

Prikaz ekstremnog slučaja izvanmaternične trudnoće - donošena abdominalna trudnoća

Mavrović, Valentina

Undergraduate thesis / Završni rad

2018

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **Bjelovar
University of Applied Sciences / Veleučilište u Bjelovaru**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:144:292252>

Rights / Prava: [In copyright](#)/[Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2025-03-13**



Repository / Repozitorij:

[Digital Repository of Bjelovar University of Applied Sciences](#)



VELEUČILIŠTE U BJELOVARU
PREDDIPLOMSKI STRUČNI STUDIJ SESTRINSTVA

**PRIKAZ EKSTREMNOG SLUČAJA
IZVANMATERIČNE TRUDNOĆE - DONOŠENA
ABDOMINALNA TRUDNOĆA**

Završni rad br. 32/SES/2018

Valentina Mavrović

Bjelovar, rujan 2018.



Veleučilište u Bjelovaru
Trg E. Kvaternika 4, Bjelovar

1. DEFINIRANJE TEME ZAVRŠNOG RADA I POVJERENSTVA

Kandidat: **Mavrović Valentina** Datum: 18.04.2018. Matični broj: 001413
JMBAG: 0314013000

Kolegij: **GINEKOLOGIJA I PORODNIŠTVO**

Naslov rada (tema): **Prikaz ekstremnog slučaja izvanmaternične trudnoće –
donošena abdominalna trudnoća**

Područje: **Biomedicina i zdravstvo** Polje: **Kliničke medicinske znanosti**

Grana: **Ginekologija i porodništvo**

Mentor: **dr.sc. Tibor Toth** zvanje: **predavač**

Članovi Povjerenstva za ocjenjivanje i obranu završnog rada:

1. **Goranka Rafaj, mag.med.techn., predsjednik**
2. **dr.sc. Tibor Toth, mentor**
3. **Mirna Žulec, dipl.med.techn., član**

2. ZADATAK ZAVRŠNOG RADA BROJ: 32/SES/2018

U radu je potrebno objasniti što je izvanmaternična trudnoća te rizične čimbenike. Navesti vrste izvanmaternične trudnoće. Dijagnostika te liječenje (medikamentno, kirurško). Prikaz slučaja.

Zadatak uručen: 18.04.2018.

Mentor: **dr.sc Tibor Toth**



SADRŽAJ

1. UVOD	1
1.1. Definicija izvanmaterične trudnoće	1
1.2. Klasifikacija	1
1.3. Epidemiologija i patofiziologija	1
1.4. Klinička obilježja	3
1.4.1. Akutni oblik	3
1.4.2. Subakutni oblik	4
1.4.3. Asimptomatski 'tihi' oblik	4
1.4.4. Ovarijska trudnoća	4
1.4.5. Cervikalna trudnoća	4
1.4.6. Abdominalna trudnoća	4
1.5. Simptomi	5
1.6. Dijagnoza	6
1.6.1. Anamneza	6
1.6.2. Klinički pregled	6
1.6.3. Humani korionski gonadotropin	7
1.6.4. Progesteron i estrogen	8
1.6.5. Ostali krvni parametri	9
1.6.6. Ultrazvučna dijagnostika	9
1.6.7. Kiretaža i kuldocenteza	10
1.7. Liječenje izvanmaterične trudnoće	10
1.7.1. Ekspektativni - pasivni postupak	11
1.7.2. Medikamentozno liječenje	11
1.7.3. Kirurško liječenje	13
1.8. Izvantubularne izvanmaterične trudnoće	16
1.8.1. Ovarijska trudnoća	16
1.8.2. Abdominalna trudnoća	17
1.8.3. Intraligamentarna trudnoća	17
1.8.4. Intersticijska trudnoća	17

1.8.5. Cervikalna trudnoća	18
1.8.6. Koralna trudnoća.....	18
1.8.7. Angularna trudnoća	18
1.8.8. Intramuralna trudnoća.....	18
1.9. Izvanmaterična trudnoća nakon liječenja metodama pomognute oplodnje	19
1.10. Heterotopična trudnoća	19
2. CILJ RADA	20
3. PRIKAZ SLUČAJA.....	21
3.1. Anamnestički podaci	21
3.2. Tijek hospitalizacije	22
3.3. Proces zdravstvene njege (sestrinska dijagnoza, cilj i intervencije).....	24
4. RASPRAVA	28
5. ZAKLJUČAK.....	30
6. LITERATURA.....	31
7. OZNAKE I KRATICE.....	33
8. SAŽETAK.....	34
9. SUMMARY	35

1. UVOD

1.1. Definicija izvanmaterične trudnoće

Izvanmaternična trudnoća (gravidas extrauterina ectopica) je trudnoća koja se implantira izvan šupljine maternice (1). Najčešće se implantacija dešava u jajovodu, a moguća je i u jajniku, cerviksu te u bilo kojem dijelu abdominalne šupljine (2).

Ono i danas spada u po život opasna stanja, te je treći uzrok smrtnosti majke, odnosno smrtnosti povezane s trudnoćom. Izvanmaternična trudnoća predstavlja ozbiljan klinički problem koji može rezultirati značajnim mortalitetom i morbiditetom te zbog toga zahtjeva rano otkrivanje i adekvatno liječenje (3). Jedan od najvećih uspjeha moderne medicine je suvremeni pristup dijagnostici i načinu liječenja ove bolesti. Mortalitet majki je u 20. stoljeću iznosio 200 - 400 žena na 10 000 ektopičnih trudnoća, a danas je smanjen na samo 3.4 (2).

Iako je smanjen rizik smrtnosti, izvanmaternična trudnoća i danas ostaje veliki zdravstveni problem.

1.2. Klasifikacija

Izvanmaternična trudnoća je u 95 - 97% lokalizirana u jajovodu. Sljedeće lokacije su: ampula jajovoda (60 - 70%), istmus jajovoda (12 - 15%), fimbrije (8 - 10%), intersticijski dio (2 - 5%), jajnik (1 - 2%), abdominalno (1%) te vrat maternice (0.5%). Vrlo rijetka lokalizacija je u rodnici, pliki lati ili rudimentarnom rogu maternice.

Izvanmaternična trudnoća, vjerojatno zbog blizine apendiksa, je češća s desne strane.

Heterotopična trudnoća je poseban pojam, ono obuhvaća istovremenu unutarmateričnu i tubarnu trudnoću. Javlja se jednom na 30 000 porođaja. Heterotopične trudnoće su znatno učestalije uvođenjem IVF - a i višestrukog prijenosa zametka (1,3).

1.3. Epidemiologija i patofiziologija

Razlog nastanka, odnosno implantacije zametka u normalan jajovod, ostaje nepoznat. Uključeni mogu biti svi čimbenici koji sudjeluju u mehanizmu prijenosa jajašca kroz

jajovod. Poremećaj adrenergične inervacije miosalpinksa može utjecati na prijenos zametka i funkciju sfinktera (1,2). Hormoni jajnika utječu na prijenos kroz jajovod. Estrogen povećava kontraktilnost jajovoda, a progesteron tu aktivnost smanjuje (2). Važnu ulogu u prijenosu jajašca ima cilijarni epitel jajovoda. Svako oštećenje epitela ili njegove funkcije može usporiti prijenos zametka. Progesteron ima negativno djelovanje na cilijarni epitel, a estrogen pozitivno (1). Kromosomske abnormalnosti i anembrijska trudnoća, odnosno poremećaji kvalitete zametka, također su često povezani s implantacijom u jajovod (1,2).

Čimbenici rizika za nastanak izvanmaternične trudnoće jesu: salpingitis, žena starija od 35 godina, žena mlađa od 25 godina, tubarna stenoza zbog endometrioze, prethodna izvanmaternična trudnoća, upotreba intrauterinog uložka, progesteronska kontracepcija, izloženost dietilstilbestrolu, prethodni mikrokirurški i makrokirurški zahvati, neplodnost te postupci medicinski pomognute oplodnje (3,4).

U 8 - 10% žena koje su preboljele salpingitis kasnije će se javiti izvanmaternična trudnoća. Salpingoskopijom je utvrđeno da upala oštećuje cilijarni epitel jajovoda uzrokujući priraslice u lumenu jajovoda. Svakom sljedećom epizodom salpingitisa povećava se rizik nastanka izvanmaternične trudnoće. Uzročnik supkliničkih salpingitisa je chlamydia trachomatis i ono oštećuje endosalpink (1, 2).

Vrlo je često ponavljanje tubarne trudnoće. Trećina žena će nakon makrokirurškog zahvata ponoviti izvanmaterničnu trudnoća, a trećina će ih ostati neplodna. Mikrokirurškim zahvatima i konzervativnom kirurgijom je smanjena učestalost ponovne tubarne trudnoće na 12 do 20%. Važan rizični čimbenik za izvanmaterničnu trudnoću je mikrokirurška salpingoplastika. Učestalost kasnijih izvanmateričnih trudnoća je 18 do 50% ovisno o stupnju oštećenja jajovoda (1).

Intrauterini uložak (IUD) povisuje rizik za izvanmaterničnu trudnoću. Dokazano je kako nakon tri godine IUD može izazivajući blage salpingitise dovesti do decilijacije tubarnog epitela. IUD se može uključiti i u poremećaje prostanglandina te prijenos jajašca. Prisutnost IUD - a je povezana s učestalošću ovarijske trudnoće (3).

Hormonska kontracepcija - progesteronska kontracepcija utječe na disfunkciju odnosno decilijaciju tubarnog epitela.

Navedeni čimbenici objašnjavaju učestalost tubarne trudnoće. Ostali rizični čimbenici su: pušenje, rani početak spolnog života, promiskuitet, ponavljani namjerni pobačaj te upotreba antibiotika (1, 4).

Neki autori smatraju da je nastanak izvanmaterične trudnoće povezan i sa sezonom. Na temelju te pretpostavke provedeno je istraživanje. U desetogodišnjem razdoblju, od 1981. do 1990. godine, od 38 240 trudnoća 843 trudnoće su bile smještene izvan maternice, odnosno izvanmaterična trudnoća je imala učestalost 2,18%. Rezultati istraživanje pokazali su kako je izvanmaterična trudnoća bila značajno češća u veljači nego u ostalim mjesecima, a najrjeđa u listopadu. Postoji znakovita vjerojatnost da nastane trudnoća izvan maternice ukoliko žena zanese u prosincu i veljači u odnosu na kolovoz. Autori naglašavaju kako složenost problema zahtjeva daljnja istraživanja koja će razjasniti mnoge probleme u nastanku bolesti (5).

1.4. Klinička obilježja

Izvanmaternična trudnoća je ginekološka bolest s najviše dijagnostičkih pogrešaka. Zbog raznih simptoma ona imitira razne poremećaje i abnormalnosti trudnoće. Imati će različite simptome ako je u akutnom i subakutnom obliku (1).

1.4.1. Akutni oblik

Akutni oblik je oblik u kojem dolazi do ruptur jajovoda i obilnog intraabdominalnog krvarenja. Manifestira se iznenadnom boli i kardiovaskularnim kolapsom. Bol se javlja i u ramenima. Također bol može biti prisutna ispod dijafragme jer se tu nakuplja krv. Palpacijom je trbušna stijenka tvrda i osjetljiva. Pri bimanualnom pregledu javlja se karakteristična bol pri pomicanju vrata maternice (1,3).

Prema jednom istraživanju, moguće je predvidjeti rupturu tube na temelju razine β -hCG-a te dimenzija intratubarne mase izmjerenih ultrazvukom (6).

1.4.2. Subakutni oblik

Subakutni oblik se javlja u 75 - 80% slučajeva, te je ovaj oblik znatno češći. Od simptoma prisutni su unilateralna bol, amenoreja i oskudno krvarenje u rodnici. Pregledom se nalaze znakovi nadraženosti peritoneuma, osjetljivost svoda rodnice te osjetljivost cerviksa (1,3).

1.4.3. Asimptomatski 'tihi' oblik

Poseban oblik javlja se u ranoj trudnoći gdje je plod još živ, zbog toga je proizvodnja hormona visoka, odnosno odgovara trajanju amenoreje. Taj oblik poznat je pod nazivom asimptomatski ili 'tihi' oblik. Dijagnozu postavljamo UZV pregledom, obojenim doplerom i višekratnim određivanjem humanoga korionskog gonadotropina (HCG) (1, 3).

1.4.4. Ovarijska trudnoća

Ovarijska izvanmaternična trudnoća ima slične simptome kao tubarna, pa im je i dijagnostika ista (3). U literaturi je opisan i rijetki slučaj ovarijske trudnoće kod žena podvrgnutih in vitro fertilizaciji, nakon izvršene bilateralne salpingektomije (7).

1.4.5. Cervikalna trudnoća

U cervikalnoj trudnoći prisutni su simptomi prijetjećeg pobačaja. Cerviks je djelomično otvoren i proširen, a često je veći od maternice (1, 3).

1.4.6. Abdominalna trudnoća

Velike dijagnostičke probleme stvara abdominalna trudnoća. Prisutni simptomi su nespecifični, a oni su osjetljivost trbušne stijenke, oteklina koja se nalazi izvan maternice, te ponekad intestinalne smetnje (3).

Abdominalna trudnoća se često, nakon ruptуре primarno tubarne trudnoće, sekundarno implantira u peritonealnu šupljinu. Ovo stanje povezuje se s masivnim krvarenjem u trbušnu šupljinu te ovo stanje dovodi do velike životne opasnosti (8).

1.5. Simptomi

Simptomi izvanmaternične trudnoće čine trijas: bol (95%), amenoreja (75%) te vaginalno krvarenje (60%).

Najčešći simptom je bol u donjem dijelu trbuha. Najčešće se javlja na strani izvanmaternične trudnoće, ali može biti i difuzna i obostrana. Bol često ima karakteristiku iznenadnog probadanja. Izrazito jaka bol je često znak nastale ruptуре jajovoda te se zbog krvarenja ubrzo javlja hemoragični šok. Ukoliko dođe do abdominalnog krvarenja i podražaja freničkog živca najčešći simptom je bol u ramenima i u području dijafragme.

Bol izaziva rastezanje jajovoda i peritoneuma, a zbog nastanka hematoma dolazi do razdvajanja tubarnih slojeva. Jaču bol izaziva prisutnost krvi u peritonealnoj šupljini.

Drugi simptom je krvarenje iz uterusa. Često se javlja nakon 6 i 7 tjedana trudnoće, a nalazimo ga u 80% pacijentica. Krvarenje nastaje zbog djelomičnog odljuštenja endometrija, a ono je najčešće oskudno i tamnije od menstruacijske krvi. Razlog ljuštenja endometrija je manjak progesterona koji se javlja zbog niskog humanog korionskog gonadotropina. Ljuštenje cijelog endometrija je rijetko. Tubarna trudnoća sa živim plodom i visokim humanim korionskim gonadotropinom je jedina gdje nema vaginalnog krvarenja.

Simptomi koji upućuju na intraabdominalno krvarenje su omaglica i ortostatska hipotenzija s kolapsom (1, 3, 4).

SIMPTOMI	UČESTALOST (%)
bol u truhu	90 - 100 %
amenoreja	75 - 95 %
krvarenje iz maternice	50 - 80 %
omaglice i vrtoglavice	20 - 35 %
simptomi trudnoće	20 - 30 %
nagon na stolicu	5 - 15 %

Tablica 1. Učestalost simptoma ektopične trudnoće (3)

1.6. Dijagnoza

Rano otkrivanje izvanmaternične trudnoće presudno je za konzervativni pristup liječenju. Ukoliko dođe do rupture jajovoda, vrlo je mala vjerojatnost da će biti moguće poštediti jajovod. Ključ za ranu dijagnozu je naravno liječnik koji mora imati na umu mogućnost izvanmaterične trudnoće. Mora biti spreman na tu mogućnost pri liječenju svake žene u reproduktivnoj dobi koja ima bolove ili nepravilno krvarenje. Posebnu pažnju treba usmjeriti ženama s rizičnim čimbenicima. Poboljšanje dijagnostičkih metoda te rano otkrivanje, prije ruptore jajovoda, dovodi do smanjenja mortaliteta i morbiditeta povezanih s izvanmaterničnom trudnoćom (2).

Dijagnoza izvanmaternične trudnoće se postavlja na temelju anamnestičkog, kliničkog, biokemijskog i ultrazvučnog nalaza (4).

1.6.1. Anamneza

Anamneza je uzimanje podataka o zdravstvenom stanju, obiteljskim i socijalnim prilikama trudnice. Ponajprije treba saznati razlog dolaska žene na pregled, odnosno dolazi li radi utvrđivanja trudnoće, na prvi ili ponovni pregled te da li ima kakvih smetnji. Sestra najprije uzima osobne podatke žene. Od trudnice uzimamo podatke o izostanku menstruacije te menstrualnom ciklusu. Vrlo je bitno uzeti i podatke o prijašnjim trudnoćama (krvarenja, pobačaji: namjerni i spontani, izvanmaterične trudnoće, operacije, komplikacije) i samom porodu, a također i prijašnjim operacijskim zahvatima. Na kraju se uzima obiteljska anamneza žene. Važne su bolesti s nasljednom dispozicijom kao što su psihičke bolesti, malformacije, dijabetes te bolesti metabolizma. Svi se anamnestički podaci zapišu, kao i podaci tijekom cijele trudnoće (9).

1.6.2. Klinički pregled

Klinički pregled ukazuje na osjetljivost trbušne stijenke. Ako ima potrebe za bimanualnim pregledom, on mora biti nježan zbog opasnosti da ne potaknemo rupturu tube. Najčešće se javlja osjetljivost na strani izvanmaterične trudnoće, a samo u 30 do 40% pacijentica ćemo točno napipati zadebljanje adneksa. Maternica je u većine

pacijentica normalne veličine. Bol kod pomicanja vrata maternice je najkarakterističniji znak. Kod ruptur jajovoda simptomi su isti, samo mnogo izraženiji. U diferencijalnoj dijagnozi treba razlikovati izvanmaterničnu trudnoću od normalne trudnoće, krvarenja iz žutog tijela, ruptur jajnične ciste, spontanog pobačaja, salpingitisa, apendicitisa, endometrioze i divertikulitisa (1, 3).

Znakovi	Učestalost (%)
Osjetljivost trbuha	80 - 95 %
Osjetljivost adneksa	75 - 90 %
Oteklina adneksa	50 %
Povećana maternica	20 - 30 %
Ortostatske promjena	10 - 15 %
Retrouterina hematokela i periumbilikana modrica (Cullen)	1 - 2 %

Tablica 2. Učestalost znakova izvanmaternične trudnoće (3)

1.6.3. Humani korionski gonadotropin

U dijagnozi izvanmaternične trudnoće iznimno nam je važno određivanje razine β -hCG-a. Humani korionski gonadotropin (hCG) je glikoproteinski hormon. Imunološke i biološke osobine hCG-a su vrlo slične glikoproteinima, a najbliži je luteinizirajućem hormonu. HCG ima alfa i beta lanac te se radioimunološkim određivanjem beta lanca može rano dijagnosticirati trudnoća. U vrijeme očekivane, ali izostale menstruacije vrijednosti β -hCG-a su oko 100 i.j./L. U normalnoj trudnoći vrijednost raste i svakih se dva dana vrijednost udvostručuje. Maksimalne vrijednosti, 50 000 - 100 000 i.j./L, dostiže od osmog do desetog tjedna trudnoće (1).

Pri izvanmateričnoj trudnoći razina β -hCG-a znatno je niža od one u normalnoj trudnoći. β -hCG u urednoj trudnoći udvostručuje se pravilno, dok u izvanmateričnoj razina pada ili ostaje ista. Transvaginalnim ultrazvukom kod razine β -hCG-a od 1000 do 1500 i.j./L možemo vidjeti svaku urednu intrauterinu trudnoću. Ukoliko je porast hCG-a tijekom 48

sati manji od 50% ili ukoliko imamo plato možemo biti sigurni da se ne radi o urednoj trudnoći (1, 3).

U dijagnozi rane intrauterine ili izvanmaterične trudnoće služi nam i test probira mokraće. Test utvrđuje razinu β -hCG od 30 do 50 i.j./L na više. Normalne koncentracije β -hCG mogu se naći samo u tubarnoj trudnoći sa živim plodom.

Najpouzdaniji biokemijski biljeg smatra se serijsko određivanje β -hCG. Provodi se svaka dva dana. Ukoliko dođe do trajnog ili naglog pada sumnjat ćemo na rani spontani pobačaj. Razinu β -hCG koristimo i za praćenje tubarne trudnoće. Razina se određuje svakih 3 do 5 dana do postizanja negativnih rezultata, a to katkad traje 4 do 5 tjedana. Pouzdanost određivanje β -hCG je ponekad ograničena iz razloga što ne razlikuje nenormalnu unutar materničnu od izvanmaternične trudnoće (1).

Kako bismo pravilno mogli iskoristiti razinu serumskog HCG - a i nalaz UZV - a, u tablici 3 se navode sljedeće povezanosti (3).

Razina HCG-a	Trudnoća / nalaz UZV
16 dana nakon ovulacije > 300 i.j./L 300 - 1000 i.j./L	88% za normalnu trudnoću/ intradecidualni znak
Udvostručuje za 1,4 - 2,1 dan Dvodnevni porast za 55 - 65% Obavezno udvostručuje za najviše 72h	Normalna ili vijabilna trudnoća
Dvostruki pad za 2 - 3 dana	Nije ektopična trudnoća
5./6. tjedan trudnoće 500 - 6000 i.j./L	Ultrazvučni nalaz - gestacijska vreća, žumančana vreća, embrionalni odjeljak, fetalno srce

Tablica 3. Rani biljezi trudnoće (3)

1.6.4. Progesteron i estrogen

Određivanje razine progesterona i estrogena u serumu također je pouzdan dijagnostički

parametar, kako intrauterine tako i izvanmaterične trudnoće. Vrijednosti progesterona niže od 80 nmol/L ukazuju na veliku mogućnost izvanmaterične trudnoće. Vrijednosti progesterona koje su niže od 50 nmol/L ukazuju na abnormalnu trudnoću, a kada se pak radi o razinama manjima od 20 nmol/L, to obično uvijek govori o neživom plodu, bez obzira na lokaciju (1, 3).

Što se estradiola tiče, razina niža od 500 pg/mL u 94% slučajeva povezuje se s abnormalnom trudnoćom. Upravo takve vrijednosti nalazimo i u izvanmateričnoj trudnoći.

Ipak, vrijednosti estrogena i progesterona u tubarnoj trudnoći sa živim plodom biti će normalne (1, 3).

Smatra se da je razina progesterona od velike važnosti u praćenju pacijentica nakon konzervativnog i medikamentnog liječenja te da je pri uspješnom liječenju čak i bolji pokazatelj od β -hCG-a jer znatnije i brže pada na niske vrijednosti (3).

1.6.5. Ostali krvni parametri

Uzimajući u obzir i ostale parametre krvne slike, uočava se da postoje razlike u žena s intramateričnom trudnoćom od onih s izvanmateričnom. Provedena je studija na 157 trudnica, od čega je 78 žena hospitalizirano zbog izvanmaterične trudnoće, dok su ostale vodile normalnu, odnosno urednu trudnoću. Iz istraživanja proizlazi da je raspodjela trombocita po volumenu znatno snižena u izvanmateričnoj u odnosu na intrauterinu trudnoću, a razina leukocita je značajno viša kod žena s dijagnosticiranom izvanmateričnom trudnoćom. Iz dobivenih rezultata može se izvući pretpostavka da leukociti imaju određenu ulogu u patofiziologiji izvanmaterične trudnoće, točnije u motilitetu jajovoda. S druge strane nije pronađena značajna razlika u vrijednostima samih trombocita, neutrofila i limfocita između dvije grupe trudnica (10).

1.6.6. Ultrazvučna dijagnostika

Najpouzdanije metode za dijagnozu izvanmaterične trudnoće su, uz β -hCG, transvaginalni pregled ultrazvukom i obojeni dopler. Posredno se izvanmaterična trudnoća isključuje ukoliko se u uterusu utvrdi gestacijska vreća, no potrebno je podsjetiti

da to ne isključuje u potpunosti tubarnu trudnoću zbog mogućnosti nastanka heterotopične trudnoće. Direktna dijagnoza trudnoće izvan maternice se utvrđuje ultrazvukom. Dijagnoza se postavlja sigurno ako je riječ o živom plodu u tubi. Većina tubularnih trudnoća ima razinu β -hCG-a višu od 2 000 i.j/L. Oko šestog tjedna trudnoće, uz navedenu razinu β -hCG-a, ultrazvukom se može vidjeti gestacijska vreća. U maternici se katkad može vidjeti obojena decidua, a takva pseudogestacijska vreća imitira gestacijsku vreću. Ultrazvuk je nezamjenjiva metoda dijagnosticiranja abdominalne i cervikalne trudnoće, a koristi i pri otkrivanju krvi u Douglasovom prostoru (1, 3).

1.6.7. Kiretaža i kuldocenteza

Dijagnostička kiretaža maternice i kuldocenteza su dijagnostičke invazivne metode koje se danas iznimno rijetko koriste (2).

Kiretaža se najčešće koristi kod trudnoća s niskim HCG-om, gdje nije moguće do pouzdane dijagnoze doći ultrazvukom. Potvrda intrauterine trudnoće su korionske resice, a decidua i Arias-Stella su reakcije sumnjive na izvanmaterničnu trudnoću. Nakon kiretaže obično dolazi do brzog pada razine HCG-a (3).

Kuldocenteza - punkcija Douglasova prostora je nekad bila glavno dijagnostičko pomagalo. Izvodi se tako da se iglom kroz stražnji svod rodnice uđe u Douglasov prostor i aspirira tekućina. Ako se dobije nezgrušana krv, smatra se pozitivnim testom. Pouzdanost testa je 85%. Kod negativnog testa punkcijom se dobije serozna tekućina. Danas je kuldocentezu zamijenila laparoskopija (1).

1.7. Liječenje izvanmaterične trudnoće

Izvanmateričnu trudnoću možemo liječiti ekspektativno, medikamentno i kirurški. Čim dođemo do sigurno dijagnoze moramo odabrati plan liječenja (3). Plan liječenja ovisit će o iskustvu liječnika, reprodukcijom željama pacijentice, njezinoj životnoj dobi, te naravno o kliničkoj slici i nalazu pacijentice, odnosno o samom mjestu izvanmaterične trudnoće (3, 4).

1.7.1. Ekspektativni - pasivni postupak

Jedan dio izvanmateričnih trudnoća imati će kroničan tijek (10-20%), odnosno neće napredovati do rupture jajovoda. U ekspektativni postupak uključiti ćemo samo one pacijentice koje to žele. Za postupak nužno je provoditi trajni nadzor, ultrazvučne preglede, kontrolirati razinu β -hCG te imati stalan pristup operacijskoj dvorani. Postupak obično traje 15 dana, a može trajati 3 - 66 dana (3).

Kriteriji za takav pristup su: klinički dobro stanje pacijentice, β -hCG manji od 2000 i.j./L, serijski β -hCG - pad ili plato, sigurna dijagnoza tubarne trudnoće, nema znakova ruptуре tube, nema znatnijeg krvarenja, tubarna trudnoća manja od 3,5 centimetara (2, 3).

Uspjeh ekspektativnog postupka ovisi o što nižoj razini β -hCG.

Potrebe kirurškog zahvata izbjegnu se u čak 75% primjenom pasivnog postupka. Vrlo je bitno da pacijentica bude hospitalizirana do trajnog pada β -hCG - a i progesterona (1).

1.7.2. Medikamentozno liječenje

Izliječenje lijekovima možemo postići u 25% rano dijagnosticiranih izvanmateričnih trudnoća. Lijekovima se uništi trudnoća i pusti se da se spontano apsorbirana. Prednosti medikamentnog liječenja su manje oštećenje tube te veća šansa za kasniju normalnu trudnoću. Medikamentno liječenje provodi se kod tubarne, intesticijske, cervikalne i kornualne trudnoće te tubarne trudnoće uz sindrom hiperstimulacije (1). Kriteriji za odabir pacijentica su: zdrava hemodinamski stabilna pacijentica, isključena unutarmaterična trudnoća, nema znakova ruptуре, tubarna trudnoća manje od 4 centimetara, razina β -hCG manja od 5000 i.j./L te razina progesterona manja od 40 nmol/L. Danas se indikacije još proširuju, te u kontraindikacije više ne spadaju β -hCG veći od 10 000 i.j./L te živ plod. Uspješnost liječenja je viša od 90%. U liječenju se primjenjuju metotreksat, actinomycin D, NaCl, hipertonična otopina glukoze, prostanglandini te mifepriston (2, 3).

Najčešće se primjenjuje metotreksat. Prije početka liječenja potrebno je, zbog njegove toksičnosti, odrediti kompletnu krvnu sliku s brojem trombocita te jetrene i bubrežne funkcionalne testove. Metotreksat se daje u jednoj dozi ili se doza ponavlja za 5 - 7 dana ukoliko nema pada β -hCG-a. Može se davati i četiri put tjedno, ali mora se primjenjivati naizmjenice s folnom kiselinom (leukovorin) u dozi od 0,1mg/kg kako bi se smanjila

njegova toksičnost. Što se tiče uspješnosti liječenja, ona je vrlo visokih 88 - 95% kod tubarne trudnoće bez ploda, a nešto nižih 70 - 80% ukoliko je plod živ i prisutna je visoka razina β -hCG. Metotraksat može se laparoskopski ili uz pomoć transvaginalnog ultrazvuka primjeniti izravno u tubarnu trudnoću. Najprije se aspirira sadržaj, a potom aplicira 12,5 do 15 miligrama metotraksata (2,3).

Kod svakog lijeka bitno je da pratimo stanje pacijentice i pazimo na nuspojave, posebno kod primjene citostatika. Također do otpusta pacijentice važno je obaviti klinički pregled i ponoviti laboratorijske pretrage. Pacijenticu ćemo otpustiti kada je razina β -hCG i progesterona u trajnom padu. Primjenom metotraksata u prvom tjednu javlja se porast β -hCG, a nakon prvog tjedna započinje pad. Nakon 2 - 3 tjedna nalaz β -hCG obično pada na prijeterapijsku vrijednost. Negativni nalaz β -hCG očekujemo u roku 25 - 35 dana, odnosno 4 - 5 tjedana. Ultrazvukom u ranoj fazi nakon primjene metotraksata javlja se povećanje tvorbe u tubi, a nalaz takav katkad ostaje i tijekom više mjeseci te je potreban operacijski zahvat zbog znakova ruptуре tube (1).

Nakon medikamentozne terapije jajovod je prohodan u oko 80% pacijentica. Šansa za urednu intrauterinu trudnoću je 80 - 90%, a za ponovnu izvanmateričnu trudnoću 11%.

Pri medikamentoznom liječenju tubarne trudnoće treba znati da je: rizik za rupturu tube 5%, rizik za rupturu tube kod β -hCG manjeg od 1000 i.j./L iznosi 10% te postoji rizik ako je β -hCG manji od 100 i.j./L za rupturu kod trudnoće u istmusu i intersticiju (3).

Provedeno je istraživanje kojem je cilj bio analizirati uspješnost liječenja metotraksatom. U petogodišnjem razdoblju provedeno je liječenje metotraksatom kod hemodinamski stabilnih pacijentica u kojih je ultrazvukom ili kiretažom utvrđena izvanmaterična trudnoća. Kod pacijentica kod kojih je nakon 4 - 7 dana pojedinačne doze metotraksata opažen pad β -hCG manji od 15% primjenjena je dodatna doza. Od 35 bolesnica uspješno je izliječeno 32 što je visokih 92%. 24 pacijentice izliječene su jednom dozom, 8 s dvije doze, a kod 3 je dodatno učinjen operativni zahvat. U hemodinamski stabilnih pacijentica s prosječnom vrijednosti β -hCG oko 658 i.j./L stopa izliječenja je 92%. Kod pacijentica s višom vrijednosti β -hCG stopa izliječenja bila je 80%, a kod onih s nižim vrijednostima β -hCG visokih 96%. Prosječna razina progesterona u svih 35 žena bila je oko 15 nmol/L. Kod pacijentica izliječenih jednom dozom metotreksata početna razina progesterona bila

je oko 10 nmol/L, a kod onih s dvije doze lijeka oko 22 nmol/L. Zaključak istraživanja je da su početne vrijednosti β -hCG i progesterona obrnuto proporcionalne s uspjehom medikamentnog liječenja u skupini hemodinamski stabilnih pacijentica i da su važni pokazatelji u liječenju izvanmaterične trudnoće pomoću metotraksata (11, 12).

1.7.3. Kirurško liječenje

Kirurško liječenje je najčešći način liječenja tubarne trudnoće. Kirurško liječenje podrazumijeva dvije metode, odnosno laparotomiju i laparoskopiju. Za koji ćemo se oblik odlučiti ovisi o nizu čimbenika: dobi žene, kliničkoj slici prilikom primitka, opsegu krvarenja, općem stanju, neplodnosti, reproduktivnim željama, sijelu izvanmaternične trudnoće, prvoj ili ponovljenoj tubarnoj trudnoći, ali i o iskustvu liječnika i njegovoj vještini u laparoskopskoj kirurgiji (1,2).

Zahvati u tubarnoj trudnoći mogu biti radikalni i konzervativni.

1.7.3.1. Radikalni zahvati

Radikalni zahvati su salpingektomija, adneksotomija i histerektomija. Salpingektomija je najčešći radikalni zahvat. Indikacije su: završena reprodukcija, druga izvanmaterična trudnoća u istom jajovodu, intersticijska trudnoća, nekontrolirano krvarenje i teško oštećen jajovod. Nakon salpingektomije šansa za unutarmateričnu trudnoću je 45%, a za ponovnu izvanmaterničnu trudnoću 10%. Rjeđe se izvodi adneksotomija, odnosno odstranjenje i istostranog jajnika. Danas se taj zahvat izvodi u ipsilateralnoga (endometrijoza, upala) jajnika. Histerektomija se obično izvodi kod starijih osoba s dodatnim indikacijama kao što su miom, adenomioza te u slučaju nekontroliranog krvarenja (intersticijska i kornualna trudnoća) (1).

1.7.3.2. Konzervativni zahvati

Konzervativni kirurški zahvati su najčešći zahvati za liječenje tubarne trudnoće. Cilj zahvata nije samo uklanjanje izvanmaterične trudnoće, već i očuvanje mogućnosti za novu trudnoću (2).

Linealna salpingotomija je najčešći konzervativni zahvat, a sastoji se od linearne incizije jajovoda na antimezenteričkom rubu iznad izvanmaterične trudnoće. Nakon toga slijedi ekspresija i evakuacija trudnoće iz jajovoda i hemostaza. Neki mjesto incizije ostavljaju otvorenim, ali obično se sašije pojedinačnim šavovima. Dodatak metotraksata daje bolje rezultate.

Fimbrijalna evakuacija je istisnuće trudnoće iz infundibularnoga-fimbrijalnoga dijela jajovoda. Prstima se nježno istisne trudnoća pokretima 'mužnje'. Zahvat se najlakše izvodi kada je pobačaj u tijeku. Može doći do komplikacija oštećenja jajovoda, adhezija i krvarenja ukoliko je trudnoća smještena dublje u ampuli. Nakon fimbrijalne evakuacije dvostruko se češće ponavlja izvanmaterična trudnoća.

U zahvatima salpingotomije i 'mužnje' može doći do nastanka perzistentnog trofoblasta. Općenito češće nastaje zbog laparoskopskih zahvata, a takva trudnoća zahtjeva daljnje liječenje. Obavezno se moraju pratiti vrijednosti β -hCG. Najčešće perzistentni trofoblast zaostaje pri izvanmateričnoj trudnoći s krvarenjem i vrijednostima β -hCG iznad 10 000 i.j./L. Liječi se medikamentno, odnosno primjenom metotreksata.

U konzervativne operacije spada i resekcija dijela jajovoda gdje je smještena trudnoća. Ako se trudnoća smjestila u srednjem dijelu jajovoda, nakon resekcije radi se i mikrokirurška reanastomoza. Prisutne adhezije, oštećenje jajovoda ili završeno reprodukcijско doba indikacije su za resekciju perifernog dijela jajovoda.

U salpingektomiji se provodi kirurška ekscizija intersticijskog dijela jajovoda. Provodi se i ako je trudnoća smještena u intramuralnome dijelu jajovoda (1).

Zlatni standard za ranu dijagnostiku, a i liječenje izvanmaterične trudnoće je laparoskopija. Svi opisani zahvati, konzervativni i radikalni, mogu se izvesti laparoskopski. Apsolutne kontraindikacije za laparoskopiju kod tubarne trudnoće jesu obilno intraabdominalno krvarenje, hemoragijski šok i priraslice u zdjelici. Relativne kontraindikacije jesu vrijednosti β -hCG veće od 10 000 i.j./L, tubarna trudnoća veća od 6 centimetara, krvarenje, ruptura jajovoda i adhezije. U 80 - 90% rano se otkrije intaktna tubarna trudnoća, a u 90% slučajeva operira se laparoskopski. Rezultati laparoskopskih kirurških zahvata su: kasnija intrauterina trudnoća u 60 - 70% slučajeva, kasnija prohodnost jajovoda u 85% pacijentica, perzistentni trofoblast javlja se u 15% te se

kasnija izvanmaterična trudnoća javlja u 12% pacijentica (3).

Liječenje	Uspješnost	Prohodnost jajovoda	Trudnoće	Ponovna IT
pasivno	50 - 60 %	90 %	75 %	7 %
MTX - jednokratno	88 %	82 %	65 %	8 %
MTX - višekratno	95 %	82 %	65 %	8 %
salpingotomija	94 %	80 %	75 %	13 %
salpingektomija	99 %	-	70 %	10 %

Tablica 4. Uspješnost različitih metoda liječenja izvanmaterične trudnoća (3)

1995. godine analizirane su metode i rezultati liječenja tubarne trudnoće u Klinici za ženske bolesti i porode 'Mercur' u periodu od veljače 1992. do ožujka 1995. godine. Postotak tubarnih trudnoća na broj poroda iznosi 2.2%. Primijenjeni laparoskopski zahvati su salpingektomija, salpingotomija i fimbrijalna evakuacija. Zahvati su se proveli na pacijenticama prosječne dobi od 31 godine, hematoperitoneuma 19 mililitara, amenoreje 48 dana te prosječne vrijednosti β -hCG 1650 mlJ/mL. Ranije liječenih zbog steriliteta bilo je 10%, 28% bile su nerotkinje. 56% je imalo namjerni pobačaj, a 28% spontani pobačaj u anamnezi. Prethodnu tubarnu trudnoću imalo je 13% pacijentica. 28% imalo je u anamnezi ginekološku, a 12,5% abdominalnu operaciju. Intrauterini uložak koristilo je 9,4% pacijentica. Kao hitni slučaj hospitaliziralo se 56% bolesnica, a u stanju šoka 8%. Prosječno trajanje zahvata je 38,3 minuta, a hospitalizacija približno traje 3 - 4 dana. Laparoskopski su operirane nerupturirane tubarne trudnoće, lokalizirane ampularno ili istmično. Dokazane prednosti laparoskopije su u kraćem trajanju zahvata i hospitalizacije te u manjoj traumi za pacijenticu. Laparoskopija se zbog svoje stopostotne uspješnosti nametnula u današnjem modernom liječenju tubarne trudnoće (13).

U istraživanju iz 1997. godine analizirana je plodnost nakon kirurškog liječenja izvanmaterične trudnoće. U trogodišnjem razdoblju u 224 pacijentice učinjena je laparotomija zbog izvanmaterične trudnoće, a u istraživanju je sudjelovalo 186

pacijentica. Od 186 pacijentica, njih 145 je htjelo rađati nakon operacije, a 41 ispitanica nije bila zainteresirana za trudnoću. 35 pacijentica operirano je mikrokirurški (njih 27 konzervativnim, a 8 žena radikalnim zahvatom), a 110 pacijentica makrokirurški (u 91 bolesnice učinjena je salpingektomija, a u 19 adneksetomija). Odnosno od 145 žena konzervativno je operirano 27, a radikalno 118. Od 145 pacijentica, 85 su ponovno zatrudnjele (57 intrauterinih trudnoća i 28 izvanmateričnih trudnoća). Mikrokirurški operirano pacijentica bilo je 35 od čega je kasnije zatrudnilo njih 25 (16 poroda, 6 izvanmateričnih trudnoća). 110 pacijentica liječilo se makrokirurški, a nakon zahvata zanišlo je njih 60 (34 poroda, 22 trudnoća izvan maternice). Što se tiče radikalnih i konzervativnih zahvata, 27 bolesnica je konzervativno operirano i zanišlo ih je 19 (12 poroda, 5 izvanmaterična trudnoća), a radikalno se pristupilo 118 pacijentica od koji je 66 ponovno zatrudnjelo (38 poroda, 23 izvan maternice). Više poroda kao i manje recidivnih izvanmateričnih trudnoća nakon konzervativnog i mikrokirurškog liječenja ukazuje na njihovo povoljno odražavanje na kasniju plodnost (14).

1.8. Izvantubularne izvanmaterične trudnoće

Izvantubularne izvanmaterične trudnoće čine oko 5% svih izvanmaterničnih trudnoća. To su: ovarijska, abdominalna, intraligamentarna, intersticijska (intramularna), cervikalna i kornualna trudnoća. One su vrlo rijetke i neobične te su im dijagnostika i liječenje zbog toga posebni (3).

1.8.1. Ovarijska trudnoća

Učestalost ovarijske trudnoće varira od 1 na 7 000 do 1 na 40 000 i time čini manje od 3% svih izvanmateričnih trudnoća (33). Ovarijski oblik može nastati na dva načina. Primarno nastaje tako da se jajna stanica oplodi i implantira u folikulu, a sekundarni tako da se iz jajovoda rano pobačeni plod implantira u jajnik. Češće se javlja kod žena koje imaju policistične jajnike, u žena koje koriste intrauterini uložak te u onih koje liječe neplodnost indukcijom ovulacije ili su u IVF postupku. Dijagnosticira se laparoskopijom. Medikamentozno se tretira metotreksatom, a kirurški se liječi resekcijom jajnika ili ovariektomijom (3,15).

1.8.2. Abdominalna trudnoća

Abdominalna trudnoća javlja se jednom na 15 - 20 000 trudnoća, a može kao i ovarijska trudnoća nastati primarno i sekundarno. Najčešća lokalizacija ploda, odnosno reimplantacija je jetra, slezena, crijeva, peritonej zdjelice ili omentum (3). U kliničkoj slici prisutni su simptomi boli, mučnine, opće slabosti. Abdomen je osjetljiv, položaj djeteta abnormalan, a cerviks dislociran. Dijagnoza se postavlja uz pomoć palpacije ploda u abdomenu, ultrazvuka, magnetske rezonance ili rendgenom (16). U 35 do 70% slučajeva javljaju se abnormalnosti ploda. Ukoliko se posumnja na abnormalnosti izvodi se laparoskopija jer je u tim okolnostima smrtnost majke visoka. Operacijom se porodi dijete. Pupkovina se podvezuje odmah uz posteljicu, a posteljica se često mora ostaviti jer se sijelo posteljice nalazi na vitalnim organima. Tada u obzir dolazi medikamentozno liječenje metotreksatom, a postoperacijski se mora paziti na sekundarno krvarenje (3).

1.8.3. Intraligamentarna trudnoća

Između dva lista plike late uterusa razvija se intraligamentarna trudnoća koja uvijek nastaje sekundarno. Gotovo uvijek dolazi do dijagnoze za vrijeme operacije (3).

1.8.4. Intersticijska trudnoća

Intersticijska trudnoća čini 2 - 4% izvanmaterničnih trudnoća. Ona se razvija u intramuralnom dijelu tube. Rizik od rupture je 40 - 50% (prosječno u 9. tjednu trudnoće), a ukoliko dođe do rupture dolazi do obilnog krvarenja i posljedično hemoragijskog šoka. Ultrazvukom se vidi trudnoća u lateralnom dijelu maternice. Gestacijska vrećica nije potpuno okružena miometrijem, te izbočuje kornualni dio uterusa. Uterus je asimetrično otečen. Do dijagnoze se teško dolazi, najčešće između 10. i 12. tjedna. Na intersticijsku trudnoću treba sumnjati nakon prethodne izvanmaternične trudnoće, ipsilateralne salpingektomije te nakon IVF-a. Od medikamentozne terapije može se primijeniti metotreksat, a potrebni kirurški zahvati najčešće su salpingektomija i resekcija uterusnog roga (3).

1.8.5. Cervikalna trudnoća

Cervikalna trudnoća je implantirana u endocerviksu i čini 0,5% svih izvanmaterničnih trudnoća. Rizični čimbenici su raniji namjerni pobačaji, miomi, liječenje IVF-om, prijašnji carski rez, kirurška trauma cerviksa ili uterusa i Ashermanov sindrom (3).

Češće su cervikalne trudnoće koje uz cerviks uključuju i istmus, ili zajedno istmus i korpus od onih koje zahvaćaju isključivo cerviks. Značajne su jer odstranjivanje posteljice s tih dijelova maternice može uzrokovati eroziju uterinih arterija te posljedično masivno krvarenje. No, većina ovih trudnoća se ne otkrije tijekom prvog trimestra (17).

U kliničkoj slici javlja se bezbolno vaginalno krvarenje. Cerviks je povećan, proširen, otečen, distendiran i veći od tupa maternice. U cervikalnom kanalu vide se dijelovi ploda. Posteljica i gestacijska vreća se nalaze u cerviksu. Dijagnoza se postavlja na temelju pregleda i ultrazvuka. Krvarenja se mogu zaustaviti Foleyevim kateterom. Cervikalna se trudnoća liječi evakuacijom i kiretažom, konizacijom cerviksa ili histerektomijom. Pokušati se može i tamponadom, podvezivanjem krvnih žila ili embolizacijom. Medikamentozno se primjenjuje metotreksat u dozi od 1mg/kg. Metotreksat se može primjeniti sistemski ili lokalno u trudnoću, a uspješnost mu je visokih 70 - 80% (3).

1.8.6. Kornualna trudnoća

Ukoliko je trudnoća smještena u atretičnom rogu malformiranog uterusa radi se o kornualnog trudnoći koju liječimo ekscizijom (3).

1.8.7. Angularna trudnoća

Angularna trudnoća je lokalizirana u maternici, medijalno od ulaska jajovoda. Većina trudnoća se pobaci, no kod četvrtine dolazi do porođaja živoga djeteta. Preporučuje se konzervativni pristup (3).

1.8.8. Intramuralna trudnoća

Intramuralna trudnoća smještena je u miometriju. Vrlo je rijetka (3).

U budućnosti postati će dostupna tehnika histeroskopskog pristupa u jajovod što će pospješiti dijagnozu i liječenje izvanmaternične trudnoće. Očekuje se i razvoj kirurških i embrioloških tehnika kojima će se zdrava izvanmaternična trudnoća moći premjestiti u maternicu. Već je zabilježeno više uspješnih reimplantacija (1, 3).

1.9. Izvanmaterična trudnoća nakon liječenja metodama pomognute oplodnje

Povišeni rizik za izvanmateričnu trudnoću stvara i izvantjelesna oplodnja - IVF. Učestalost izvanmaternične trudnoće nakon IVF-a iznosi 2 do 4%.

Uzroci mogu biti drugačiji hormonski uvjeti (visoka razina progesterona, promijenjena kontraktilnost uterusa i motilitet jajovoda), reproduktivska obilježja u neplodnosti (oštećenje tube, endometrioza, prijašnje izvanmaternične trudnoće i salpingoplastika), liječenje IVF-om (tubarni transfer zigote, stimulacija ovulacije, krioembrijski transfer) te potencijal embrija za implantaciju (embrijski transfer treći ili peti dan) (3).

1.10. Heterotopična trudnoća

Heterotopična trudnoća je istodobna implantacija intrauterino i tubarno. Učestalost je vrlo rijetka 1/30 000, a zbog postupaka medicinski potpomognute oplodnje pojavnost raste i danas je na 1 - 2% trudnoća (3, 4).

Do dijagnoze se obično dolazi nakon 12. tjedna trudnoće i najčešće je to pedantnom ultrazvučnom dijagnostikom. Simptomi izvanmaterične trudnoće su prikriveni simptomima intrauterine trudnoće. Lokalno se liječi aplikacijom KCl-a ili hiperosmolarne glukoze. Liječenje je često kirurški, te nakon zahvata učestalost spontanih pobačaja je oko 20% (3).

2. CILJ RADA

Cilj ovog rada je prikazati abdominalnu trudnoću, kao oblik izvanmaterične trudnoće, koja je izvanredno rijetka pojava. Mnogi ginekolozi prođu cijeli radni vijek i ne dožive je, ali ovi liječnici imali su priliku vidjeti taj oblik trudnoće te je zapamtiti kao težak dijagnostički i terapijski problem.

Pomoću prikazanog slučaja prati se anamnestički tijek bolesti pacijentice te sami tijekom hospitalizacije.

3. PRIKAZ SLUČAJA

3.1. Anamnestički podaci

Trudnica M. V., 35 godišnja domaćica, primljena je u rodilište Opće bolnice Bjelovar 30. prosinca 1999. godine s 36 tjedana trudnoće. Razlog hospitalizacije bili su bolovi u trbuhu.

Prije ove trudnoće pacijentica je rodila jednom (1992. godine) muško dijete. Dijete je težilo 3300 grama i bilo dužine 52 centimetara. Porod je protekao uredno.

Godine 1998. pacijentici je dijagnosticirana izvanmaterična trudnoća, odnosno tubularna trudnoća u desnom jajovodu. Učinjena je laparotomija i desnostrana salpingektomija. Zadnja menstruacija bila je 23. travnja 1999. godine. Dosadašnji tijek trudnoće bio je uredan. Tijekom trudnoće obavljani su pregledi dvanaest puta, a ultrazvučni pregled učinjen je osam puta.

3.2. Tijek hospitalizacije

U trenutku hospitalizacije trudnica je navodila bolove slabijeg intenziteta difuzno u trbuhu. Pacijentica je bila dobrog općeg stanja, afebrilna, normotonična, urednog pulsa i eupnoična. Maternica je bila mekana, medioponirana, položaj ploda uzdužno glavicom i fundus X/3. Vanjsko spolovilo multipare, sluzava sekrecija iz rodnice, svodovi su održani, porcija je dužine 1 članak, cervikalni kanal uloživ do unutrašnjeg ušća, vodenjak intaktan. Kardiotokografski zapis pri prijemu bio je reaktivan, frekvencija 140/min, trudnovi nisu registrirani.

Nakon što su bolovi prestali ordiniran je nesteroidni reumatik i sedativ. Laboratorijskim pretragama je ustanovljena anemija. Učinjen je ultrazvučni pregled. Pregledom je nađen ženski plod glavom I, morfologija i dinamika uredna, BPD je bio 94 milimetra (36 + 1), F1 71 milimetar (36 + 5), kucaji čedova srca uredni, plodove vode dovoljno. Postavljena je dijagnoza placenta previja totalis.

S obzirom na postavljenu dijagnozu, trudnica je pripremljena za elektivni carski rez. Osim rezultata koji su ukazivali na anemiju, ostali rezultati laboratorijskih pretraga bili su uredni. Pregledima anesteziologa i interniste utvrđeno je da nema kontraindikacija za kirurški zahvat. Pacijentica je preoperativno primila 1040 mililitra transfuzije odgovarajuće krvne grupe.

17. siječnja 2000. godine učinjena je laparotomija. Nakon što je učinjen prerez trbušne stijenke nije nađena krv u trbušnoj šupljini. Nađeno je tek nešto stare krvi na velikom omentumu. Tampon, odnosno velika gaza, se nije uspio postaviti zbog prisutnosti brojnih adhezija između plodovih ovoja i omentuma. Uterus je bio veličine muške šake, a posteljica se umetnula na serozi fundusa i prednjoj stijenci uterusa, odnosno na omentumu maiusu i ležištu desnih adneksa te stražnjoj strani plike late. Plodovi ovoji bili su vrlo zadebljani, debljine oko 5 milimetara.

Određena je lokalizacija posteljice te se skalpelom urezuju ovoji, a zatim se rez prstima

proširi. Kroz nastali otvor aspirirana je plodova voda, a rukom se ušlo pod glavicu djeteta te je se podiglo prema van. Pupkovina je podvezana i prerezana. Na ovaj način porođeno je živo donošeno žensko čedo. Težina novorođenčeta bila je 2800 grama, a dužina 50 centimetara. Novorođenče je predano u ruke neonatologa. Apgar zbor bio je 8/9.

Slijedilo je odstranjivanje posteljice. Posteljica je odstranjena s uterusa dijelom oštro, a dijelom tupo. Postepeno, kako je odvojena posteljica, postavljeni su hemostatski šavovi. Dio omentum maiusa je resiciran, a ostatak posteljice uspio se odstraniti tupo s desnih adneksa i plike late. Krvarenje je zaustavljeno s nekoliko površinskih catgut šavova.

S obzirom da je na uterusu postojalo deserozirano polje učinjena je ekscizija miometrija. Pomoću više pojedinačnih šavova uspjelo se spojiti rubove seroze. Kavum uterus je ostao intaktan. Hemostaza je detaljno prekontrolirana i utvrđeno je da je ispravna. Deblji dren instaliran je u Douglasov prostor. Stijenka abdomena zatvorena je po slojevima.

Tijekom operacije pacijentica je primila 1210 mililitara transfuzije odgovarajuće krvne grupe, a kasnije još 2610 mililitara. Postoperativno se pacijentici nadoknađivala tekućina infuzijama te su joj ordinirani antibiotici (cefazolin 3 grama dnevno tijekom 6 dana). Dren i kateter odstranjeni su trećeg postoperativnog dana. Osmog postoperativnog dana odstranjeni su šavovi na koži. Majka i dijete otpušteni su deseti dan dobrog općeg stanja.

3.3. Proces zdravstvene njege (sestrinska dijagnoza, cilj i intervencije)

1. Bol u/s osnovnom bolešću

Cilj: Nakon provedenih intervencija pacijentica će opisati smanjenu razinu boli.

Intervencije: Medicinska sestra mora znati prepoznati znakove boli, te procjenjivati bol na skali za bol. Primijeniti analgetike prema pisanoj odredbi liječnika prije nego bol postane intenzivna. Ukloniti sve čimbenike koji mogu pojačati bol. Educirati pacijenticu o primijeni nefarmakoloških postupka ublažavanja boli: promjena položaja, mirna okolina. Obavijestiti liječnika o boli pacijentice. Koristiti metode relaksacije.

2. Visok rizik za umor u/s anemijom

Cilj: Pacijentica će znati postaviti prioritete dnevnih aktivnosti.

Intervencije: Medicinska sestra će s pacijenticom izraditi plan dnevnih aktivnosti. Dnevni plan aktivnosti i odmora će se mijenjati zavisno o pojavi umora. Potrebno je trudnici osigurati neometani odmor i spavanje, odnosno osigurati mirnu okolinu, bez buke. Odrediti prioritetne aktivnosti, a izbjegavati nepotrebne aktivnosti. Trudnica treba provoditi umjerenu tjelovježbu. Omogućiti pacijentici da izrazi svoje sumnje i dvojbe vezane uz plan aktivnosti. Potrebno je smanjiti razinu napetosti i stresa kod pacijentice.

3. Neupućenost u/s osnovnom bolešću

Cilj: Pacijentica će znati objasniti svoju bolest.

Intervencije: Medicinska sestra mora ponajprije procijeniti sadašnje znanje pacijentice o njezinoj bolesti. Sestra mora poticati pacijenticu na usvajanje novih znanja i vještina. Educirati obitelj o pacijentičinoj bolesti te ih upoznati kako da se nose s tim. Poticati pacijenticu i obitelj da postavljaju pitanja te da verbaliziraju svoje osjećaje. Medicinska sestra mora osigurati vrijeme za verbalizaciju naučenog. Od velike je važnosti savjetovati

pacijenticu da se strogo drži uputa liječnika te ukoliko ima ikakvih pitanja da se obrati stručnoj osobi.

4. Anksioznost u/s dijagnostičkim i medicinskim postupcima

Cilj: Trudnica će se pozitivno suočiti s anksioznosti.

Intervencije: medicinska sestra će stvoriti profesionalan empatijski odnos s pacijenticom. Potrebno je stvoriti osjećaj sigurnosti i povjerenja te biti uz nju kada je to potrebno. Medicinska sestra bi trebala u čestim razmacima komunicirati s pacijenticom. Pri svakom kontaktu mora se procijeniti stupanj anksioznosti te izvršavati intervencije u skladu s procjenom. Pacijenticu naučiti tehnikama relaksacije i osigurati joj mir. Medicinska sestra treba biti potpora i pružiti dovoljno informacija. Potaknuti pacijenticu da potraži pomoć kada osjeti anksioznost te je potaknuti da izrazi svoje osjećaje.

5. Strah u/s neizvjesnim ishodom trudnoće

Cilj: Pacijentica će verbalizirati svoje strahove.

Intervencije: Među najbitnijim intervencijama je stvoriti profesionalan empatijski odnos. Moramo poticati pacijenticu da verbalizira strah te stvoriti osjećaj sigurnosti. Poticati trudnicu da izrazi svoje osjećaje i zabrinutost. Sestra mora opaziti neverbalne izraze straha te izvijestiti o njima pripadajućeg ginekologa (smanjena komunikativnost, razdražljivost do agresije). Primjereno reagirati na pacijentičine izjave i ponašanje. Demonstrirati trudnici vježbe disanja i relaksacije. Osigurati dovoljno vremena za razgovor te u tome razgovoru pokušati usmjeravati pacijenticu prema pozitivnom razmišljanju. Spriječiti osjećaj izoliranosti i povučенost. Poticati obitelj da se uključi u aktivnosti.

6. Strah u/s operativnim zahvatom

Cilj: Pacijentica će nakon edukacije opisati smanjenu količinu straha.

Intervencije: Identificirati s pacijenticom činitelje koji dovode do pojave osjećaja straha. Redovito informirati pacijenticu o planiranim postupcima te joj omogućiti sudjelovanje u donošenju odluka. Educirati pacijenticu o postupcima i procedurama koje će se provoditi te joj objasniti preoperativnu i postoperativnu proceduru. Koristiti razumljiv jezik pri poučavanju i informiranju pacijentice. Osigurati dovoljno vremena za razgovor i poticati pacijenticu na pitanja ukoliko postoji još nejasnoća. Poticati pacijenticu da izrazi svoje osjećaje.

7. Visok rizik za nastanak komplikacija u/s operativnim zahvatom

Cilj: Trudnica neće razviti komplikacije.

Intervencije: Medicinska sestra će kontrolirati vitalne znakove, pratiti diurezu te uzeti sve za potrebne laboratorijske pretrage. Potrebna je edukacija trudnice o njenoj bolesti te tretmanu. Obavijestiti trudnicu da postoji povećan rizik za smrtnost. Omogućiti trudnici da pita što želi te osigurati dovoljno vremena za razgovor. U slučaju krvarenja sestra mora bilježiti i pratiti gubitak krvi.

8. Visok rizik za infekciju u/s postavljenog drena i katetera

Cilj: Pacijentica će znati prepoznati znakove i simptome infekcije.

Intervencije: Medicinska sestra mora mjeriti vitalne znakove, pratiti promjene vrijednosti laboratorijskih nalaza i izvijestiti o njima te pratiti izgled izlučevina. Održavati higijenu prostora, higijenu ruku te obući zaštitne rukavice prema standardu. Poučiti pacijenticu i posjetitelje higijenskom pranju ruku prije kontakta s pacijenticom. Podučiti pacijenticu održavanju higijene perianalne regije nakon eliminacije. Uvoditi i održavati intravenozne i drenažne katetere prema standardu. Aseptično previjanje rana. Pratiti pojavu simptoma i znakova infekcije. Medicinska sestra mora primijeniti antibiotsku profilaksu prema pisanoj odredbi liječnika.

9. Mogućnost komplikacija: Hipovolemija u/s povećanim gubitkom tekućine

Cilj: Medicinska sestra će uočavati rane znakove i simptome hipovolemije i primjenjivati intervencije usmjerene stabiliziranju stanja pacijentice.

Intervencije: Mjeriti vitalne znakove dva puta dnevno. Pratiti unos tekućine i mjeriti diurezu. Pratiti vrijednosti laboratorijskih nalaza i o njima obaviještavati liječnika. Provjeravati zavoje na operativnoj rani i obavijestiti liječnika u slučaju pojave obilnijeg krvarenja. Primjenjivati intravenoznu nadoknadu tekućine prema odredbi liječnika. Primjenjivati terapiju prema odredbi liječnika.

10. Bol u/s operativnim zahvatom

Cilj: Pacijentica će znati načine ublažavanja boli.

Intervencije: Medicinska sestra mora znati prepoznati znakove boli, te procjenjivati bol na skali za bol. Važno je kontrolirati vitalne funkcije. Primijeniti analgetike prema pisanoj odredbi liječnika. Pacijenticu poticati na verbalizaciju osjećaja boli. Ukloniti sve čimbenike koji mogu pojačati bol. Educirati pacijenticu o primijeni nefarmakološke postupke ublažavanja boli poput promjene položaja (objasniti da zauzme ugodan položaj) i mirne okolina. Izbjegavati pritisak i napetost bolnog područja. Obavijestiti liječnika o boli pacijentice. Koristiti metode relaksacije. Medicinska sestra nakon primjenjenih intervencija treba ponovno procijeniti bol i dokumentirati procjene na skali boli.

4. RASPRAVA

U slučaju pacijentice M. V. prva izvanmaterična trudnoća dijagnosticirana je 1998. kada je lokalizacija zametka bila prisutna u desnom jajovodu. Prije te trudnoće žena je rodila jednom i trudnoća je uredno protekla. No, kako neki autori smatraju, uslijed pojave izvanmaterične trudnoće i posljedično rađene laparotomije, povećana je mogućnost ponove implantacije zametka izvan maternice što se u slučaju pacijentice i desilo.

Neke od sestrinskih dijagnoza postavljenih u ovom slučaju su bol, visok rizik za umor, neupućenost, anksioznost, strah, visok rizik za komplikacije te visok rizik za infekciju, mogućnost komplikacije: hipovolemija te kasnije bol usvezi operativnog zahvata.

Trudnica je primljena je u rodilište Opće bolnice Bjelovar u prosincu 1999., a razlog hospitalizacije bili su bolovi u trbuhu. Trudnica je navodila bolove slabijeg intenziteta difuzno u trbuhu. Ordiniran je nesteroidni reumatik i sedativ. Medicinska sestra mora primijeniti analgetike prema odredbi liječnika i obaviještavati ga o boli pacijentice.

Laboratorijskim pretragama je ustanovljena anemija, zbog čega dolazimo do druge dijagnoze odnosno visokog rizika za umor. Medicinska sestra će s pacijenticom izraditi plan dnevnih aktivnosti te će se on mijenjati zavisno o pojavi umora. Potrebno je trudnici osigurati neometani odmor i spavanje te smanjiti razinu napetosti i stresa kod pacijentice.

Učinjen je ultrazvučni pregled te je pomoću pregleda postavljena dijagnoza placenta previja totalis. Sestrinske dijagnoze s obzirom na novu dijagnozu su anksioznost, neupućenost i strah u svezi ishoda trudnoće. Potrebno je stvoriti profesionalan empatijski odnos s pacijenticom. Medicinska sestra treba biti potpora i pružiti dovoljno informacija. Što se tiče neupućenosti, medicinska sestra ponajprije treba educirati pacijenticu o bolesti. Od velike je važnosti savjetovati pacijenticu da se strogo drži uputa liječnika te ukoliko ima ikakvih pitanja da se obrati stručnoj osobi.

Nadalje, s obzirom na postavljenu dijagozu, trudnica je pripremljena za elektivni carski rez. Dodatno je pregled interniste i anesteziologa utvrdio da nema kontraindikacija za zahvat. Tada je postavljena nova sestrinska dijagnoza, strah u svezi s operativnim zahvatom. Medicinska sestra treba educirati pacijenticu o postupcima i procedurama koje će se provoditi te joj objasniti preoperativnu i postoperativnu proceduru.

U siječnju 2000. godine učinjena je laparotomija. Učinjen je prerez trbušne stijenke, nadalje skalpelom se urezuju ovoji, a zatim se rez prstima proširio. Kroz nastali otvor aspirirana je plodova voda, a rukom se ušlo pod glavicu djeteta. Na ovaj način porođeno je živo donošeno žensko čedo. Nakon toga uslijedilo je odstranjivanje posteljice. Krvarenje je zaustavljeno s nekoliko površinskih catgut šavova. Hemostaza je detaljno prekontrolirana i utvrđeno je da je ispravna. Stijenka abdomena zatvorena je po slojevima. S obzirom na tretman, definira se nova sestrinska dijagnoza, bol u svezi operativnog zahvata. Medicinska sestra mora znati prepoznati znakove boli, te je procjenjivati na skali boli. Educirati pacijenticu o primijeni nefarmakoloških postupaka ublažavanja boli.

Pacijentica je preoperativno, tijekom te nakon operacije primila transfuziju. S obzirom na krvarenje i potrebe većih količina transfuzije zaključno dolazimo do dijagnoze - mogućnost komplikacija: hipovolemija u svezi s povećanim gubitkom tekućine. Medicinska sestra treba mjeriti vitalne znakove dva puta dnevno. Pratiti unos tekućine i mjeriti diurezu. Pratiti vrijednosti laboratorijskih nalaza i o njima obavijestavati liječnika. Provjeravati zavoje na operativnoj rani i obavijestiti liječnika u slučaju pojave obilnijeg krvarenja. Primjenjivati intravenoznu nadoknadu tekućine i terapiju prema odredbi liječnika.

Postoperativno se pacijentici nadoknađivala tekućina infuzijama te su joj ordinirani antibiotici. Pacijentica je također imala uveden dren i kateter te time dolazimo do nove sestrinske dijagnoze, odnosno visokog rizika za infekciju. Medicinska sestra mora mjeriti vitalne znakove, pratiti promjene vrijednosti laboratorijskih nalaza i izvijestiti o njima te pratiti izgled izlučevina. Vrlo je važnu pratiti pojavu simptoma i znakova infekcije. Medicinska sestra mora primijeniti antibiotsku profilaksu prema pisanoj odredbi liječnika.

Majka i dijete otpušteni su deseti dan postoperativno dobrog općeg stanja.

Na temelju ovoga slučaja možemo zaključiti kako je ovaj oblik izvanmaternične trudnoće zaista veliki dijagnostički i terapijski problem. Iako je ovaj slučaj imao pozitivan ishod, ovo stanje i dalje ostaje ozbiljan problem koji može rezultirati značajnim mortalitetom. Na primjeru slučaja vidimo koliko je važno uzeti u obzir i rijetke mogućnosti te rano otkriti životno ugrožavajuća stanja te ih naravno i na pravi način liječiti.

5. ZAKLJUČAK

Izvanmaternična trudnoća je svaka trudnoća koja nastaje implantacijom oplođenog jajašca izvan maternice. Učestalost izvanmaterične trudnoće je između 1,5 i 2 % svih trudnoća. Pojavnost je u zadnjih četrdeset godina u porastu, ali je u istom tom razdoblju zahvaljujući ranoj dijagnozi smanjen mortalitet.

Razlog nastanka ostaje nepoznat. U većini slučajeva nastaje u jajovodu, a zametak se može implanirati i u jajniku, abdomenu, cerviksu, intraligamentarno, intersticijski, kornualno, angularno te intramuralno.

Izvanmaternična trudnoća ima različite simptome ovisno o tome prezentira li se u akutnom ili subakutnom obliku. Akutni oblik predstavlja rupturu jajovoda na onom mjestu gdje se dogodila implantacija oplođenog jajašca i može se manifestirati teškim intraabdominalnim krvarenjem što zahtijeva kiruršku intervenciju. Subakutni oblik izvanmaternične trudnoće je znatno češći i javlja se u 75 - 80 % slučajeva.

Osim kliničkih znakova za postavljanje dijagnoze se služimo i biokemijskim biljezima, od kojih su najvažniji β -hCG i progesteron čije su razine značajno niže kod izvanmaterične trudnoće u odnosu na normalnu trudnoću. Najpouzdanije dijagnostičke metode su, uz biokemijske biljege, transvaginalni ultrazvuk i color doppler.

Izvanmateričnu trudnoću možemo liječiti medikamentno, ekspektativno i kirurški. Čim dođemo do sigurne dijagnoze moramo odabrati odgovarajući plan liječenja. Plan liječenja ovisit će o reproduktivnim željama pacijentice, njezinoj životnoj dobi, te najvažnije o kliničkoj slici i nalazu pacijentice. Cilj je izliječiti pacijenticu sa što manje nuspojava i dati što veću šansu za kasniju normalnu unutar materičnu trudnoću.

6. LITERATURA

1. Šimunić V i sur. Ginekologija. Medicinska biblioteka; Naklada Ljevak; 2001.
2. Kurjak A, Kuvačić I, Đelmiš J i sur. Porodništvo. Medicinska naklada; 2009.
3. Šimunić V. Izvanmaternična trudnoća. Šimunić V i sur. Reprodukcijska endokrinologija i neplodnost; Medicinski potpomognuta oplodnja, IVF. Zagreb: Školska knjiga; 2012.
4. Habek D. Ginekologija i porodništvo. Medicinska naklada; 2017.
5. Sezonski ritam izvanmaternične trudnoće / Miro Kasum, Josip Đelmiš. *Gynaecologia et perinatologia : journal for gynaecology, perinatology, reproductive medicine and ultrasonic diagnostics* : = [časopis za ginekologiju, perinatologiju, reproduktivnu medicinu i ultrazvučnu dijagnostiku] / [editor-in-chief Ante Dražančić. 6 (1997), 3
6. Karadeniz RS, Tasci Y, Attay M, Akkus M, Akkurt O, Gelisen O. Tubal rupture in ectopic pregnancy: is it predictable? *Minerva GInecol.* 2015;67(1):13-9.
7. Feit H, Leibovitz Z, Kerner R, Keidar R, Saqiv R. Ovarian pregnancy following in vitro fertilization in a woman after bilateral salpingectomy: a case report and review of the literature. *J Minim Invasive Gynecol.* 2015;22(4):675-7.
8. Kunwar S, Khan T, Srivastava K. Abdominal pregnancy: Methods of hemorrhage control. *Intractable Rare Dis Res.* 2015;4(2):105-7.
9. Pecigoš - Kljuković K. Zdravstvena njega trudnice, roditelje i babinjače. Zagreb: Školska knjiga, 2005.
10. Eskicioğlu F, Özdemir AT, Turan GA, Gür EB, Kasap E, Genç M. The efficacy of complete blood count parameters in the diagnosis of tubal ectopic pregnancy. *Ginekol Pol.* 2014;85(11):823-7.
11. Kasum M. Medikamentozno liječenje izvanmaternične trudnoće. // *Gynaecologia et perinatologia. Supplement.* 20 (2011), 1
12. Kasum M., Orešković S., Šimunić V., Ježek D., Tomić V., Tomić J., Gall V., Mihaljević S. Treatment of ectopic pregnancy with methotrexate. *Acta Clin Croat.* 2012; 51:543-8
13. Pristup liječenju trudnoće u jajovodu / Tomislav Čanić, Srećko Ciglar i Vjekoslav Kašnar. *Medicinski vjesnik* / [glavni i odgovorni urednik, editor-in-chief Antun Tucak].

27 (1995), 1/2

14. Kirurško liječenje izvanmaterične trudnoće i kasnija plodnost / Miro Kasum, Veselko Grizelj, Velimir Šimunić. *Gynaecologia et perinatologia : journal for gynaecology, perinatology, reproductive medicine and ultrasonic diagnostics* : = [časopis za ginekologiju, perinatologiju, reproduktivnu medicinu i ultrazvučnu dijagnostiku] / [editor-in-chief Ante Dražanić. 6 (1997), 1/2

15. Begum J, Pallavee P, Samai S. Diagnostic dilemma in ovarian pregnancy: a case series. *J Clin Diagn Res.* 2015 Apr; 9(4):QR01-QR03.

16. Bohlitea R, Radoi V, Tufan C, Horhoianu IA, Bohlitea C. Abdominal pregnancy-case presentation. *J Med Life.* 2015 Jan-Mar;8(1):49-50.

17. Avery DM, Wells HM, Harper DM. Cervico-isthmic corporeal pregnancy with delivery at term: a review of the literature with a case report. *Obstet Gynecol Surv.* 2009;64(5):335-44.

7. OZNAKE I KRATICE

β -hCG - humani korionski gonadotropin

MTX - metotraksat

IVF - in vitro oplodnja

KCl - kalijev klorid

8. SAŽETAK

Izvanmaternična trudnoća je trudnoća koja se implantira izvan šupljine maternice. Najčešće se implantacija dešava u jajovodu, a moguća je i u jajniku, cerviksu te u bilo kojem dijelu abdominalne šupljine. Ono i danas spada u po život opasna stanja, te je treći uzrok smrtnosti majke, odnosno smrtnosti povezane s trudnoćom. Izvanmaternična trudnoća predstavlja ozbiljan klinički problem koji može rezultirati značajnim mortalitetom i morbiditetom te zbog toga zahtjeva rano otkrivanje i adekvatno liječenje. Jedan od najvećih uspjeha moderne medicine je suvremeni pristup dijagnostici i načinu liječenja ove bolesti. Iako je smanjen rizik smrtnosti, izvanmaternična trudnoća i danas ostaje veliki zdravstveni problem.

Cilj ovog rada je prikazati abdominalnu trudnoću, kao oblik izvanmaterične trudnoće, koja je izvanredno rijetka pojava. Također i prikazati abdominalnu trudnoću kao težak dijagnostički i terapijski problem.

Ključne riječi: izvanmaterična trudnoća, metotraksat, laparoskopija, abdominalna trudnoća

9. SUMMARY

Extra maternal pregnancy is a pregnancy that is implanted outside of the uterine cavity. The most common implantation occurs in the fallopian tube, and it is also possible in the ovary, cervix, and in any part of the abdominal cavity. It still belongs to life-threatening conditions, and this is the third cause of a mother's death, or death associated with pregnancy. Extra maternal pregnancy represents a serious clinical problem that can result in significant mortality and morbidity and therefore requires early detection and adequate treatment. One of the greatest successes of modern medicine is a modern approach to diagnosis and treatment of this disease. Although the risk of mortality has been reduced, extra maternal pregnancy remains a major health problem today.

The aim of this paper is to show abdominal pregnancy, which is an extremely rare occurrence. Also show abdominal pregnancy as a difficult diagnostic and therapeutic problem.

Keywords: extra maternal pregnancy, methotraxate, laparoscopy, abdominal pregnancy

IZJAVA O AUTORSTVU ZAVRŠNOG RADA

Pod punom odgovornošću izjavljujem da sam ovaj rad izradio/la samostalno, poštujući načela akademske čestitosti, pravila struke te pravila i norme standardnog hrvatskog jezika. Rad je moje autorsko djelo i svi su preuzeti citati i parafraze u njemu primjereno označeni.

Mjesto i datum	Ime i prezime studenta/ice	Potpis studenta/ice
U Bjelovaru, <u>11.9.2018.</u>	VALENTINA MAUROVIĆ	Valentina Maurović

Prema Odluci Veleučilišta u Bjelovaru, a u skladu sa Zakonom o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju, elektroničke inačice završnih radova studenata Veleučilišta u Bjelovaru bit će pohranjene i javno dostupne u internetskoj bazi Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu. Ukoliko ste suglasni da tekst Vašeg završnog rada u cijelosti bude javno objavljen, molimo Vas da to potvrdite potpisom.

Suglasnost za objavljivanje elektroničke inačice završnog rada u javno dostupnom nacionalnom repozitoriju

VALENTINA MAURLOVIĆ

ime i prezime studenta/ice

Dajem suglasnost da se radi promicanja otvorenog i slobodnog pristupa znanju i informacijama cjeloviti tekst mojeg završnog rada pohrani u repozitorij Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu i time učini javno dostupnim.

Svojim potpisom potvrđujem istovjetnost tiskane i elektroničke inačice završnog rada.

U Bjelovaru, 11. rujna 2018.

Valentina Maurlović

potpis studenta/ice