

# Внематочная беременность

---

ВЫПОЛНИЛА: СОБИРОВА ДИЛНАВОЗ

ГРУППА: 712-01

# Определение

Внематочная (эктопическая) беременность (ВБ) – беременность, при которой имплантация плодного яйца произошла вне полости матки



# Этиология и патогенез

---

Патогенез: нарушение транспорта оплодотворенной яйцеклетки с последующей патологической имплантацией плодного яйца.

Факторами риска являются:

- ❖ операции на маточных трубах
- ❖ эктопические беременности в анамнезе
- ❖ ВЗОМТ
- ❖ внутриматочная контрацепция
- ❖ внутриматочные вмешательства
- ❖ бесплодие, возраст матери старше 35 лет
- ❖ Курение
- ❖ применение КОК
- ❖ пороки развития половых органов (беременность в рудиментарном роге)
- ❖ эндометриоз
- ❖ наличие рубца на матке после Кесарева сечения

# Эпидемиология

---

Ранняя диагностика и своевременное лечение ВБ снижает показатель материнской смертности. Кроме того, ранняя диагностика позволяет использовать малоинвазивных и органосохраняющих методов лечения

«Беременность неизвестной локализации» – состояние, при котором уровень бета-ХГЧ крови составляет не менее 1000 МЕ/л, а плодное яйцо в матке вне её полости при трансвагинальном УЗИ не визуализируется – пациенткам показаны трансвагинальное УЗИ органов малого таза и контроль уровня бета-ХГЧ крови через 48 часов

# Классификация заболеваний

---

## АНАТОМИЧЕСКАЯ

- Трубная (интерстициальная, истмическая, ампулярная, фимбриальная) – 98–99%.
- Яичниковая – 0,1–0,7%.
- Шеечная (1 на 9000–12000 беременностей) – 0,1–0,4%.
- Брюшная (1 на 10000–25000 живорожденных) – 0,3–0,4%.
- Гетеротопическая беременность (сочетание маточной локализации одного плодного яйца и внематочной локализации другого) встречается крайне редко (1 из 30 000 беременностей).
- Беременность в рубце после кесарева сечения – встречается редко, частота на данный момент не определена

# Клиническая классификация

---

КЛИНИЧЕСКАЯ. ПО И\ТЕЧЕНИЮ

- ❖ Прогрессирующая;
- ❖ Нарушенная.

ПО НАЛИЧИЮ ОСЛОЖНЕНИЙ

- ❖ Осложненная.
- ❖ Неосложненная

# Диагноз устанавливается на основании

---

1. положительного качественного исследования мочи на хорионический гонадотропин и/или количественного исследования крови на хорионический гонадотропин
2. Жалоб
3. анамнестических данных
4. физикального обследования
5. данных УЗИ органов малого таза



# Жалобы и анамнез

---

боли внизу живота и пояснице, возможно с иррадиацией в прямую кишку, на фоне нарушений МЦ (задержки менструации), скудных кровянистых выделений из половых путей в виде «мазни».

Характер болей многообразен как с позиции интенсивности, так и иррадиации. При нарушенной внематочной беременности боли могут сопровождаться головокружением, обмороками, тошнотой, рвотой, симптомами раздражения брюшины



# Физикальные обследования

---

- живот мягкий, безболезненный; при нарушенной ВБ определяется болезненность живота над лонным сочленением или в подвздошных областях,
- перкуторно — притупление звука в отлогих местах, появляются симптомы раздражения брюшины.
- В ряде случаев - ректовагинальное исследование.

## БВИ ДЛЯ ВЕРИФИКАЦИИ ДИАГНОЗА

болезненность в нижних отделах живота, в области придатков пальпируется овоидное образование мягкой консистенции, увеличенные размеры матки, болезненные тракции за ШМ, нависание заднего свода при наличии крови в брюшной полости в прямокишечно-маточном углублении (Дугласовом пространстве).

При наличии шеечной бер-ти пальпаторно: конфигурации ШМ (бочкообразная).

# Лабораторные исследования

---

- ❑ исследования мочи на ХГЧ
- ❑ количественное исслед. уровня хорионического гонадотропина (бетаХГЧ) в сыворотке крови
- ❑ При уровне менее 1000 МЕ/л - повторное исслед. через 48 часов при стабильном состоянии пациентки.
- ❑ В норме прирост каждые 48 часов при маточной беременности - более 50% (в среднем 63–66%). В 17% ВБ прирост также как при нормальной МБ. Снижение/малый прирост (ниже 53%) при отсутствии бер-ти в полости матки на УЗИ свидетельствует о ВБ. Недостаточный прирост - неразвивающаяся МБ.



# Инструментальные диагностические исследования

---

- ❖ осмотр шейки матки и влагалища в зеркалах - определяется цианотичность шейки матки, наличие кровянистых выделений (скудные, умеренные, обильные).
- ❖ При шеечной беременности – асимметрия расположения ШМ, свода влагалища, бочкообразная конфигурация.
- ❖ УЗИ ОМТ для уточнения локализации плодного яйца, УЗ трансвагинальным датчиком

# УЗИ-признаки ВБ:

---

Отсутствие плодного яйца в полости матки; увеличение придатков или скопление жидкости позади матки;

Трубная: объемное образование в области придатков – при влагалищном УЗИ сдвигается отдельно от яичника.

Шеечная: бочкообразная ШМ, плодное яйцо ниже уровня внутреннего зева ШМ с инвазией в мышечный слой, при УЗИ с цветным доплеровским картированием – отсутствие кровотока вокруг плодного мешка.

в рудиментарном роге матки: в полости матки визуализируется одна интерстициальная часть маточной трубы; плодное яйцо подвижно, отделено от матки и полностью окружено миометрием; к плодному яйцу, расположенному в роге матки, примыкает сосудистая ножка

интерстициальная: в полости матки плодного яйца нет, плодное яйцо располагается снаружи в интерстициальной (интрамуральной) части маточной трубы и окружено миометрием толщиной менее 5 мм. Во избежание ошибок (ранняя беременность или имплантация в трубные углы полости матки), результаты УЗИ в двух измерениях, по возможности, дополнить трехмерным УЗИ. В диагностике интерстициальной бер-ти может быть полезна МРТ. При гетеротопической беременности имеются УЗИ-признаки как маточной, так и эктопической беременности. Для диагностики яичниковой - специфических УЗИ-критериев нет.

# УЗИ-признаки ВБ:

---

При наличии беременности в рубце после Кесарева сечения (или после миомэктомии) при заживлении с образованием «ниши» определяется плодное яйцо с инвазией в рубец на глубину, определяемую по УЗИ (возможно прорастание до серозного слоя, до соседних органов) [9], [24]. Наиболее информативным методом является 3/4Dтехнология, позволяющая получить в коронарной плоскости сканирования дополнительную информацию по глубине инвазии, изменениях окружающих тканей. Для оценки кровотока дополнительно можно использовать цветное доплеровское картирование.

MPT OMT в качестве второй линии диагностики при наличии или подозрении на редкие формы внематочной беременности (беременность в области рубца на матке, шейечная и брюшная беременности) при наличии условий выполнения исследования (гемодинамическая стабильность пациента, доступность оборудования и персонала) для верификации диагноза [7], [25].

УЗИ является основным методом диагностики эктопической беременности. Применение MPT органов малого таза при редких формах внематочной беременности наряду с сочетанием с другими гинекологическими и экстрагенитальными заболеваниями, позволяет верифицировать диагноз, исключить патологию смежных органов.

# Иные диагностические исследования

---

дифференциальной диагностики прогрессирующей трубной беременности с маточной беременностью ранних сроков путем повторного исследования уровня бета-ХГЧ в крови (через 48 часов) и УЗИ органов малого таза

На ранних сроках, в том числе и после использования методов ВРТ, диагностика заболевания представляет определенные трудности.

В ряде случаев возможно сочетание маточной и внематочной беременностей (1 из 30 000 беременностей).

Диф.диаг. прервавшейся трубной бер-ти (по типу трубного аборта или разрыва маточной трубы) с апоплексией яичника, абортom, обострением хронического сальпингоофорита, аномальным маточным кровотечением, перфорацией язвы желудка и 12-перстной кишки, разрывом печени и селезенки, перекрутом ножки кисты или опухоли яичника, острым аппендицитом, острым пельвиоперитонитом и другой хирургической патологией

При прервавшейся трубной беременности по типу трубного аборта возможна атипическая клиническая картина – стертость клинических симптомов: медленное развитие клиники прерывания беременности, отсутствие острого начала заболевания. Любая форма внематочной беременности, а также подозрение на наличие ее требует наблюдения и лечения в условиях стационара.

# Лечение. Хирургическое лечение трубной беременности

---

Хирургическое лечение – основной метод лечения при любой форме внематочной беременности. Объем и доступ определяется в зависимости от клинической ситуации и условий выполняемой операции [17]. Проводится хирургическое лечение как нарушенной, так и прогрессирующей трубной беременности при бета-ХГЧ более 30005000 МЕ/л [2], [10].

Рекомендуется проведение хирургического лечения трубной беременности лапароскопическим или лапаротомным доступами для достижения излечения [

Сальпингэктомия или сальпинготомия с удалением плодного яйца производится в зависимости от клинической ситуации, визуальной оценки степени разрушения трубы, состояния контрлатеральной маточной трубы и репродуктивных планов [2], [7], [10].

При наличии геморрагического шока целесообразным является метод лапаротомии, как метод, способствующий более быстрой остановке кровотечения [27]. Если пациентка гемодинамически стабильна, лапароскопический подход к хирургическому лечению нарушенной трубной беременности более предпочтителен по сравнению с методом открытого хирургического вмешательства [7], [27], [26], [29].

Лапароскопические вмешательства способствуют быстрой реабилитации, уменьшают длительность госпитализации, обеспечивают лучший косметический результат [29].

При наличии здоровой контрлатеральной маточной трубы предпочтительнее выполнять сальпингэктомию [2]. На удаление маточной трубы необходимо получить информированное добровольное письменное согласие пациентки. Однако окончательный выбор определяется условиями и клинической ситуацией.

# Хирургическое лечение трубной беременности

---

Показания к сальпингэктомии:

1) нарушенная трубная беременность; 2) повторная трубная беременность в уже ранее оперированной маточной трубе; 3) основной метод лечения при прогрессирующей трубной беременности при бета-ХГЧ более 3000-5000 МЕ\л.

Возможно проведение сальпинготомии при условиях: 1) отсутствии разрыва стенки плодместилища, 2) отсутствии геморрагического шока, 3) необходимости сохранения репродуктивной функции, 4) у пациенток с бесплодием в анамнезе, трубно-перитонеальным фактором риска репродуктивных нарушений (внематочная беременность, отсутствие или заболевание контралатеральной маточной трубы, предыдущие операции на органах брюшной полости, воспалительные заболевания тазовых органов в анамнезе) в сочетании с желанием сохранения репродуктивной функции [7]. На сальпинготомию необходимо получить информированное добровольное письменное согласие пациентки.

# Хирургическое лечение трубной беременности

---

Пациентка должна быть проинформирована о необходимости динамического контроля после сальпинготомии (исследование количественного бета-ХГЧ в крови, УЗИ органов малого таза), в связи с возможным прогрессированием беременности, развитием внутрибрюшного кровотечения, а также повторной внематочной беременностью в сохраненной трубе [7].

## 3.2. Диагностика на этапе лечения

Рекомендуется исследование уровня хорионического гонадотропина в крови после сальпинготомии через 7 дней после оперативного лечения ВБ, далее 1 раз в неделю до получения отрицательного результата для контроля эффективности лечения

Отсутствие снижения уровня бета-ХГЧ крови или его концентрация выше 3000 МЕ/л и наличие активного трубного кровотока в послеоперационном периоде являются признаками прогрессирующей трубной беременности [7].

# Консервативное лечение трубной беременности.

---

(в качестве альтернативного метода) по решению врачебного консилиума в стационарах 3 группы применение однократной дозы введения #метотрексата\*\* у гемодинамически стабильных женщин, планирующих реализацию репродуктивной функции, при готовности пациентки к динамическому наблюдению

Консервативное лечение – медикаментозная терапия #метотрексатом\*\* или #метотрексатом\*\* в сочетании с фолиевой кислотой\*\* используется в соответствии с рекомендациями ASRM (2006); ACOG (2018); POAG

(2014); RCOG (2016) [7], [11], [31]. В Российской Федерации инструкцией по применению #метотрексата\*\* не предусмотрены показания и схемы лечения внематочной беременности, в связи с чем его использование может рассматриваться лишь как альтернатива ординоуносящей операции при планировании сохранения репродуктивной функции после решения врачебной комиссии (закон 323 статья 37

п.15) только в гинекологических стационарах медицинских организаций 3 группы, после получения информированного добровольного согласия пациентки. Вопрос о выборе консервативной тактики решается коллегиально (консилиумом врачей).

Кандидаты для лечения #метотрексатом\*\*: \*гемодинамическая стабильность; \*низкий сывороточный бета-ХГЧ (до 5000 МЕ/л); \*отсутствие у эмбриона сердечной деятельности по УЗИ; \*уверенность в отсутствии маточной беременности; \*готовность пациентки к последующему наблюдению; \*отсутствие повышенной чувствительности к #метотрексату\*\* [2], [30]

# Консервативное лечение трубной беременности.

---

Противопоказания к назначению #метотрексата\*\* : \*гемодинамически нестабильные пациентки, \*наличие маточной беременности, \*хронические заболевания печени, \*хронические заболевания легких, \*иммунодефицит, \*язвенная болезнь, \*заболевания крови (тяжелая анемия, лейкопения, тромбоцитопения), \*повышенная чувствительности к #метотрексату\*\*, \*отсутствие возможности наблюдения и др. [3].

Относительными противопоказаниями к применению #метотрексата\*\* (в связи со сниженной эффективностью действия) являются: высокий начальный уровень бетаХГЧ – выше 5000 МЕ/л, диаметр плодного яйца более 4 см [3].

В первый день проводится инъекция #метотрексата\*\* в дозе 50 мг/м<sup>2</sup>

в/м. Проводится контроль уровня бета-ХГЧ на 4 и 7 дни. Если бета-ХГЧ снизится менее, чем на 15% за 4–7 дней, повторно – ТВС и #Метотрексат\*\* 50 мг/м<sup>2</sup>, если есть признаки ВБ. Если бета-ХГЧ уменьшится более, чем на 15% за 4–7 дней, повторяют исследования бета-ХГЧ 1 раз в неделю до уровня менее 15 МЕ/л. Для минимизации побочных эффектов #метотрексата\*\* применяется фолиевая кислота\*\* 5мг в сутки. Применение #метотрексата\*\* не исключает последующее оперативное лечение [32], [33].

Клинический протокол NICE (2019) рекомендует #метотрексат\*\* как лечение первой линии для женщин, которые наблюдаются в клинике (в плановом порядке), что является гарантом тщательного мониторинга и своевременного выявления возможных осложнений при динамическом наблюдении, и у которых [9]: отсутствует значительная боль; прогрессирующая внематочная беременность с диаметром плодного яйца менее 35 мм, без видимых по УЗИ сердцебиений; уровень сывороточного бета-ХГЧ в интервале от 1500 до 5000 МЕ /л; нет маточной беременности (как это было подтверждено на УЗИ).

---

Не рекомендуется назначение #метотрексата\*\* при первом посещении до окончательного подтверждения диагноза ВБ, за исключением случаев, когда диагноз внематочной беременности является установленным и исключена жизнеспособная маточная беременность [7].

Рекомендуется введение иммуноглобулина человека антирезус Rh0(D)\*\* резусотрицательным женщинам с подтвержденной внематочной беременностью согласно инструкции по применению препарата с целью профилактики резусконфликта

У пациенток с резус-отрицательной кровью и прервавшейся ВБ высок риск аллоиммунизации – в 25% в материнской крови обнаруживаются фетальные клетки [7]

# консервативного гемостаза при острых нарушениях в системе гемостаза

Препарат	Доза
Свежезамороженная плазма	15-20 мл/кг массы тела
Фактор свертывания крови VIII**	1 доза на 10 кг массы тела (Доза и длительность проведения терапии зависит от степени дефицита фактора VIII, локализации и тяжести кровотечения, а также от объективного состояния пациента)
Тромбоцитарная масса	1 доза на 10 кг массы тела
Тромбоконцентрат	1 -2 дозы
Концентрат протромбинового комплекса	При остром кровотечении 50 МЕ/ кг, при отсутствии эффекта в течении 20 минут ввести повторно в той же дозе.
Фактор свертывания крови VII**	90-110 мкг/кг, при необходимости повторяется каждые 3 ч
Транексамовая кислота**	15 мг/кг внутривенно с последующей постоянной инфузией до остановки кровотечения

# Реабилитация и

---

В послеоперационном периоде показана консультация врача-физиотерапевта для определения целесообразности и выбора методов реабилитации.

На уровне первичной специализированной медицинской помощи показано выявление женщин группы риска: с инфекциями, передающимися половым путем; операциями на маточных трубах; имеющих в анамнезе внематочную беременность; с хроническими воспалительными заболеваниями придатков матки, с трубноперитонеальным бесплодием