их до зачатия. Эти обследования вместе с женщиной должен пройти и будущий отец ребенка.

Одна из важных мер профилактики является правильный подход к выбору средств контрацепции, следует отдать предпочтение барьерным методам, так как внематочная беременность часто становится последствием использования внутриматочной спирали. Использование презервативов не только защитит от заболеваний, передающихся половым путем, но и от нежелательной беременности. Проведенный в прошлом аборт также относят к фактору риска возникновения эктопической беременности. Поэтому основным направлением современной медицины остается пропаганда планирования семьи [11].

Общие меры профилактики в предупреждение развития внематочной беременности включают здоровый и активный образ жизни и планировании семьи.

Основная часть работы по профилактике различных заболеваний входит в обязанности акушерки. Именно она играет важную роль в профилактике эктопической беременности. Для предотвращения возникновения внематочной беременности участковой акушерке необходимо проводить санитарно-просветительские работы на темы: «Профилактика воспалительных заболеваний органов малого таза»; «Безопасные методы контрацепции»; «Реабилитация после внематочной беременности».

Так же акушерке следует организовывать беседы в учебных заведениях по поводу профилактики первого аборта и использование барьерной контрацепции, так как в последние годы у подростковой группы населения наблюдается тенденция к раннему началу половой жизни.

Итак, подведя итог, можно выделить основные методы профилактики по предотвращению внематочной беременности:

- внимательное отношение к собственному здоровью, регулярное посещение гинеколога;
- предупреждение воспалительных заболеваний органов малого таза;

- лечение инфантилизма, опухолей половых органов у женщины;
- стабильность в выборе сексуального партнера;
- применение противозачаточных средств, чтобы исключить аборты;
- своевременное планирование беременности и рождения ребенка;
- правильный активный образ жизни, отказ от вредных привычек [3].

ГЛАВА 2. АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ, МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ И ПРИЧИН, ПРИВОДЯЩИХ К ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

2.1. Материалы и методы исследования

В период с декабря 2018 года по апрель 2019 нами был проведен анализ статистических данных и медицинской документации пациенток с эктопической беременностью в гинекологическом отделении на базе ОГБУЗ «БОКБ Святителя Иоасафа» и женской консультации ОГБУЗ «Городская поликлиника города Белгорода поликлиническое отделение №8».

При обработке медицинской документации были собраны данные о пациентках в возрасте от 23 до 39 лет в количестве 50 человек и проведено анкетирование 30 женщин диспансерной группы.

Методы исследования:

1. Анализ медицинской документации.
2. Анкетирование женщин, которые состоят на диспансерном учете.
3. Статистическая обработка материалов исследования.

2.2. Результаты исследования

По результатам мировой статистики частота случаев внематочной беременности составляет 0,5 — 6,0%. В Российской Федерации каждый год диагностируется от 1,2 до 2,2% случаев в сравнении с маточными беременностями. За последние 20 лет зафиксирована стойкая тенденция к повышению уровня заболеваемости эктопической беременностью, замечено так же, что у 7,5–22% пациенток возникает повторный случай заболевания.

При изучении статистики перинатального центра на базе ОГБУЗ «БОКБ Святителя Иоасафа», мы отметили динамику снижения случаев эктопической беременности за период с 2015 по 2018 год.

В 2015 зафиксировано 95 случаев внематочной беременности, в 2018 году число уменьшилось до 69 случаев (Рис. 1).

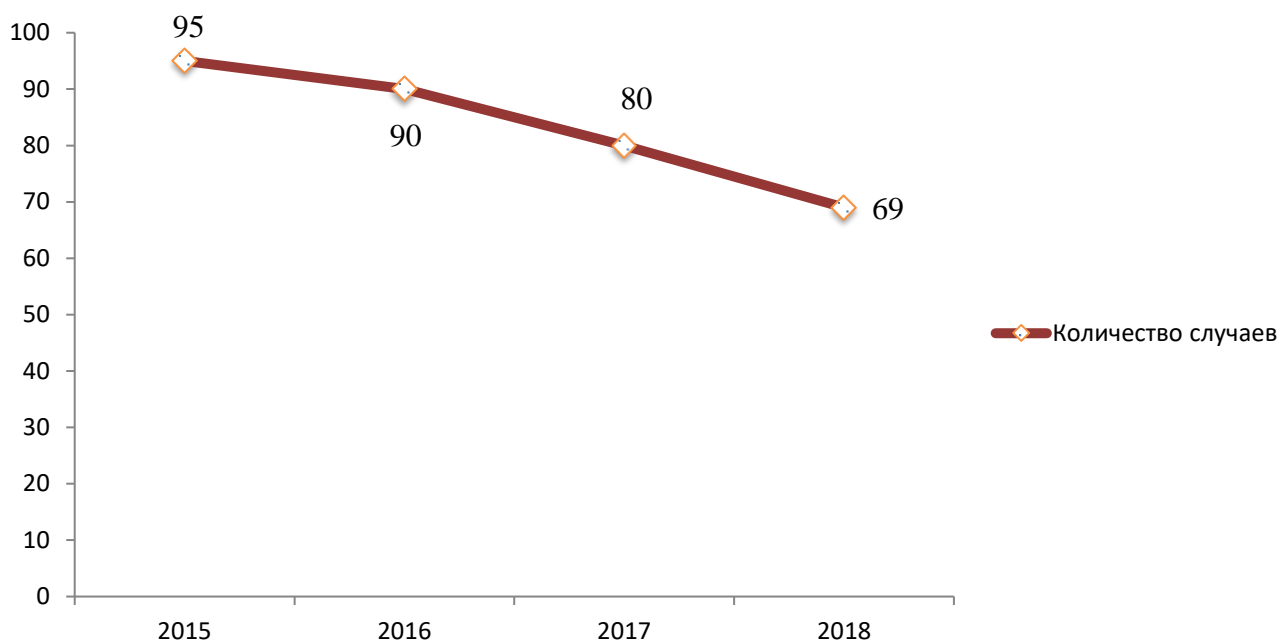


Рис. 1. Статистика внематочной беременности по данным ОГБУЗ «БОКБ Святителя Иоасафа»

Так как основной причиной внематочной беременности являются спайки, возникающие вследствие воспалительных заболеваний органов таза, вызванных ИППП, целесообразно изучить статистику их распространенности. Мы получили следующие данные: в 2015 году кандидозного кольпита было зафиксировано 324 случая, хламидиоза — 13, уреаплазмоза — 28, венерических заболеваний — 39. В 2016 году пик заболеваемости кандидозным кольпитом — 328 случаев, хламидиоз — 52, уреаплазмоз — 21, венерических заболеваний — 28. В 2017 году более всего было случаев хламидиоза — 141, кандидозный кольпит — 138 случая, уреаплазмоз — 91, венерических заболеваний — 47. В 2018 году случаев кандидозного кольпита резко увеличилось до 271 случаев, хламидиоз — 128, уреаплазмоз — 89, венерических заболеваний — 27. Показатели ВИЧ-инфекции, гепатита, гарднереллеза, микоплазмоза колеблется до 50 случаев в год. Цитомегаловирусная инфекция занимает последнее место 1-2 случая в год (Рис. 2).

Название диаграммы

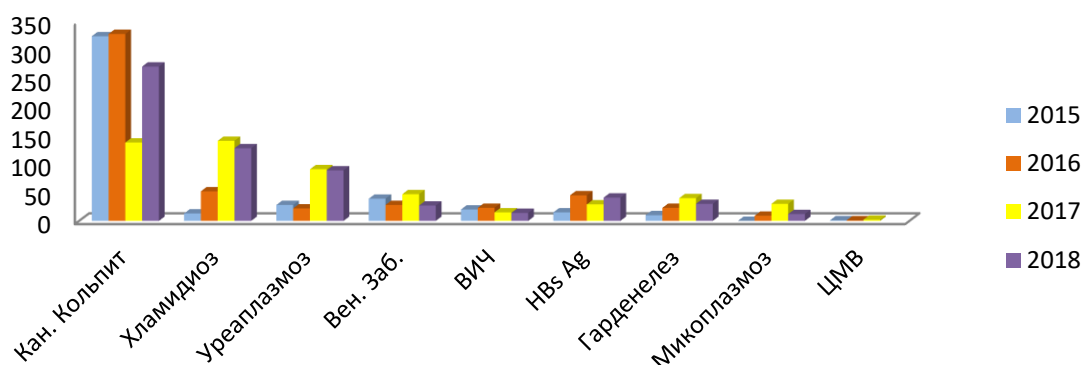


Рис. 2. Статистика инфекционных заболеваний по данным ОГБУЗ «БОКБ Святителя Иоасафа»

Статистика, полученная из женской консультации, указывает на то, что в период с 2016 года по 2018 год на участках работы ОГБУЗ «Городской поликлинике города Белгород поликлинического участка №8» было зафиксировано лишь 2 случая внематочной беременности.

Частота случаев возникновения воспалительных заболеваний у пациенток, прикрепленных в женской консультации в ОГБУЗ «Городской поликлинике города Белгород поликлинического участка №8» год составляет: 2016 год — 154, 2017 год — 176, 2018 год — 252 (Рис. 3).

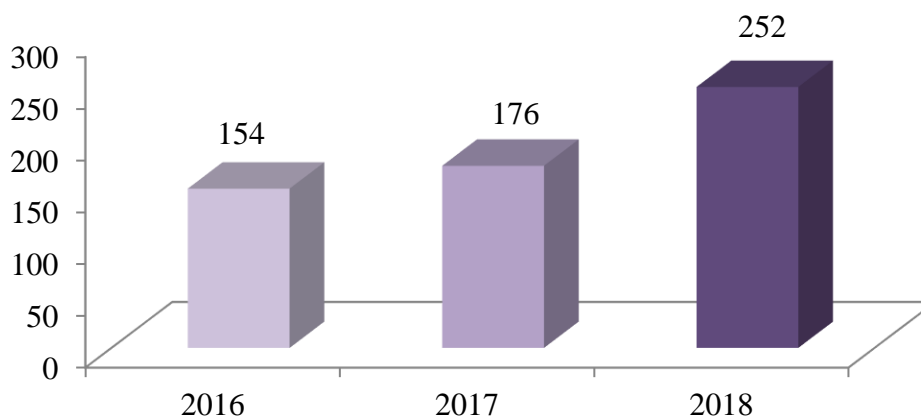


Рис. 3. Статистические данные распространенности воспалительных заболеваний в ОГБУЗ «Городской поликлинике города Белгород поликлинического участка №8»

Анализ историй болезни

Проанализирована структура и распространенность возможных причин возникновения внематочной беременности по данным анамнеза пациенток в исследуемой группе. Одной из главных причин возникновения эктопической беременности являются воспалительные заболевания органов малого таза — 76%. Аборты занимают второе место — 42%. Повторная внематочная беременность составляет 18% (9 женщин). Незначительный процент составляют внутриматочные средства как метод контрацепции — 8% и спаечный процесс — 6% (Рис. 4.).

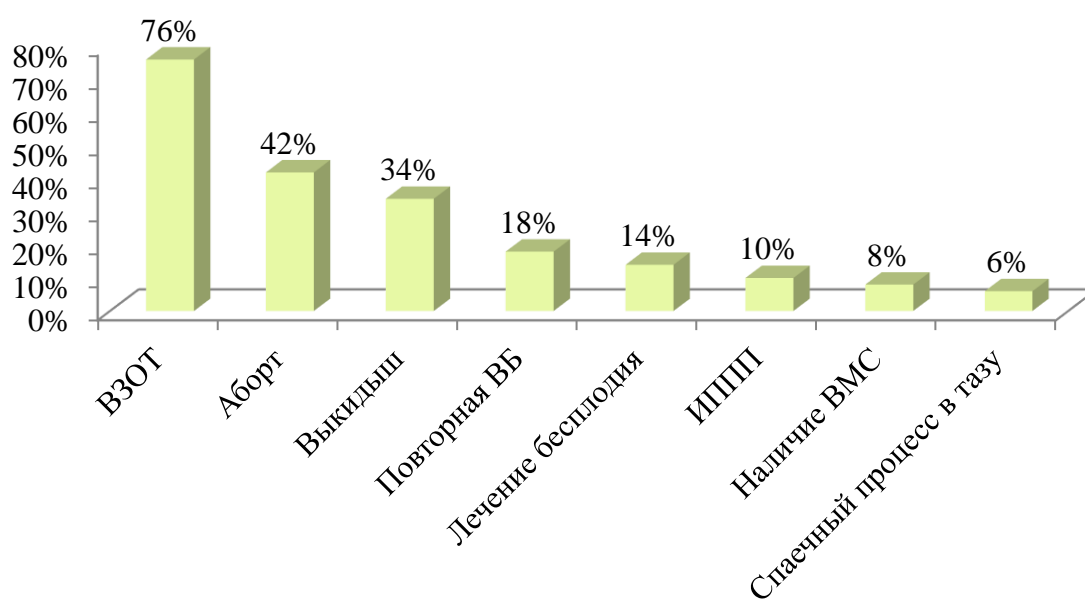


Рис. 4. Возможные причины внематочной беременности

Процентное соотношение возрастных групп распределилось следующим образом: женщины моложе 25 лет — 14%, женщины в возрасте от 26 до 35 лет — 60%, женщины старше 36 лет — 26%. Исходя из этих данных, можно сделать вывод, что внематочная беременность наступает чаще всего в возрасте 26-35 лет (Рис. 5).

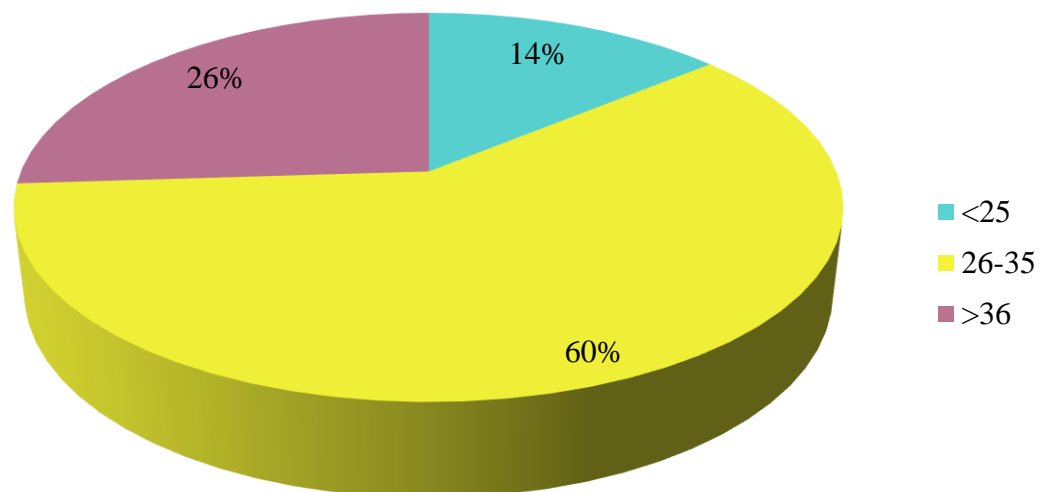


Рис. 5. Возрастные категории женщин с внематочной беременностью

Процентное соотношение места жительства позволяет отметить, что женщины, проживающие в сельской местности преобладают, над городскими жителям (Рис. 6).

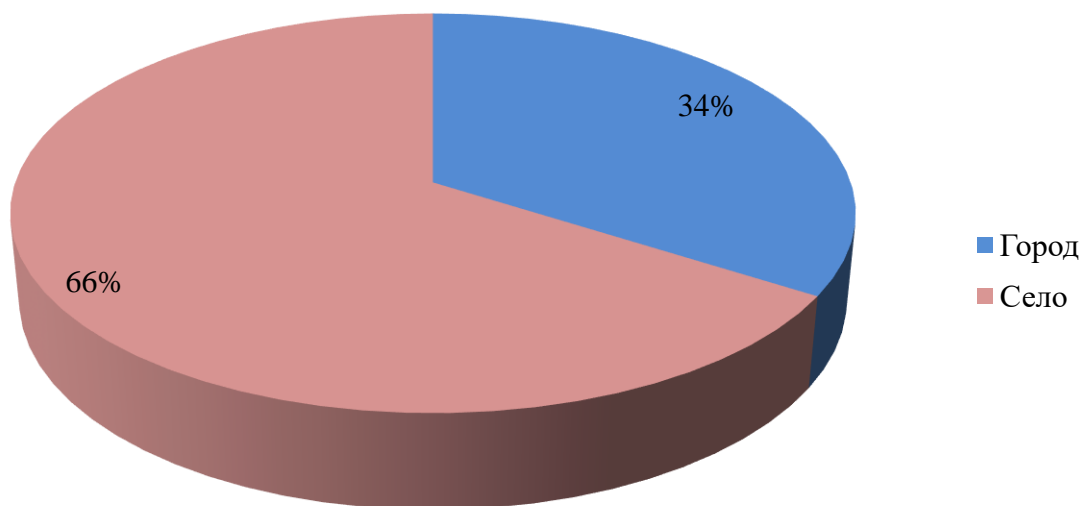


Рис. 6. Место жительства

Из всех изученных историй болезни было выявлено 19 женщин с воспалительными заболеваниями органов малого таза, 9 из которых имели не одно гинекологическое заболевание. Среди этих заболеваний можно выделить аднексит — 22% (11 случаев), эндометриоз и сальпингит — по 16% (по 8 случаев), что соответствует литературным данным о распространенности перечисленных заболеваний (Рис. 7).

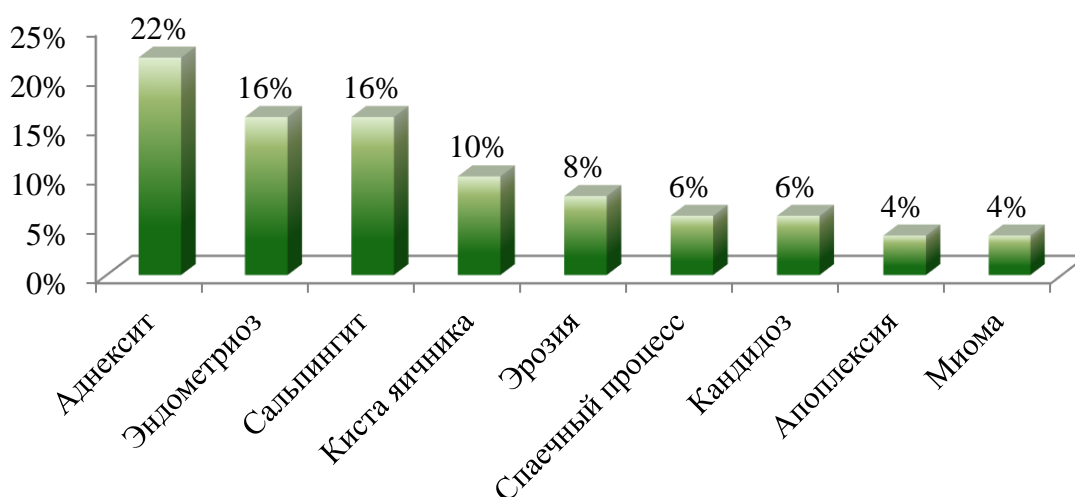


Рис. 7. Гинекологические заболевания в анамнезе у женщин с внематочной беременностью

Среди соматических заболеваний чаще всего встречается пиелонефрит, а именно в 22% на 50 случаев. Второе место занимает цистит — 4 случая, анемия и ожирение занимают незначительную часть (Рис.8).

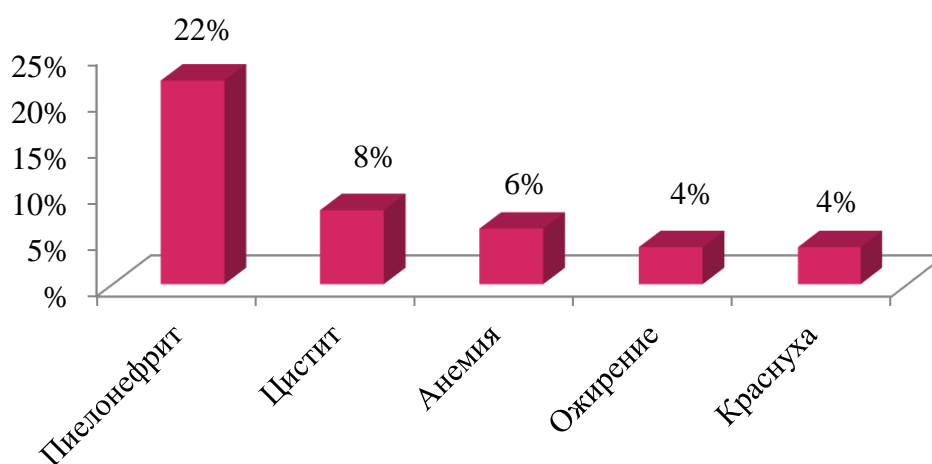


Рис. 8. Соматические заболевания в анамнезе у женщин с внематочной беременностью

Изучение анамнеза у женщин с эктопической беременностью позволило выявить следующие результаты: среди заболеваний, передающихся половым путем 22%, составляет хламидиоз, уреаплазмоз — 18%, трихомониаз — 12% и незначительную часть — 6% занимает вирус папилломы человека. Приблизительно у половины женщин не было выявлено инфекционных заболеваний половых путей (Рис.9).

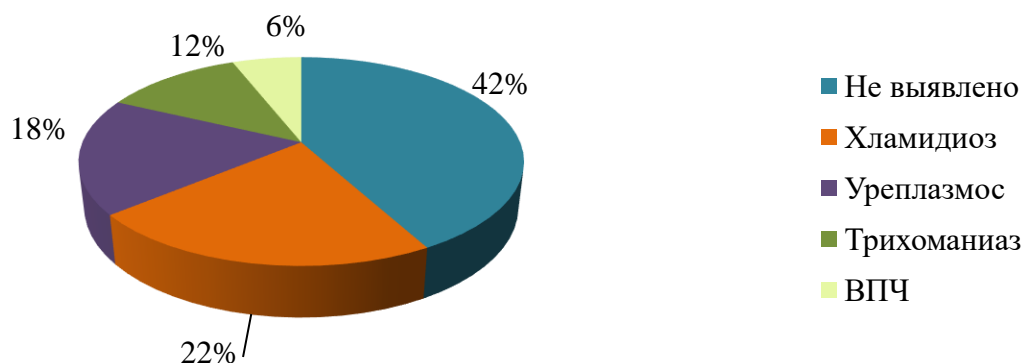


Рис. 9. ЗППП у женщин с эктопической беременностью

Операции, которые проводились женщинам в период их жизни можно разделить следующим образом: чаще всего встречается кесарево сечение — 13 случаев, что составляет 26%, аппендэктомия — 10 случаев (20%), тубэктомия — 9 случаев (18%), реже всего встречается операция сальпингоовариоэктомии — 4 случая (8%) из 50 проанализированных историй болезни (Рис. 10).

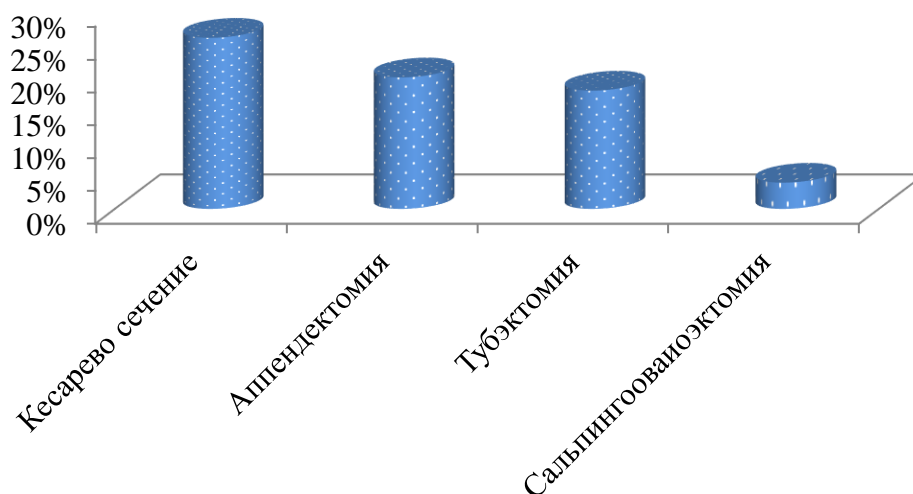


Рис 10. Оперативные вмешательства в анамнезе у женщин с внематочной беременностью

Акушерский анамнез у женщин с внематочной беременностью распределился следующим образом: количество женщин, у которых была беременность — 41, из них 38 родили, сделали аборт по собственному желанию, медицинским и социальным показаниям — 21 женщина, самопроизвольный аборт случился у 17 женщин, 7 женщин лечились от бесплодия и 9 женщин отрицали наличие бесплодия и беременности, опираясь на то, что попыток забеременеть не было (Рис.11).

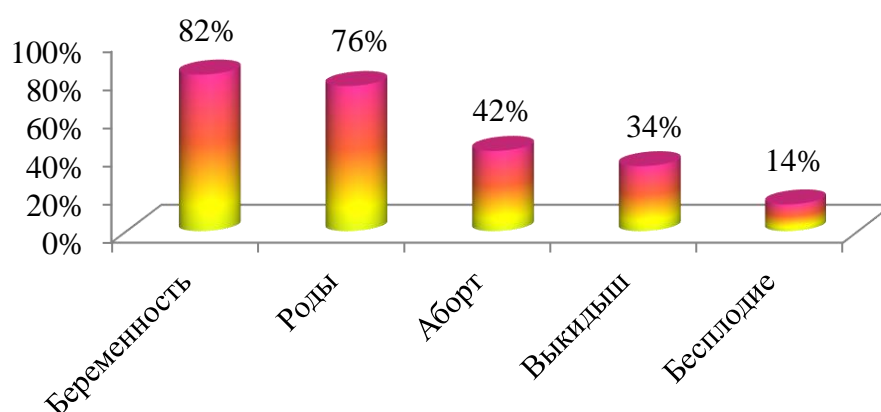


Рис. 11. Акушерский анамнез у женщин с внематочной беременностью

Основным способом в лечении внематочной беременности является лапароскопия — 98%. Это связано с тем, что трубная форма эктопической беременности преобладает над другими. В изученных случаях нам встретился один случай шеечной формы, что составило 2% гистероскопии (Рис.12).

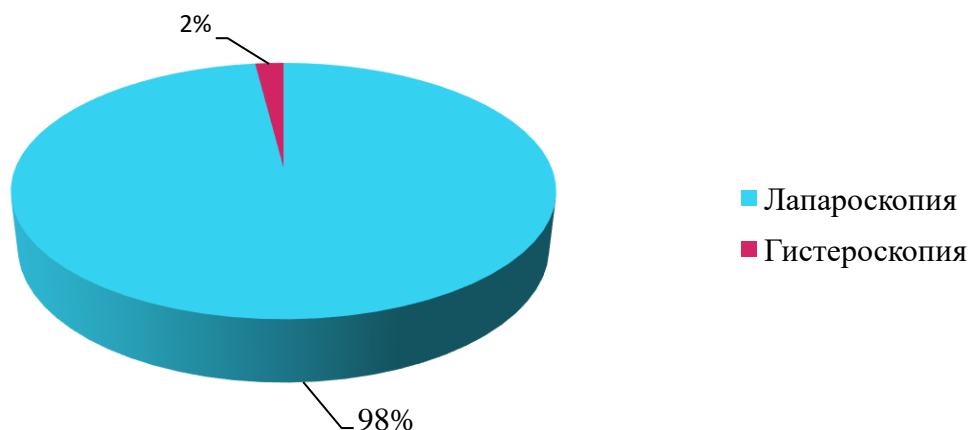


Рис. 12. Вид оперативного лечения внематочной беременности

В связи с тем, что большая часть, изученных нами эктопических беременностей протекало по типу прогрессирующей трубной беременности, лечение сводилось к оперативному способу с целью тубэктомии — 98%. Лишь 2% пришлось на выскабливания полости матки (Рис. 13).

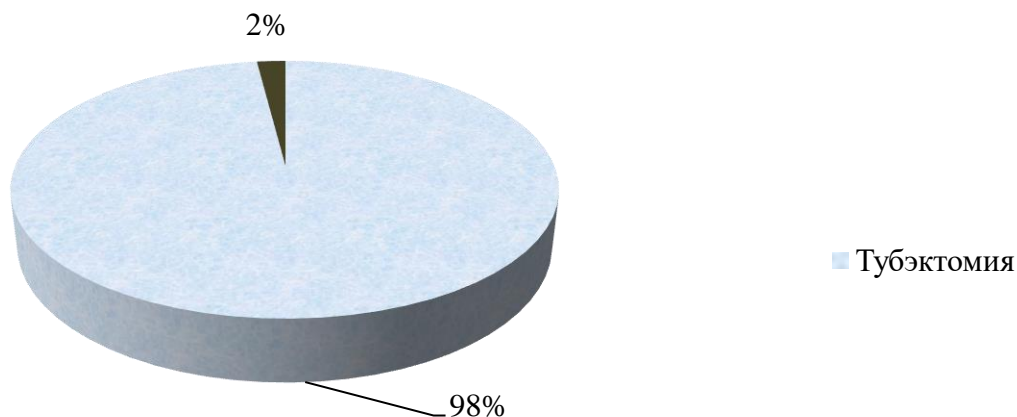


Рис. 13. Объем оперативного вмешательства при лечении внематочной беременности

В послеоперационном периоде у пациенток с внематочной беременностью не было выявлено отклонений от нормы.

Анализ анкетирования.

Нами было проведено анкетирование у 30 женщин. Возрастные группы разделились в следующем соотношении: моложе 20 лет — 16% (5 женщин), 21-35 лет — 47% (14 женщин), старше 36 лет — 37% (11 женщин) (Рис.14).

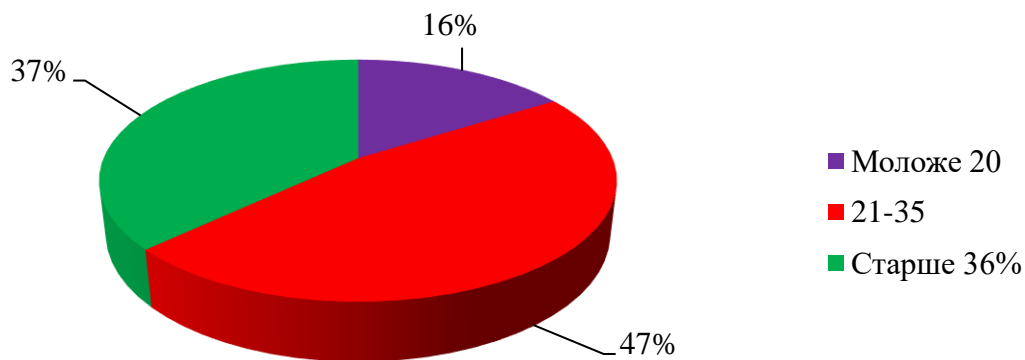


Рис. 14. Возрастные категории женщин, которые состоят на диспансерном учете у врача-гинеколога

При проведении анкетирования, было обращено внимание на половую активность у женщин. Результаты были получены следующие: 63%(19 женщин) имеют постоянного полового партнера, у 27% (8 женщин) бывают случайные половые связи и 10% (3 женщины) не имеют полового партнера (Рис. 15).

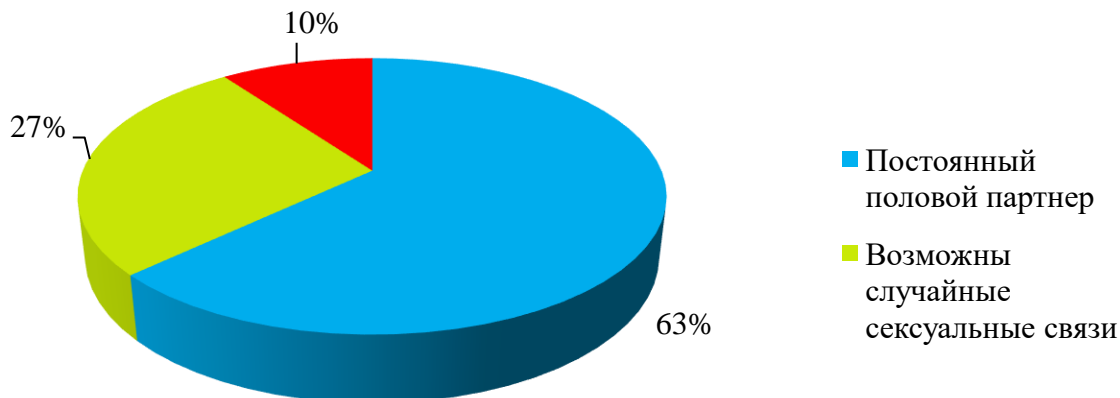


Рис. 15. Сексуальная активность опрошенных женщин

В ходе анкетирования было выявлено, что большая часть женщин (40%) используют в качестве контрацепции прерванный половой акт, лишь 30% женщин используют презервативы, небольшая часть (по 10%) используют гормональные и внутриматочные средства. Не используют ни один вид контрацепции 10% по причине воздержания от полового акта (Рис. 16).

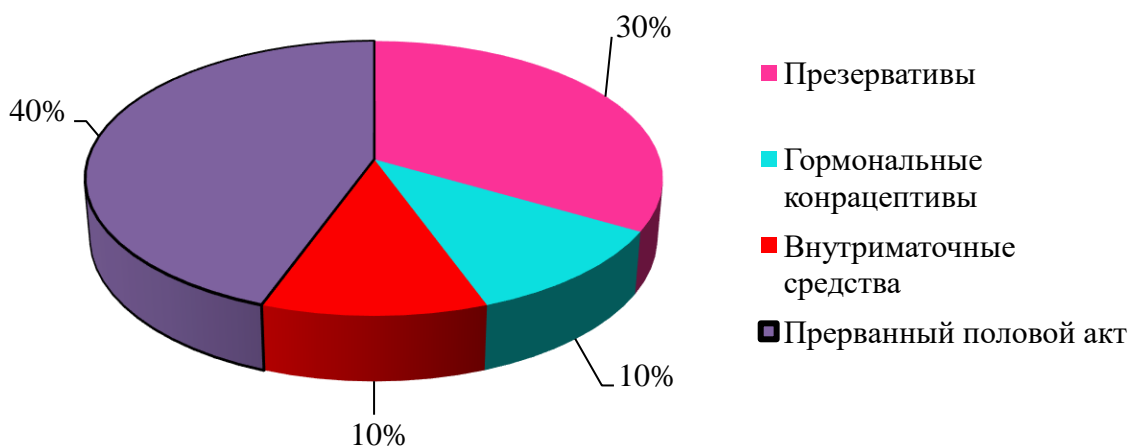


Рис. 16. Использование контрацепции среди опрошенных женщин

При анкетировании было выявлено, что 24 (80%) женщины были беременны хотя бы один раз, 2 женщины (7%) проходят курс лечения от бесплодия, 4 женщины (13%) отрицали и беременности и наличие бесплодия (Рис. 17).

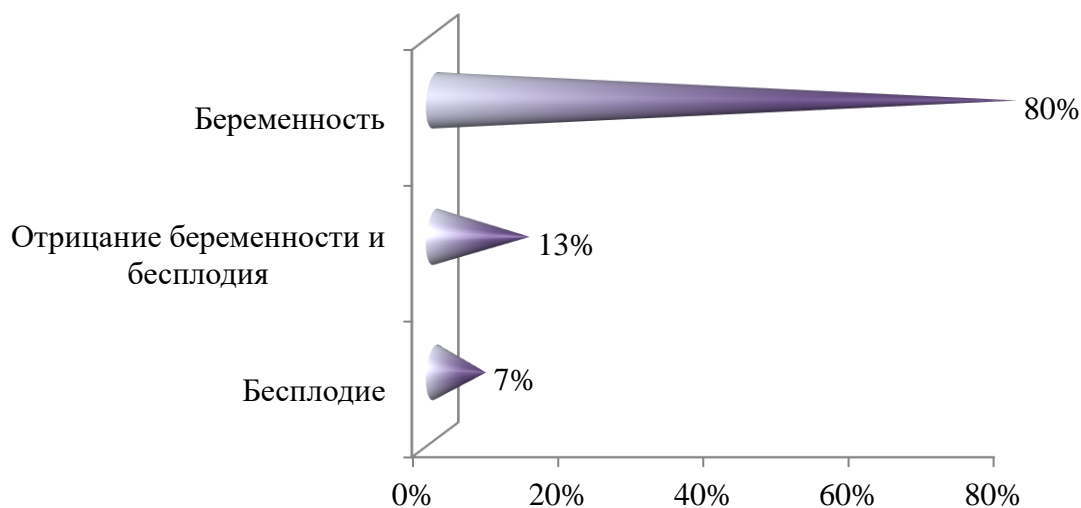


Рис. 17. Репродуктивная функция у опрошенных женщин

Из числа, имевших беременности родили — 22 женщины, сделали аборт — 11, у 8-ми женщин произошел выкидыш (Рис. 18).

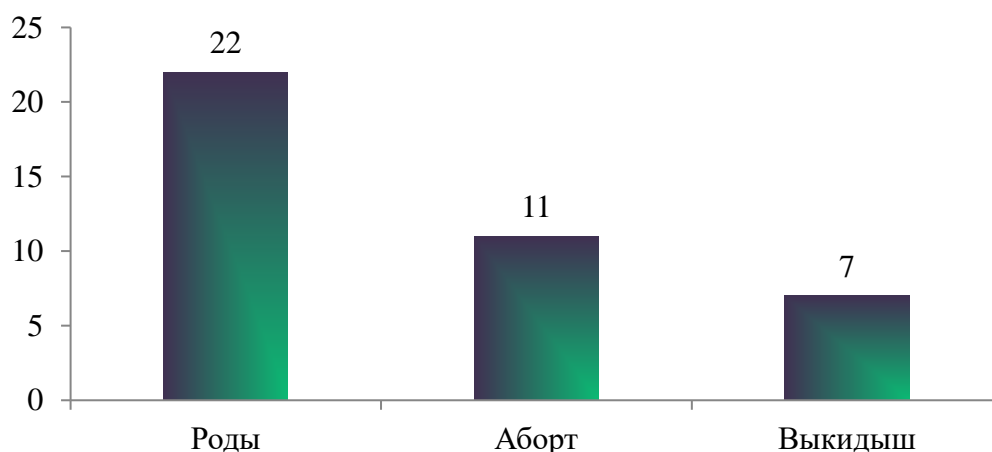


Рис.18. Исход беременностей у проанкетированных женщин

Все анкетированные нами женщины состоят на диспансерном учете у врача-гинеколога, поэтому нам было интересно узнать о частоте посещения гинеколога этими женщинами. Результаты получились следующими: посещают

врача 1-2 раза в год — 23%, более двух раз в год — 20%, женщин, которые не посещают гинеколога при отсутствии причин, составляет — 23%. Хотелось бы обратить внимание на то, что большая часть женщин (34%) не посещают гинеколога в связи с отсутствием надежды на адекватную помощь от специалиста (Рис. 19).

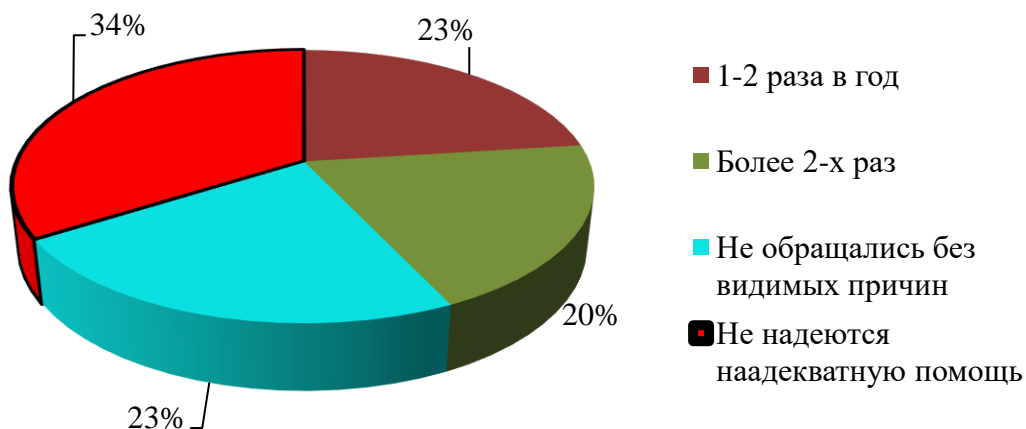


Рис. 19. Частота посещения врача-гинеколога пациентками диспансерной группы

Из причин, по которым женщины состоят на диспансерном учете можно выделить следующие: аднексит занимает первое место — 37%, эндометриозом страдает 23% опрошенных нами женщин, частота случаев сальпингита и оофорита составляет по 17%, эрозия шейки матки — 6% (Рис. 20).

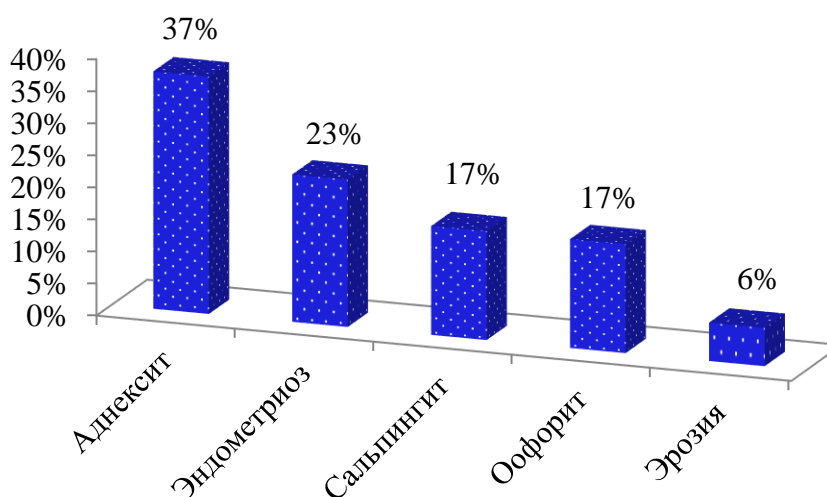


Рис. 20. Причины, по которым женщины состоят на диспансерном учете у врача-гинеколога

Часть опрошенных женщин, страдают такими заболеваниями как: хламидиоз — 30%, кандидозный кольпит — 27%, уреаплазмоз — 23%. Лишь у 20% женщин не было выявлено инфекционных заболеваний (Рис. 21).

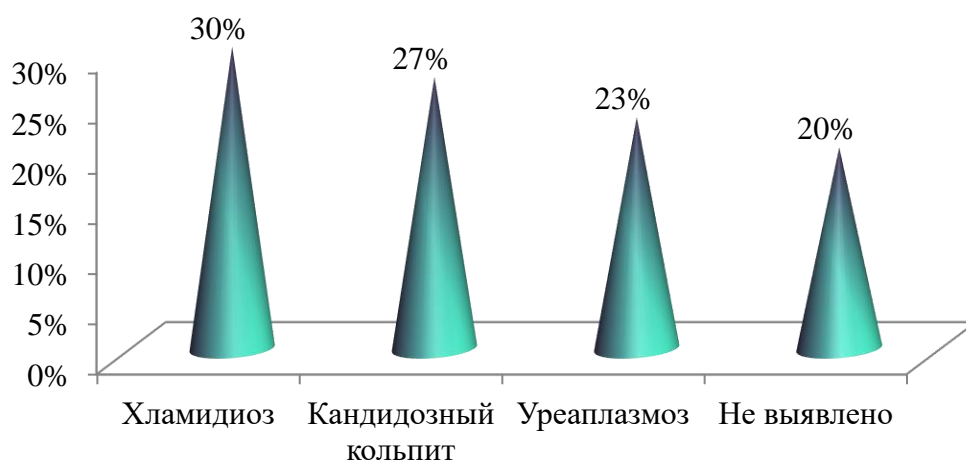


Рис. 21. Воспалительные заболевания органов малого таза у опрошенных женщин

Нами было выявлено, что 63% женщин не знают причин возникновения ВЗОТ. 37% женщин узнали о причинах от участкового врача-гинеколога или из интернет источников (Рис. 22).

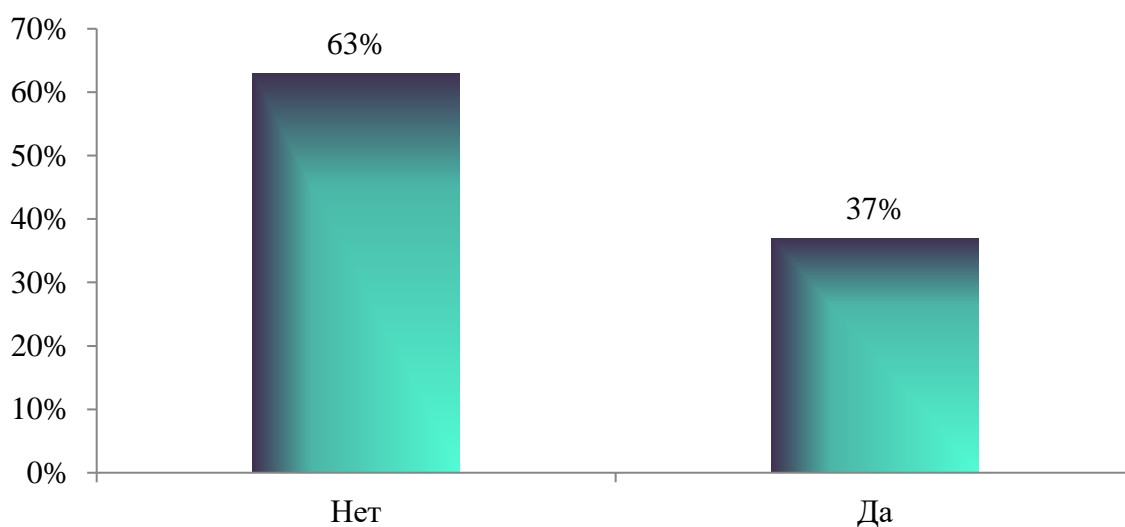


Рис. 22. Информированность женщин о причинах возникновения ВЗОТ

Чтобы выяснить уровень информированности женщин по поводу профилактики воспалительных заболеваний органов малого таза, нами был

задан вопрос: «Проводили ли с Вами беседы по поводу профилактики ВЗОТ?». Хотелось бы заострить внимание на том, что 73% женщин не были информированы о профилактике ВЗОТ, прослушали лекцию лишь 27% (Рис. 23).

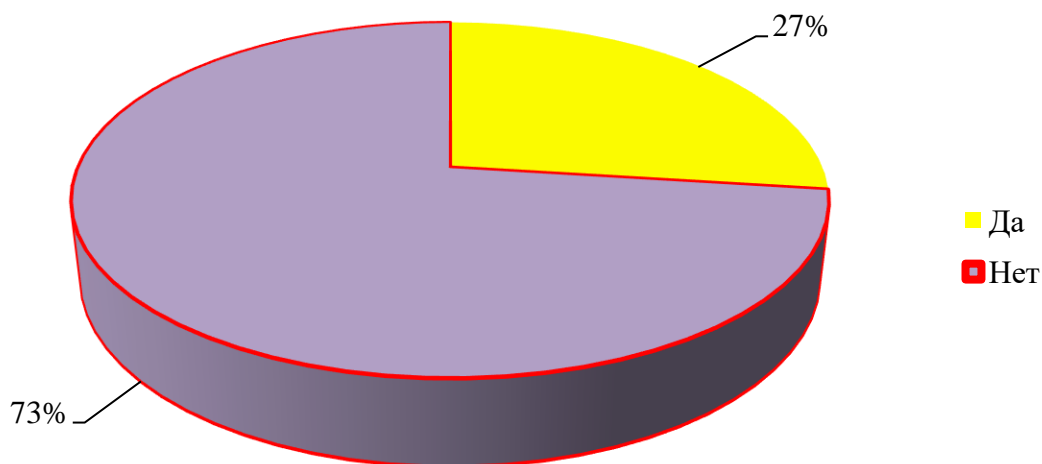


Рис. 23. Информированность женщин по теме профилактике ВЗОТ

Скорее всего, из-за отсутствия знаний о причинах и профилактике ВЗОТ большая часть женщин (83%) не осведомлены о последствиях этих заболеваний. 17% женщин узнали о последствиях ВЗОТ из литературных источников или интернета (Рис. 24).

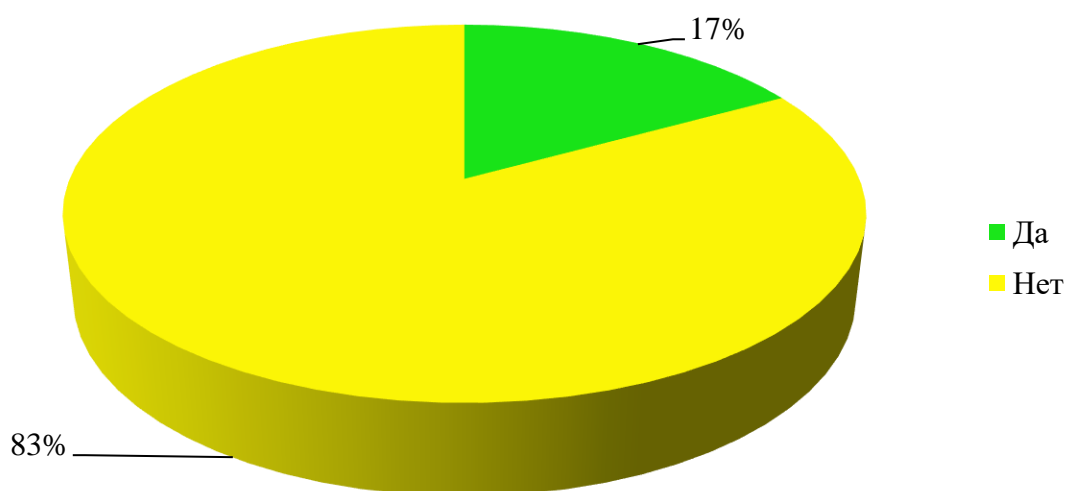


Рис. 24. Информированность женщин о последствиях ВЗОТ

Нами было установлено, что почти 2/3 женщин (67%) планируют беременность в ближайшее время. Не планируют 33% женщин (Рис. 26.) Это означает, что по результатам нашего исследования (наличие у женщин ВЗОТ, половых инфекций), эти женщины попадают в группу риска по развитию внематочной беременности.

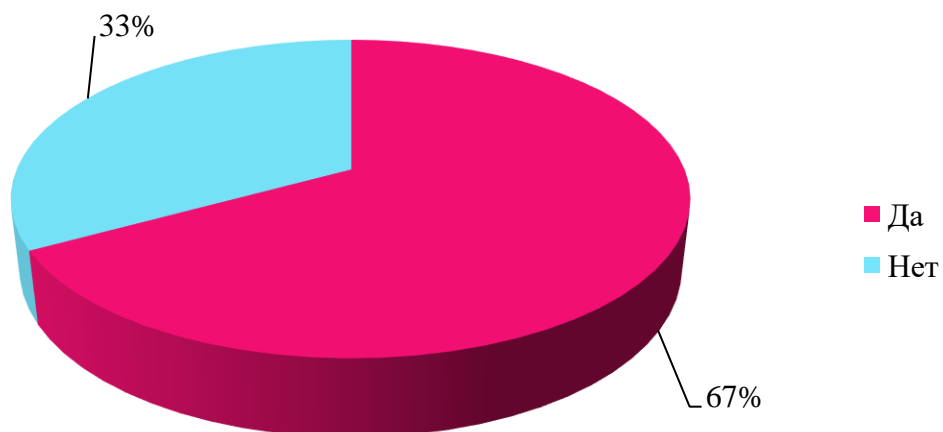


Рис. 26. Планирование беременности

2.3. Выводы

1. Наиболее частой клинической формой эктопической беременности является трубная беременность различной локализации, отмечаемая у 98% женщин с данным диагнозом. Наименее распространенной формой внематочной беременности — шеечная беременность (2%).

2. Жалобы пациенток при внематочной беременности однотипны — боль и кровянистые выделения из половых путей. Различиями являются только характер и локализация боли.

3. Методом выбора лечения больных с прогрессирующей внематочной беременностью в подавляющем случае является лапароскопия (98%) с удалением пораженной маточной трубы.

4. Послеоперационный период во всех случаях протекал без осложнений.

5. Повторная внематочная беременность (18%) и лапароскопическая операция с удалением маточной трубы в связи с воспалительным заболеванием (аднексит — 18%, сальпингит — 16%) впоследствии приводят женщину к бесплодию трубного генеза.

6. Мы установили, что большой процент женщин не информированы в вопросах возникновения причин, последствиям и профилактике воспалительных заболеваний органов малого таза.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Изучив необходимую научно - медицинскую литературу по теме: «Профессиональная деятельность акушерки в профилактике внематочной беременности» мы выяснили, что внематочная беременность это беременность развивающаяся за пределами матки, то есть в разных частях маточной трубы, яичниках, брюшины.

Проанализировав данные практического исследования, можно сделать вывод: актуальность проблемы эктопической беременности заключается в прогрессивном увеличении количества женщин, которые сталкиваются с подобным явлением. Тенденция к росту числа больных внематочной беременностью обусловлена образом жизни женщины и работой женской консультации.

Несмотря на то, что развитие всемирной медицины не стоит на месте, материнская смертность по причине эктопической беременности в мире стабильно занимает 4-5 место [6].

В происхождении данного заболевания можно выделить группы факторов: воспалительные заболевания органов малого таза, патология в развитии маточных труб, нарушения гормонального фона, а так же наличие вредных привычек.

Внематочная беременность состоит из трех последовательных фаз: имплантация зиготы в патологическом месте (фаллопиева труба, яичник, шейка матки, брюшная полость), прогрессирование и прерывание беременности.

Лучший способ диагностики внематочной беременности это диагностическая лапароскопия, а так же определение в сыворотке крови уровня ХГЧ и проведение УЗИ-исследования с целью выявления отсутствия плодного яйца в полости матки.

Основным методом лечения внематочной беременности является лапароскопическая операция с удалением маточной трубы. Реже удается провести органосохраняющую операцию.

Основная роль в профилактике эктопической беременности возлагается на акушерско-гинекологическую службу. Предотвратить внематочную беременность как явление можно, устранив факторы риска возникновения этой патологии.

Деятельность женской консультации, а в частности работа акушерки направлена на то, чтобы выявлять у женщин детородного возраста воспалительные заболевания органов малого таза, врожденные пороки в развития половых органов, предупреждение аборт, выполняемых в подростковой группе населения, проведение профилактических бесед по вопросам контрацепции. Стоит обратить внимание на то, что в последнее время растет число женщин, у которых имеются вредные привычки. В задачи акушерки так же входят беседы по поводу пропаганды здорового образа жизни и отказа от курения, алкоголя и наркотиков.

Снижая уровень факторов риска внематочной беременности, число эктопических беременностей снижается прямо пропорционально.

Изучая медицинскую документацию на базе ОГБУЗ «Белгородской областной клинической больницы Святителя Иоасафа» мы выявили тенденцию ежегодного снижения числа случаев внематочной беременности. Такие результаты противоречат мировой и Российской статистике. Возможно, это связано с тем, что в городе Белгород хорошо развита акушерско-гинекологическая служба или с тем, что женщины обращались за лечением внематочной беременности в другие медицинские службы в городе, в другой регион Российской Федерации или за пределы страны.

Разумно предположить, что полученные статистические данные в ходе нашего исследования нельзя расценивать, как тенденцию снижения внематочной беременности в регионе, стране и мире.

Подводя итог выполненной работы можно сделать вывод, что основной причиной возникновения внематочной беременности являются воспалительные заболевания органов малого таза. Поэтому чтобы предотвратить заболевание эктопической беременности работа женской консультации должна быть

направлена раннее диагностирования и лечение воспалительных заболеваний у женщин.

Практическая значимость нашего исследования заключается в том, что нами были разработаны рекомендации для акушерки и женщин.

ПРИЛОЖЕНИЕ

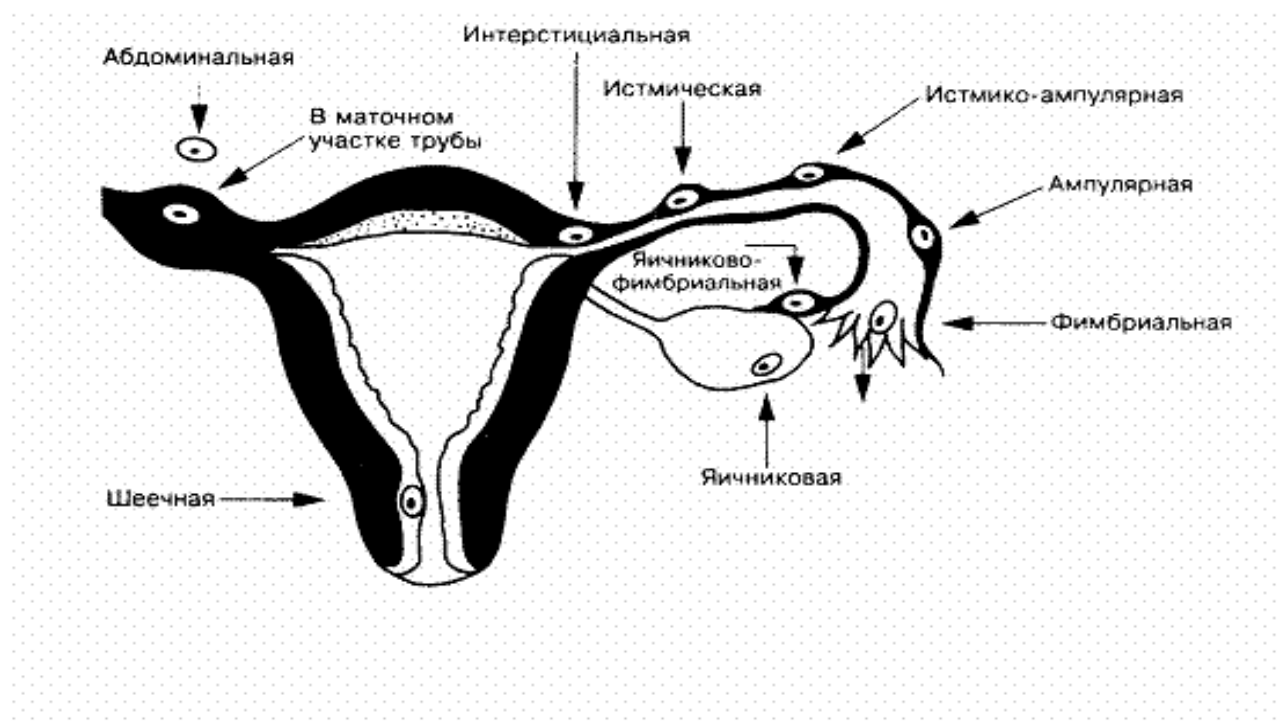
СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Айламазян Э.К., Акушерство: учебник для медицинских вузов 4-е изд., доп. - Спб.: СпецЛит, 2003. - 528 с.
2. Айламазян Э.К., Акушерство [Электронный ресурс] : учебник Айламазян Э. К. и др. - 9-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 704 с.
3. Барановская Е.И., Акушерство [Электронный ресурс]: учебник Е.И. Барановская - Минск : Выш. шк., 2014. - 287 с.
4. Гуськова Н.А., Солодейникова М.В., Харитонов С.В. Акушерство: для средних медицинских заведений. Под ред. Н.А. Гуськовой — 3-е изд., испр. и доп. - СПб.: СпецЛит, - 2008. - 527с.
5. Мицьо В.П., Кудрявцева А. В. Новый справочник акушера и гинеколога — Ростов-на-Дону: Феникс . 2006.
6. Радзинский В.Е., Акушерство [Электронный ресурс] : учебник для акушерских отделений средних специальных медицинских учебных заведений Под ред. В.Е. Радзинского - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008.
7. Радзинский В.Е., Гинекология [Электронный ресурс]: учебник под ред. В. Е. Радзинского - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 400 с
8. Рис М., Хоуп С., Охлер М. К., Мур Дж., Кроуфорд П., под редакцией проф. Прилепской В.Н. Диагностика и лечение в гинекологии — Москва: ГЭОТАР-Медиа. - 2010.
9. Савельева Г.М., Акушерство [Электронный ресурс] : учебник Савельева Г.М., Шалина Р.И., Сичинава Л.Г., Панина О.Б., Курцер М.А. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 656 с.
10. Сулопаров Л. А. Гинекология: Новейший справочник Под общ.ред. Л.А. Сулопарова. - Москва : Эксмо ; Санкт-Петербург Сова, 2008. - 688с.
11. [Электронный ресурс] — Режим доступа: <http://pregmy.ru/vnematohnaya-beremennost-posledstviya-posle-operacii.html>
12. [Электронный ресурс] — Режим доступа: <https://jdembaby.com/pregnancy/problems/kak-predotvratitvnematohnuyu.html>

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1.

Виды внематочной беременности



Приложение 2

Клинические проявления трубных форм внематочной беременности

Клинические признаки	Прогрессирующая внематочная беременность.	Трубный аборт	Разрыв маточной трубы
Общее состояние	Удовлетворительно	В основном удовлетворительно	Коллаптоидное состояние, клиника массивной кровопотери, постоянное ухудшение.
Боли	Отсутствуют	Периодические	Внезапные острые.

		повторяющиеся приступы, чаще односторонние.	
Выделения	Отсутствуют	Мажущие кровянистые выделения темного цвета, после приступов болей, могут содержать части децидуальной оболочки.	Отсутствуют или небольшие кровянистые.
Данные влагалищного исследования	Матка меньше срока задержки менструации, рядом с маткой определяются образование вытянутой формы, безболезненно, своды свободные.	Те же, болезненность при смещении матки, образование без четких границ, утолщение заднего свода.	Те же, симптомы «плавающей» матки, болезненность в области придатков пораженной стороны, нависание заднего свода.
Наиболее информативные методы исследования	УЗИ, ХГЧ, лапороскопия, диагностическое выскабливание полости матки	Лапороскопия	Пункция заднего свода

Анкета.

Анкета является анонимной. Все полученные данные будут проанализированы, с целью выявления информированности диспансерной группы о ВЗОТ, а так же для выявления группы риска по возникновению внематочной беременности. Данные анкеты будут использоваться при написании выпускной квалифицированной работы.

Анкета

1. Возраст.

2. Место жительства:

А) город

Б) сельская местность

3. Сексуальные отношения:

А) постоянный половой партнер

Б) бывают случайные половые связи

В) не имею полового партнера

4. Какой метод контрацепции Вы используете?

А) презервативы

Б) гормональные средства

В) внутриматочная спираль

Г) прерванные половой акт

Д) не использую ни один вид контрацепции

5. Были ли Вы беременны?

А) нет

Б) 1 раз

В) 2раза

Г) более 3 раз

6. (Пропустить если на 5 вопрос ответ "нет") чем закончилась(-ись) беременность (-и):

А) аборт

Б) выкидыш

В) Роды

7. Как часто Вы посещаете врача-гинеколога?

А) 1-2 раза в год

Б) более 2-х раз

В) не посещаю без видимых причин

8. Состоите ли вы на учете у врача-гинеколога?

А) да

Б) нет

9. Болели ли вы воспалительными заболеваниями органов малого таза?

А) нет

Б) да, какими _____

10. Были ли у вас заболевания передающиеся половым путем?

А) нет

Б) да, какие _____

11. Проводили ли с Вами беседу по теме профилактика воспалительных заболеваний органов малого таза?

А) да

Б) нет

12. Известны ли Вам причины возникновения воспалительных заболеваний органов малого таза?

А) нет

Б) да, рассказывал врач-гинеколог

В) да, прочла в медицинской литературе

13 Известны ли Вам последствия воспалительных заболеваний органов малого таза?

А) нет

Б) да, рассказывал врач-гинеколог

В) да, прочла в мед. литературе

14. Планируете ли Вы беременность в ближайшее время?

А) да

Б) нет

Рекомендации для женщин по сохранению репродуктивного здоровья:

1. Всем женщинам фертильного возраста рекомендуется проходить регулярный осмотр врача-гинеколога и проходить профилактические обследования. При выявлении отклонений в показателях здоровья следует немедленно приступить к их лечению.

2. Планирование беременности является важным фактором женского здоровья, поэтому к вопросу о материнстве нужно подходить ответственно. Заинтересованной женщине в рождении здорового ребенка следует записаться на прием к врачу акушер-гинекологу и пройти рекомендуемые обследования.

3. При отсутствии желания стать мамой следует использовать средства контрацепции. Приоритетным выбором контрацептивов является барьерный метод контрацепции. При использовании презервативов Вы не только защитите себя от нежелательной беременности, но и уменьшите риск возникновения инфекций передающихся половым путем.

4. Наличие вредных привычек оказывает негативное воздействие, как и на Вашу внешность, так и на общее здоровье организма. Курение, употребление алкоголя и наркотиков повышает риск возникновения патологии в женской репродуктивной системе. Очередная выкуренная Вами сигарета не дает ничего взамен, но при этом забирает Ваше время, деньги, красоту и молодость, а так же не только Ваше здоровье, но и здоровье будущего малыша.

Фундамент Вашего здоровья — это активный образ жизни, правильное питание и отказ от вредных привычек.

Практические рекомендации акушеркам и гинекологам направленные на профилактику внематочной беременности:

1. Основа профилактики такой патологии, как эктопическая беременность является предупреждение воспалительных заболеваний органов малого таза. В связи с этим следует вести контроль диспансерной группы женщин с ВЗОТ.

2. Назначение профилактической гимнастики женщинам, которые перенесли операцию на половых органов. Не стоит забывать о том, что образование спаечного процесса повышает риск развития внематочной беременности.

3. Активное наблюдение женщин, которые перенесли эктопическую беременность. Проведение консультации по теме планирование беременности после внематочной беременности.

4. Организация работы с женщинами репродуктивного возраста в области планирования семьи. Создание базы «Школы материнства».

5. Проведение профилактических бесед среди подросткового населения по профилактике первых аборт и обеспечить молодое поколение знаниями о барьерных контрацептивах с целью предупреждения развития ИППП.

6. Внедрение методов пропаганды здорового образа жизни среди женского населения.

Постоянное санитарное просвещение населения и смещение акцентов в деятельности лечебно-профилактических учреждений (ориентация в большей степени на профилактическую работу) сокращают смертность и инвалидность от патологических состояний женской половой системы.