

Трубная беременность

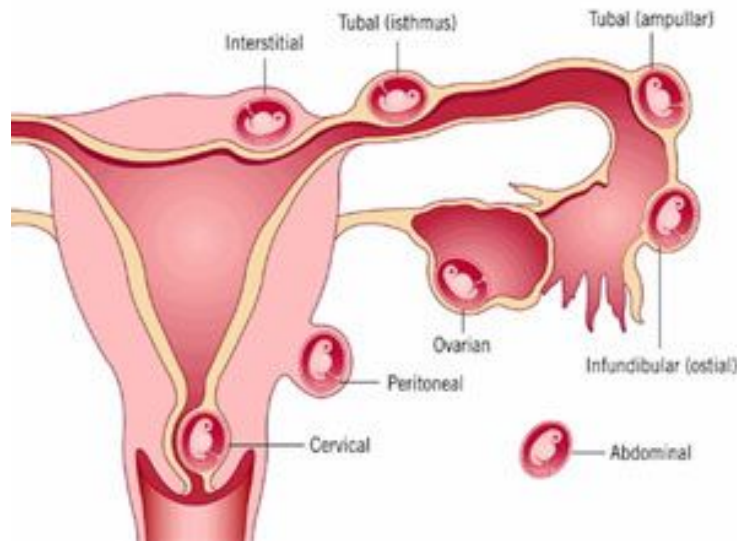
000.1 Трубная беременность.

- (1) Беременность в маточной трубе.
- (2) Разрыв маточной трубы вследствие беременности.
- (3) Трубный аборт

Внематочная (эктопическая) беременность –

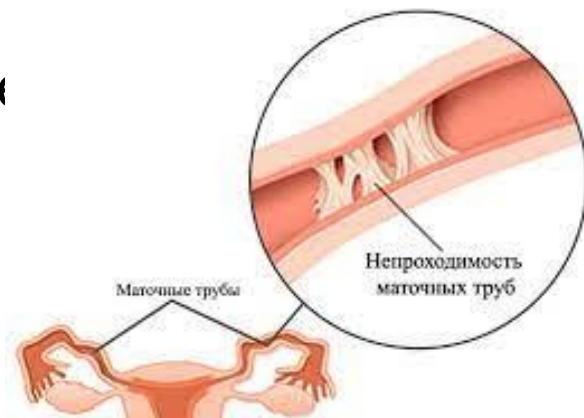
беременность, при которой имплантация плодного яйца произошла вне полости матки.

- **Трубная (интерстициальная, истмическая, ампулярная, фимбриальная) – 98–99%.**
- Плодное яйцо может имплантироваться в ампулярном (43%), истмическом (54%), интерстициальном (3%) отделах.



- **Факторами риска эктопической беременности являются:**

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





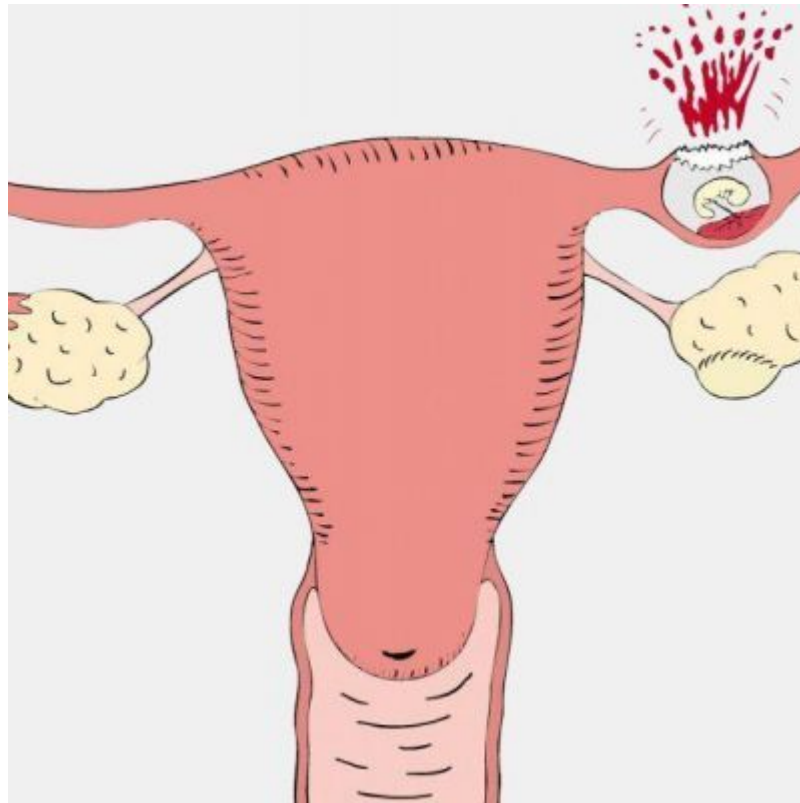
- Веретенообразная маточная труба
- На 4-6 неделе беременности происходит прерывание

при трубной беременности: макропрепарат



- Если разрывается стенка плодovместимости, обращенная в просвет трубы, то плодное яйцо погибает, отслаивается от стенок трубы и вследствие перистальтики постепенно выбрасывается в брюшную полость через ампулярный конец (тубный аборт). Возникает кровотечение. Кровь через трубу поступает в брюшную полость.

Наружный разрыв плодовместилища при трубной беременности



Клиническая классификация внематочной беременности

- **По течению:**
 - 1.Прогрессирующая.
 - 2.Нарушенная
- по типу **трубного «аборта»** (внутреннего разрыва плодоемности);
- по типу **разрыва трубы** (наружного разрыва плодоемности).
- **По наличию осложнений:** Осложненная.
Неосложненная

Диагноз внематочной беременности устанавливается на основании положительного качественного исследования мочи на ХГЧ и/или количественного исследования ХГЧ крови , жалоб, анамнестических данных, физикального обследования, данных УЗИ органов малого таза.

Прогрессирующая трубная беременность .

Внематочная беременность



- -задержка менструации,
- -нагрубание молочных желез
- -цианоз слизистой влагалища и шейки матки
- -Размеры матки не соответствуют предполагаемому сроку беременности
- -боль внизу живота
- -живот мягкий, безболезненный;
- -PV:Опухолевидное образование или тестоватость в области придатков(это м.б. яичник , увеличенный за счет желтого тела)
- -скудные кровянистые выделения (можно принять за менструацию)

Разрыв трубы

- Внезапная боль внизу живота, иногда френикус симптом
- Холодный пот
- Снижение АД, учащение P_s
- Потеря сознания
- Тошнота
- Бледность кожных покровов, цианоз лица
- Живот болезненный при пальпации больше со стороны разрыва
- Симптом Щеткина слабо+
- Притупление звука в отлогих местах
- P_V: незначительные кровянистые выделения, матка слегка увеличена, размягчена, подвижна («плавает»), пальпируется болезненное опухолевидное образование . Уплотнение или выпячивание заднего свода. «Крик Дугласа»

Трубный аборт

- Приступообразная боль внизу живота(чаще –на стороне «беременной»трубы)
- Кровянистые выделения
- Кратковременные обморочные состояния
- PV: Пальпируется слегка увеличенная мягковатая консистенции матка и опухолевидное образование в области придатков, болезненное при пальпации и ограниченное в подвижности. Уплотнение бокового и заднего сводов влагалища. Болезненность при смещении ш/м кпереди и при пальпации заднего свода слабее.
- Возможно образование перитубарной или заматочной гематомы, гемоперитонеум(френикус-симптом)

- При прервавшейся трубной беременности по типу трубного аборта возможна **атипическая клиническая картина** – стертость клинических симптомов: медленное развитие клиники прерывания беременности, отсутствие острого начала заболевания.

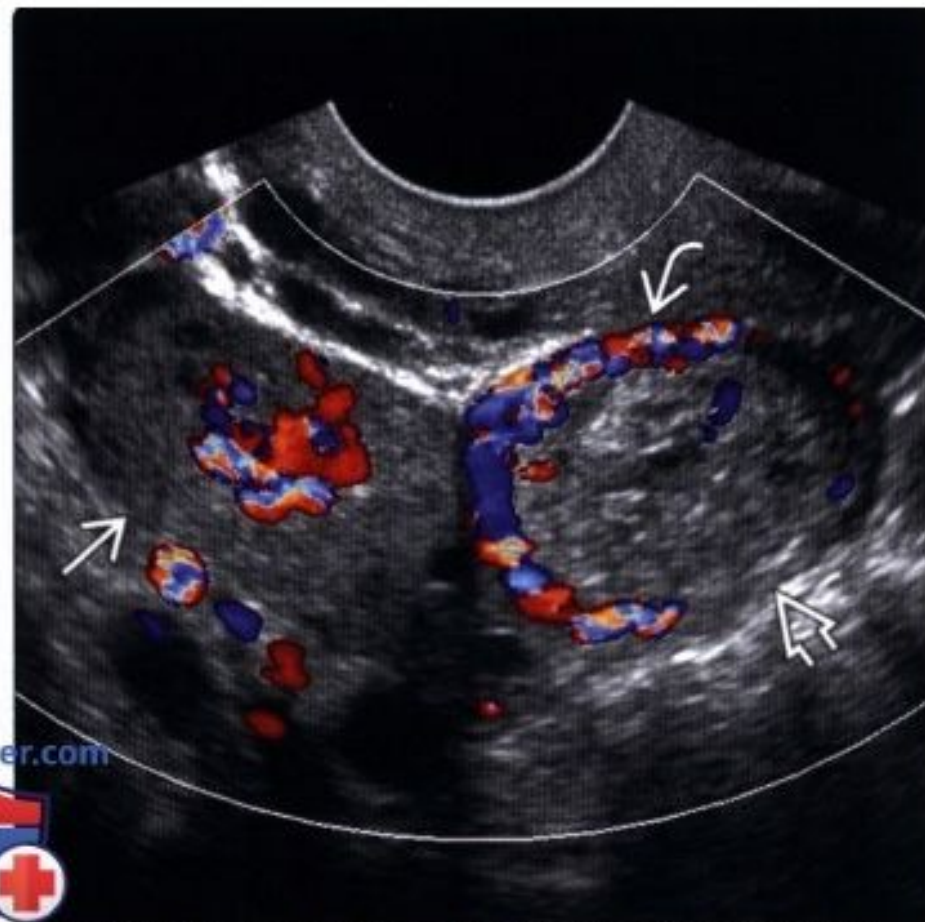
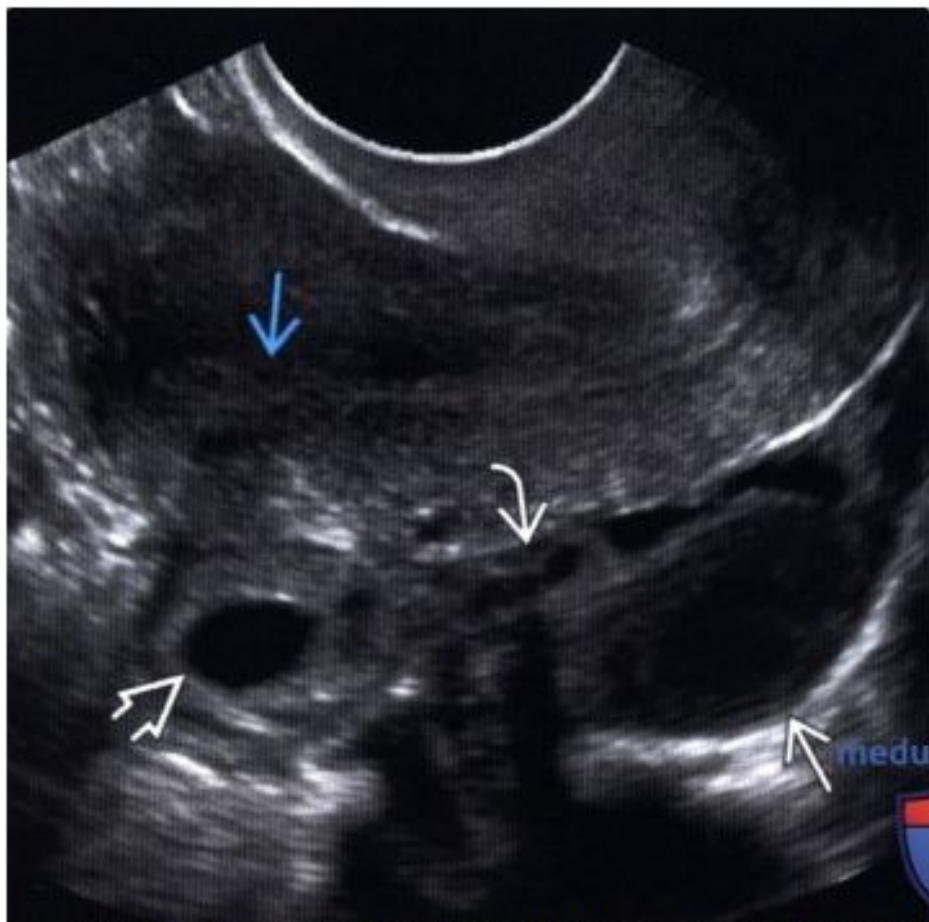
Лабораторные диагностические исследования

- При уровне бета-ХГЧ менее 1000 МЕ/л рекомендовано повторное исследование уровня бета-ХГЧ в крови через 48 часов **при стабильном состоянии пациентки.**

- В норме прирост бета-ХГЧ каждые 48 часов при маточной беременности составляет более 50%
- Только 17% ВБ имеют прирост бета-ХГЧ в сыворотке крови, как при нормальной маточной беременности
- Недостаточный прирост бета-ХГЧ может иметь место и при неразвивающейся маточной беременности

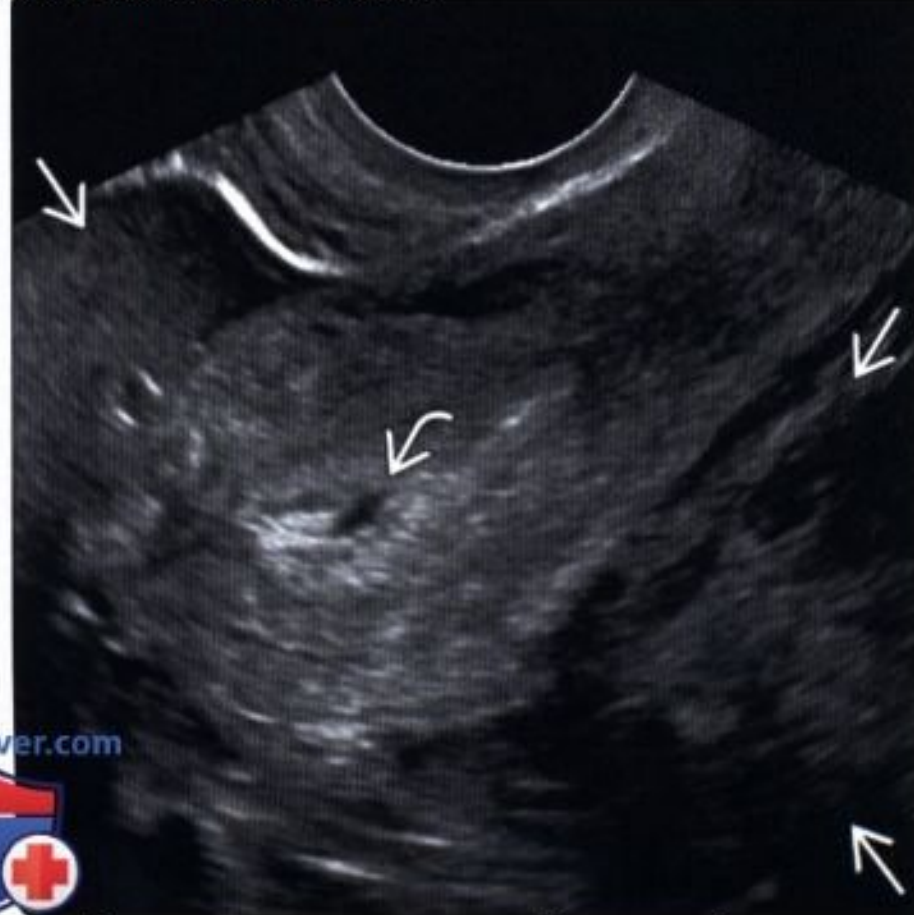
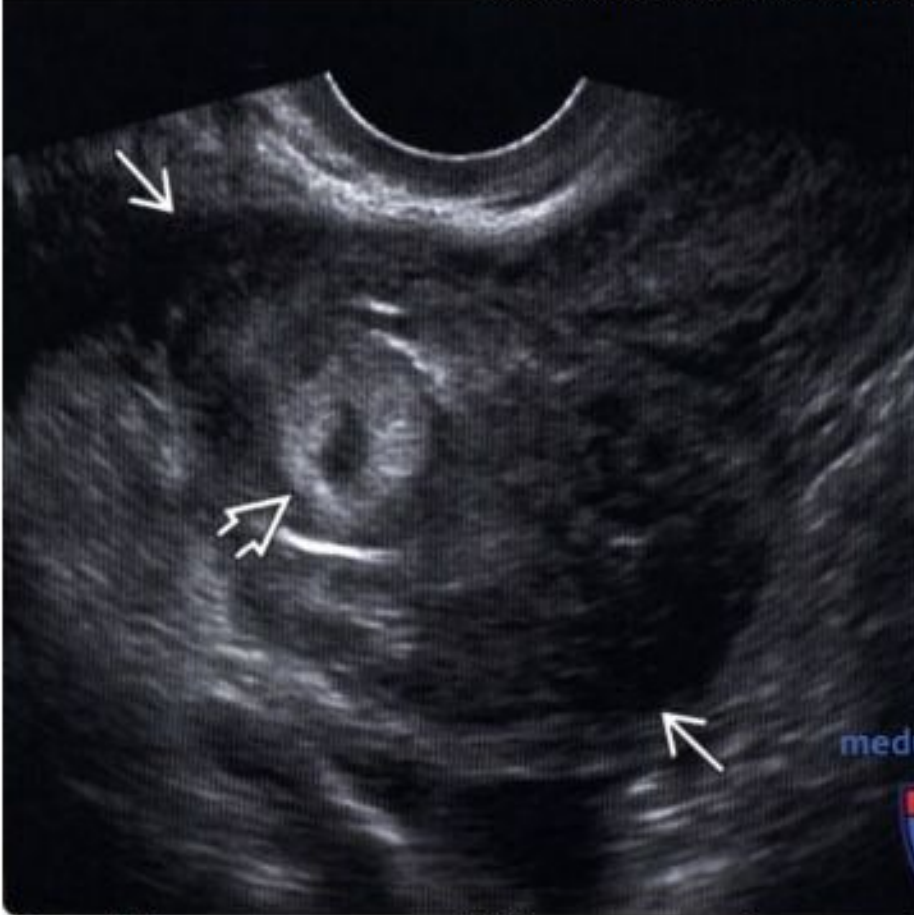
Инструментальные диагностические исследования

- При осмотре в зеркалах определяется цианотичность шейки матки, наличие кровянистых выделений (скудные, умеренные, обильные).
- **УЗИ:** Трубная беременность может быть диагностирована, если в области придатков визуализируется объемное образование, которое при влагалищном ультразвуковом исследовании сдвигается отдельно от яичника
- Отсутствие плодного яйца в полости матки; увеличение придатков матки или скопление жидкости позади матки;



(Слева) Трансвагинальное УЗИ в сагиттальной плоскости: визуализируется пустая полость матки и экзогенное кольцевидное образование, расположенное рядом с яичником, имеющим желтое тело с кровоизлиянием. Обратите внимание на небольшое скопление эхогенной жидкости в малом тазу.

(Справа) Трансвагинальная цветовая доплерография в поперечной плоскости: визуализируется экзогенное округлое объемное образование вблизи и независимо от правого яичника с кольцом кровотока, называемым «огненное кольцо» эктопической беременности (ЭБ).



meduniver.com



(Слева) Трансвагинальное УЗИ в поперечной плоскости: определяется гетерогенное объемное образование в области правых придатков матки, которое соответствует кровяному сгустку, окружающему экзогенное трубное кольцо.

(Справа) Трансвагинальное УЗИ в сагиттальной плоскости: у пациентки с эктопической беременностью (ЭБ) и разрывом трубы визуализируется большое скопление эхогенной жидкости, окружающей матку, что указывает на наличие кровяных сгустков. Обратите внимание на наличие в матке небольшого ложного плодного яйца.

Ак
что

Дифференциальная диагностика

- Рекомендуется проведение дифференциальной диагностики прервавшейся трубной беременности (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

- Во избежание ошибок (ранняя беременность или имплантация в трубные углы полости матки), результаты УЗИ в двух измерениях, по возможности, дополнить трехмерным УЗИ

- **Любая форма внематочной беременности, а также подозрение на наличие ее требует наблюдения и лечения в условиях стационара**

Хирургическое лечение трубной беременности

- Рекомендуется проведение хирургического лечения трубной беременности лапароскопическим или лапаротомным доступами для достижения излечения . **Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2)**

- 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

- При наличии геморрагического шока целесообразно выполнить **лапаротомию**, как метод, способствующий более быстрой остановке кровотечения.

Сальпингэктомию

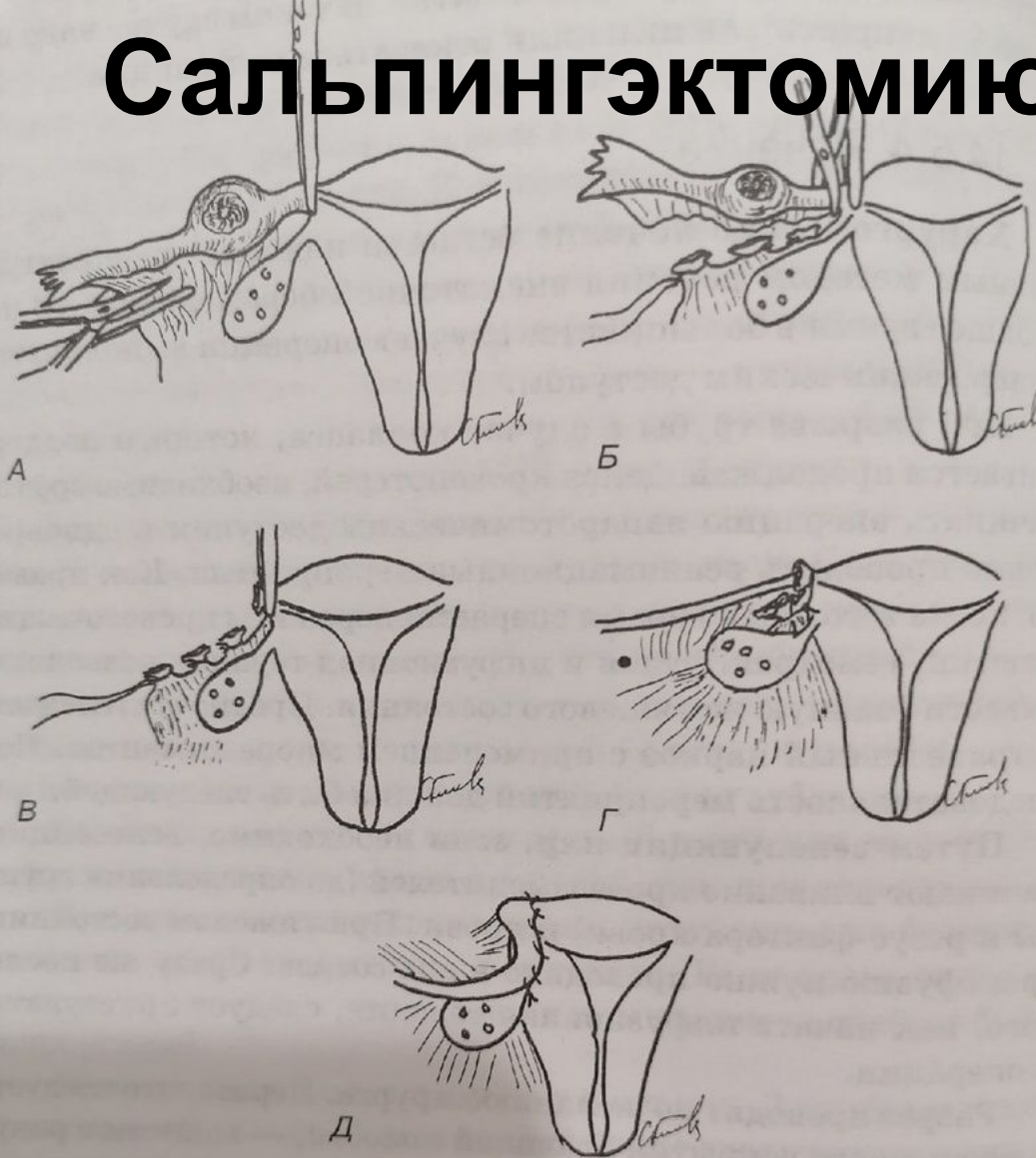


Рис. 14.6. Сальпингэктомия:

А — наложение зажимов на маточный конец трубы и брыжейку трубы;
Б — отсечение трубы от матки; В — труба удалена; Г — связывание культей
брыжейки и маточного конца трубы; Д — перитонизация за счет круглой
связки

- **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 плодоемности,
- 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.

- 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.
- 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

Рекомендации по оценке соотношения уровня β -ХГЧ и результатов УЗИ у клинически стабильных пациенток (Good practice points, Queensland Clinical Guidelines, 2014) [4].

β-ХГЧ и ТВС	Тактика
бета-ХГЧ менее 2000 ЕД/л	Повторить трансвагинальное сканирование (ТВС) и определить уровень бета-ХГЧ через 48–72 часа
бета-ХГЧ более 2000 ЕД/л и ТВС: в матке беременности нет, увеличение придатков и/или свободная жидкость в брюшной полости	Высокая вероятность внематочной беременности
бета-ХГЧ более 2000 ЕД/л и ТВС: в матке беременности нет, в брюшной полости патологических изменений не обнаружено	Повторить ТВС и бета-ХГЧ через 48–72 часа
Снижение или малый прирост β -ХГЧ (диагностически незначимый)	Беременность не прогрессирует (маточная или внематочная) Обеспечить надлежащее обследование для уточнения диагноза и последующих мер для элиминации беременности

Консервативное лечение трубной беременности.

- Рекомендуется с целью консервативного лечения 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 .
- **Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1).**

- 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 органосохраняющей 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

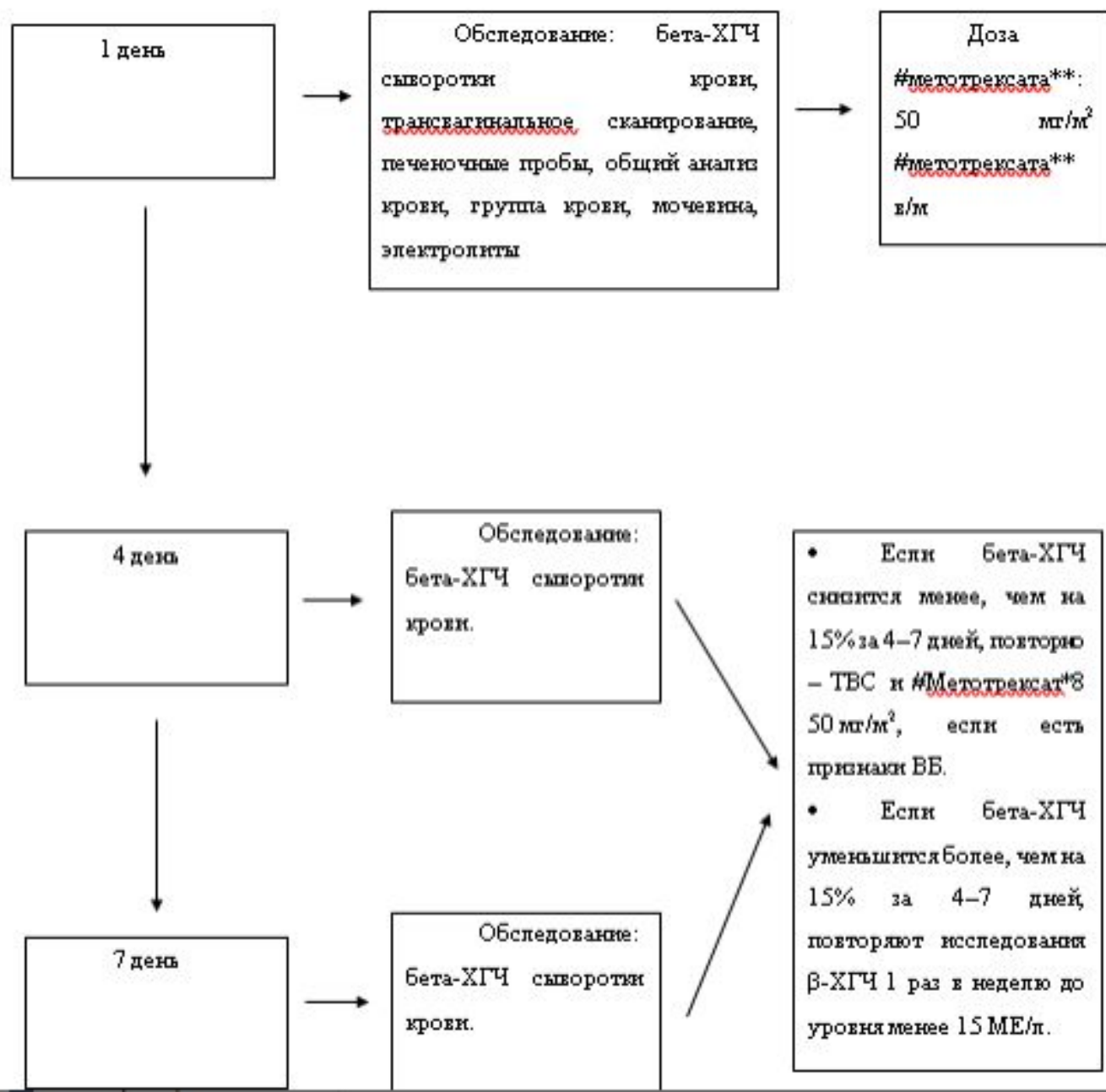
Противопоказания к назначению метотрексата:

- 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.

- 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.**

- В первый день проводится инъекция метотрексата в дозе 50 мг/м² 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/м², 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

Алгоритм однократной дозы применения #метотрексата** (RCOG (2016))



Клинический протокол NICE (2019)

- 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 :
 - 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).

Организация оказания медицинской помощи

1. Все пациентки с диагнозом «подозрение на ВБ» должны быть эвакуированы бригадой скорой помощи. Не допускается самостоятельная транспортировка.
2. При выявлении на догоспитальном этапе геморрагического шока следует своевременно оповестить стационар, куда пациентка будет госпитализирована для подготовки к хирургическому лечению и проведению интенсивной терапии.
3. При тяжелом состоянии пациентки, обусловленном геморрагическим шоком, необходимо госпитализировать пациентку в ближайшее хирургическое отделение.
4. При поступлении в стационар при наличии геморрагического шока пациентка должна быть транспортирована в операционный блок
5. При поступлении в стационар обязательный алгоритм обследования в экстренном порядке согласно приказу Минздрава России от 1 ноября 2012 г. №572 н[1] (общий анализ крови, определение антител к *Treponema pallidum*, ВИЧ, HBsAg, HCV, коагулограмма, биохимический анализ крови, группа крови и резусфактор, кровь на бета-ХГЧ, ЭКГ (при отсутствии массивного кровотечения), общий анализ мочи).

Оценка основных лабораторных параметров для экстренной

Параметр	Норма при острой кровопотере	Критические изменения
Гемоглобин	70-90 г/л	Менее 70 г/л
Количество тромбоцитов	150- 350 тыс в мкл	менее 50 тыс. в мкл
Концентрация фибриногена	2-4 г/л	Критическое снижение – менее 2,0 г/л
МНО – международное нормализованное отношение	1,0 – 1,3	Критическое увеличение – более 1,5 от нормы
Активированное парциальное (частичное) тромбопластиновое время – АПТВ, АЧТВ	28-32 с	Критическое увеличение – более чем в 1,5-2 раза выше нормы
Продукты деградации фибрина-фибриногена ПДФФ (D-димер)		Увеличение
Тромбоэластография	Гиперкоагуляция	Гипокоагуляция

Шкала диагностики явного (с кровотечением) ДВС-синдрома

Показатель	Баллы
Количество тромбоцитов более $100 \cdot 10^9$ 50- $100 \cdot 10^9$ менее $50 \cdot 10^9$	0 1 2
Растворимые мономеры фибрина/продукты деградации фибрина Нет увеличения Умеренное увеличение Значительное увеличение	0 2 3
Увеличение протромбинового времени Менее чем на 3 с От 3 до 6 с Более чем на 6 с	0 1 2
Фибриноген Более 1 г/л Менее 1 г/л	0 1
Сумма баллов более 5 – явный ДВС-синдром	

На догоспитальном этапе необходимо выполнить:

- Клиническая оценка кровопотери (цвет и температура кожного покрова, нарушения микроциркуляции, слизистых, АД, ЧСС).
- Катетеризация периферической вены и начало инфузионной терапии: кристаллоиды (по АТХ – Растворы, влияющие на водно-электролитный баланс) 500 мл .
- При исходной артериальной гипотонии (АД сист менее 90 мм рт. ст.) не рекомендуется до остановки кровотечения повышать АД выше 100 мм рт. ст.
- При тяжелом геморрагическом шоке и неэффективности инфузионной терапии (нет подъема АД) допустимо использование минимальных доз вазопрессоров (по АТХ - Адрено- и допаминомиметики).
- Гемостатическая терапия включает введение внутривенно 1 г транексамовой кислоты** при подозрении или диагностике массивной кровопотери и геморрагического шока .
- Необходимо обеспечить ингаляцию кислорода или, по показаниям, проведение ИВЛ.
- Медицинская эвакуация в стационар осуществляется на каталке

При поступлении в приемный покой стационара:

- Выполняются все мероприятия, указанные выше (при невыполнении на догоспитальном этапе).
- Пациентке с внутренним кровотечением (или подозрением на кровотечение) необходимо максимально быстро провести клиническое, лабораторное (эритроциты, гемоглобин, АПТВ, МНО, фибриноген, тромбоциты, ТЭГ) и функциональное (УЗИ) исследования для оценки тяжести кровопотери и определить необходимость хирургического лечения.
- При тяжелом состоянии пациентки – геморрагическом шоке (III и IV степени кровопотери) - все исследования проводятся в условиях операционной и одновременно с проводимой интенсивной терапией.

«Контроль за повреждением»

- При геморрагическом шоке тяжелой степени и технических трудностях хирургического гемостаза необходимо использовать принцип **«контроля за повреждением»** («damage control surgery»), который включает в себя следующие этапы:
 - **1 этап**- врач акушер-гинеколог, врач - хирург: после выполнения лапаротомии кровотечение останавливается любым способом: сдавлением, наложением зажимов, лигатур, тампонадой и даже пережатием аорты.
 - **2 этап** – врач анестезиолог-реаниматолог: стабилизация основных функций организма, что происходит существенно быстрее и эффективнее, чем в условиях продолжающегося кровотечения.
 - **3 этап** - после ликвидации шока врач акушер-гинеколог уже в стабильной клинической ситуации обеспечивает необходимый для данного случая хирургический гемостаз