

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
"Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-
Ясенецкого" Министерства здравоохранения Российской Федерации

РЕЦЕНЗИЯ НА РЕФЕРАТ

Кафедра Акушерства и гинекологии ИПО

Рецензия КМН, доцента кафедры акушерства и гинекологии ИПО Шапошниковой Екатерины Викторовны на реферат клинического ординатора второго года обучения по специальности «Акушерство и гинекология» Локтионовой Юлии Игоревны по теме «Внематочная (эктопическая) беременность».

Несмотря на серьёзные достижения в диагностике и лечении гинекологических заболеваний, проблема внематочной (эктопической) беременности сохраняет свою актуальность в современных условиях. ВМБ является одним из основных неотложных состояний в гинекологической практике, служит частой причиной нарушения репродуктивного здоровья женщины. Внематочная беременность занимает одно из ведущих мест в структуре материнской смертности при беременности в I триместре. Не менее половины экстренных оперативных вмешательств в гинекологической практике занимают операции, связанные с прервавшейся внематочной беременностью. В России эта патология стабильно занимает 5–6-е место в структуре материнской смертности.

Содержание реферата в полной мере отражает значимость и актуальность темы.

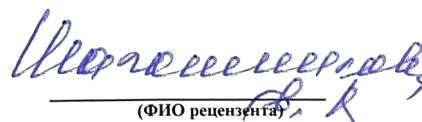
Основные оценочные критерии

№	Оценочный критерий	положительный/отрицательный
1.	Структурированность	+
2.	Актуальность	+
3.	Соответствие текста реферата его теме	+
4.	Владение терминологией	+
5.	Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	+
6.	Логичность доказательной базы	+
7.	Умение аргументировать основные положения и выводы	+
8.	Источники литературы (не старше 5 лет)	+
9.	Наличие общего вывода по теме	+
10.	Итоговая оценка	5 баллов

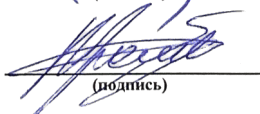
Дата: «11» сент. 2019 год

Подпись рецензента


(подпись)


(ФИО рецензента)

Подпись ординатора


(подпись)


(ФИО ординатора)

Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования "Красноярский государственный
медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого"
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Зав. кафедрой: д.м.н., профессор



Базина М.И.

Реферат на тему: Внематочная (эктопическая) беременность

Выполнила: ординатор 2-го года
кафедры акушерства и гинекологии ИПО

Локтионова Ю.И

Красноярск, 2019 г.

Содержание

1. Введение.....	
2. Актуальность.....	
3. Определение, классификация.....	
4. Анатомическая классификация и частота вариантов внематочной беременности.....	
5. Клиническая классификация внематочной беременности.....	
6. Факторы риска внематочной беременности.....	
7. Диагностика внематочной беременности.....	
8. Дифференциальная диагностика внематочной беременности.....	
9. Клиническая картина внематочной беременности.....	
10. Маршрутизация.....	
11. Лечение внематочной беременности.....	
12. Реабилитация.....	
13. Профилактика.....	
14. Заключение.....	
15. Список использованной литературы.....	

Введение

Несмотря на серьёзные достижения в диагностике и лечении гинекологических заболеваний, проблема внематочной (эктопической) беременности сохраняет свою актуальность в современных условиях.

ВМБ является одним из основных неотложных состояний в гинекологической практике, служит частой причиной нарушения репродуктивного здоровья женщины. Внематочная беременность занимает одно из ведущих мест в структуре материнской смертности при беременности в I триместре. Не менее половины экстренных оперативных вмешательств в гинекологической практике занимают операции, связанные с прервавшейся внематочной беременностью. В России эта патология стабильно занимает 5–6-е место в структуре материнской смертности.

Актуальность

В России в 2014 году смертность от внематочной беременности составила 1%, а в 2015 году возросла в 3,6 раза, составив 3,6%. Ранняя диагностика и своевременное лечение ВБ снижает показатель материнской смертности. Кроме того, ранняя диагностика позволяет использование малоинвазивных и органосохраняющих методов лечения.

Определение, классификация

Внематочная (эктопическая) беременность (ВБ) - имплантация плодного яйца вне полости матки (например, в маточных трубах, шейке матки, яичниках, брюшной полости).

Классификация (МКБ-10)

О Абдоминальная (брюшная) беременность.

00.0

О Трубная беременность.

00.1

(1) Беременность в маточной трубе.

(2) Разрыв маточной трубы вследствие беременности.

(3) Трубный аборт.

О Яичниковая беременность.

00.2

О Другие формы внематочной беременности.

00.8

(1) Шеечная.

(2) В роге матки.

(3) Интралигаментарная.

(4) Стеночная.

О Внематочная беременность неуточненная.

00.9

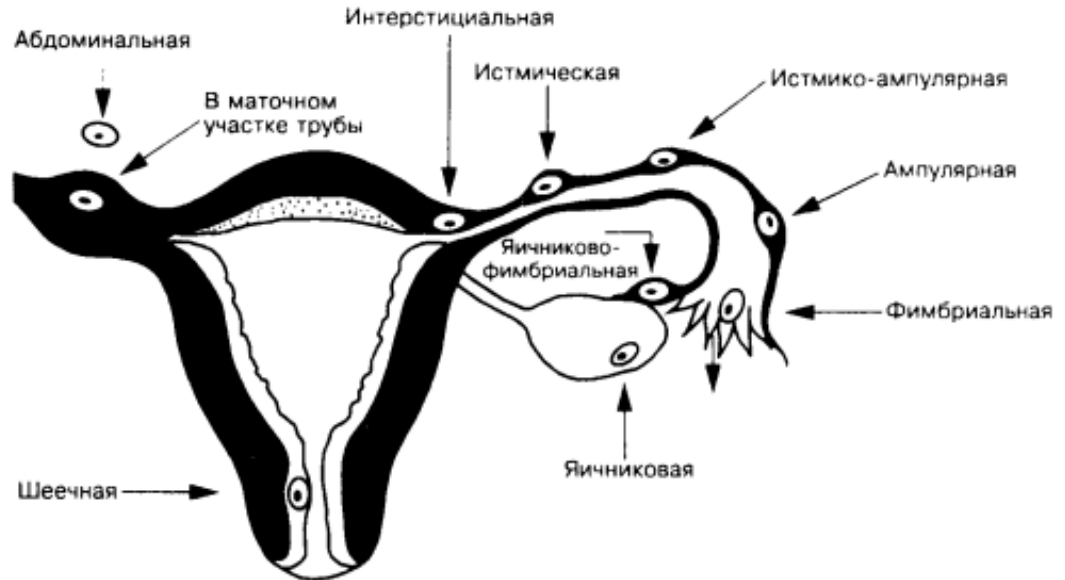


Рис.1. Классификация внематочной беременности

Осложненные формы ([МКБ-10](#)):

- О 08.0 Инфекция половых путей и тазовых органов, вызванная абортom, внематочной и молярной беременностью.
- О 08.1 Длительное или массивное кровотечение, вызванное абортom, внематочной и молярной беременностью.
- О 08.2 Эмболия, вызванная абортom, внематочной и молярной беременностью.
- О 08.3 Шок, вызванный абортom, внематочной и молярной беременностью.
- О 08.4 Почечная недостаточность, вызванная абортom, внематочной и молярной беременностью.
- О 08.5 Нарушения обмена веществ, вызванные абортom, внематочной и молярной беременностью.
- О 08.6 Повреждения тазовых органов и тканей, вызванные абортom, внематочной и молярной беременностью.
- О 08.7 Другие венозные осложнения, вызванные абортom, внематочной и молярной беременностью.
- О 08.8 Другие осложнения, вызванные абортom, внематочной и молярной беременностью.

О 08.9 Осложнение, вызванное абортом, внематочной и молярной беременностью, неуточненное.

Анатомическая классификация и частота вариантов ВБ

- 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 30000 беременностей).
- Беременность в рубце после кесарева сечения - встречается редко, частота на данный момент не определена.

Частота внутрубарной эктопической беременности достигает 5-8,3% из числа всех внематочных беременностей, а течение характеризуется массивным кровотечением нередко с фатальным исходом. Согласно номенклатуре терминов Европейского общества репродукции человека (ESHRE, 2005) и клиническим рекомендациям (протоколу лечения) "Выкидыш в ранние сроки беременности", утвержденным Минздравом России и РОАГ (2016), при отсутствии УЗИ-признаков маточной или внематочной беременности при положительном ХГЧ-тесте следует ставить диагноз "Беременность неизвестной (неясной) локализации".

"Беременность неизвестной локализации"- состояние, при котором уровень b-ХГЧ составляет не менее 1000 МЕ/л, а плодное яйцо в матке вне её полости при трансвагинальном УЗИ не визуализируется- пациенткам показаны трансвагинальное УЗИ и контроль сывороточного b-ХГЧ через 48-72 часа.

NB! При беременности неизвестной локализации должна быть высокая настороженность в отношении внематочной беременности.

Клиническая классификация внематочной беременности

По течению:

- Прогрессирующая.
- Нарушенная.

По наличию осложнений:

- Осложненная.
- Неосложненная.

Факторы риска внематочной беременности

N	Фактор	Кратность увеличения риска
1	Операции на маточных трубах в анамнезе	21.0
2	Стерилизация	9.3
3	Эктопические беременности в анамнезе	8.3
4	Внутриматочная контрацепция	5.0
5	Воспалительные заболевания органов малого таза в анамнезе	3.4
6	Бесплодие 2 года и более	2.7
7	Возраст матери:	
	- более 40 лет	2.9
	- 35-39 лет	1.4
8	Курение:	
	20 сигарет в день	3.9
	10-19 сигарет в день	3.1
	1-9 сигарет в день	1.7
	Бросившие курить	1.5

Критерии, на основании которых врачу следует заподозрить внематочную беременность:

- содержание б-ХГЧ в сыворотке крови 1000-2000 МЕ/л;
- при трансвагинальном УЗИ плодное яйцо в матке не визуализируется;
- абдоминальный болевой синдром в сочетании с положительным результатом теста на беременность в моче.

Диагностика внематочной беременности

1. Клиническая картина: клиника "острого живота"; боли внизу живота на фоне нарушений менструального цикла - после задержки менструации - мажущие кровянистые выделения.

2. Идентификация плодного яйца с помощью методов визуализации:

- УЗИ-признаки внематочной беременности: отсутствие плодного яйца в полости матки; увеличение придатков матки или скопление жидкости позади матки; признаки гравидарной гиперплазии эндометрия (обнаружение эктопически расположенного эмбриона является важным, но редким диагностическим признаком).
- Трансвагинальное УЗИ является методом выбора для диагностики трубной внематочной беременности (уровень доказательности B).
- Трубная беременность должна быть диагностирована, если в области придатков визуализируется объемное образование, которое сдвигается отдельно от яичника (уровень доказательности D).
- УЗИ-критерии для диагностики шеечной внематочной беременности: пустая матка, бочкообразная шейка матки, плодное яйцо ниже уровня внутреннего зева шейки матки, при УЗИ с цветным доплеровским картированием - отсутствие кровотока вокруг плодного мешка (уровень доказательности D).
- УЗИ-критерии для диагностики беременности 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 (уровень доказательности D).
- УЗИ-критерии для диагностики интерстициальной беременности: пустая полость матки, плодное яйцо располагается снаружи в интерстициальной (интрамуральной) части трубы и окружено миометрием толщиной менее 5 мм. Во избежание ошибок (ранняя беременность или имплантация в боковые углы полости матки), результаты УЗИ в двух измерениях, по возможности, дополнить трехмерным УЗИ. В диагностике интерстициальной беременности может быть полезна магнитно-резонансная томография (МРТ) (уровень доказательности D).
- УЗИ является основным методом диагностики брюшной беременности (трансабдоминальное) и беременности в рубце после кесарева сечения (трансвагинальное, если потребуется, - трансабдоминальное). МРТ может быть использована в качестве второй линии диагностики, если диагноз при УЗИ неоднозначен и врач имеет опыт такой диагностики (уровень доказательности D).
- При гетеротопической беременности имеются УЗИ-признаки как маточной, так и эктопической беременности (уровень доказательности D).
- Для диагностики яичниковой беременности специфических УЗИ-критериев нет (уровень доказательности D).

3. Оценка β-ХГЧ:

- Положительный мочевой тест на беременность. **NB!** В-ХГЧ сыворотки крови является единственным биохимическим маркером для диагностики ВБ.
- Количественная оценка динамики уровня Внематочная (эктопическая) беременность. Клинические рекомендации-ХГЧ. В норме прирост Внематочная (эктопическая) беременность. Клинические рекомендации-ХГЧ каждые 48 часов при маточной беременности составляет более 50% (в среднем 63-66%). Только 17% ВБ имеют прирост Внематочная (эктопическая) беременность. Клинические рекомендации-ХГЧ в сыворотке крови, как при нормальной маточной беременности (уровень доказательности ПА).
- Снижение или малый прирост -ХГЧ (диагностически незначимый) (ниже 53%) в сочетании с отсутствием беременности в полости матки на УЗИ свидетельствует о ВБ.
- Недостаточный прирост -ХГЧ может иметь место и при неразвивающейся маточной беременности.
- Уровень В-ХГЧ имеет ограниченное значение в диагностике гетеротопической беременности (сочетание маточной и внематочной).

NB! Для постановки диагноза ВБ **не показано** исследование уровня прогестерона в сыворотке крови.

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

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

Дифференциальная диагностика внематочной беременности

Внематочную беременность следует дифференцировать с:

1. Маточным абортом при малом сроке беременности;
2. Обострением хронического сальпингоофорита или с острым воспалением придатков — при воспалении боль нарастает постепенно, сопровождается повышением температуры, нет признаков внутреннего кровотечения, цвет кровянистых выделений имеет яркий оттенок;
3. Дисфункциональным маточным кровотечением репродуктивного периода;
4. Перекрутом ножки опухоли или кисты яичника, но при этих заболеваниях в анамнезе есть указания на наличие опухоли или кисты яичника, отсутствуют задержка менструации и другие признаки беременности, признаки внутреннего кровотечения;
5. Апоплексией яичника, но у больных, как правило не бывает задержки менструации, а заболевание наступает в дни, близкие к овуляции или перед очередной менструацией, нет признаков беременности;
6. Острым аппендицитом;
7. Холециститом, колитом, мочекаменной болезнью.

Разрыв маточной трубы дифференцируют с:

1. Маточным абортом, разграничить эти два состояния позволяют наличие симптомов резкой анемизации при отсутствии наружного кровотечения, притупление перкуторного звука в отлогих частях живота, при гинекологическом исследовании — нависание влагалищных сводов, несоответствие размеров матки сроку предполагаемой беременности. Кроме того, при аборте выделения ярко-красного цвета, боли схваткообразные или тянущие;
2. Апоплексией яичника;
3. Перекрутом ножки опухоли или кисты яичника, но тут нет притупления перкуторного звука и нависания влагалищных сводов;
4. Аппендицитом с прободением червеобразного отростка или кишечной непроходимостью;
5. Травмами печени и селезенки.

Клиническая картина внематочной беременности

Клиническое течение	Симптоматика
По типу разрыва плодовместилища	Резкое начало Боли в животе - выражены Симптомы раздражения брюшины - резко положительны Нависание сводов влагалища - выражено Резкая болезненность при смещении шейки матки Клиника геморрагического шока
По типу аборта	Боли в животе слабо выражены/отсутствуют Симптомы раздражения брюшины слабо положительны/отсутствуют
ВБ шеечной локализации	Отсутствие кровяных выделений из половых путей Скудные кровяные выделения из половых путей Обильные кровяные выделения из половых путей (профузное кровотечение, клиника геморрагического шока) Болевой синдром отсутствует во всех случаях
Случаи беременности неизвестной локализации	Уровень В-ХГЧ 1000-1500 МЕ/л при отсутствии визуализации плодного яйца трансвагинальным датчиком

Маршрутизация

1. Все пациентки с диагнозом "подозрение на ВБ" должны быть госпитализированы бригадой скорой помощи. Не допускается самостоятельная транспортировка.
2. Пациентки с диагнозом ВБ госпитализируются в гинекологическое отделение бригадой скорой помощи. При наличии геморрагического шока во время транспортировки медицинский персонал стационара о поступлении больной должен быть уведомлен заранее.
3. При тяжелом состоянии больной, обусловленном геморрагическим шоком, пациентка должна быть госпитализирована в ближайшее хирургическое отделение.
4. Любая форма прогрессирующей внематочной ВБ должна быть госпитализирована в стационар 3-й группы бригадой скорой помощи.
5. При поступлении в стационар при наличии геморрагического шока пациентка должна быть транспортирована в оперблок.

6. При подозрении на ВБ шеечной локализации осмотр на кресле проводится в условиях развернутой операционной (на доклиническом этапе и в приемном отделении не проводится).

7. При поступлении в стационар обязательный алгоритм обследования в экстренном порядке согласно приказу Минздрава России от 1 ноября 2012 г. N 572н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)"

Лечение внематочной беременности

Эффективность лечения определяется:

- Постановкой диагноза ВБ на малых сроках (УЗИ и уровень В-ХГЧ).
- Предпочтением использования лапароскопического доступа по сравнению с лапаротомией.

1. Хирургическое лечение - основной метод лечения при любой форме нарушенной ВБ, а также при прогрессирующей абдоминальной, яичниковой беременности, при эктопической беременности в интерстициальном отделе маточной трубы и рудиментарном роге матки.

- **радикальное** (с удалением плодного яйца вместе с плодовместилищем);
- **органосохраняющее** (удаление плодного яйца с оставлением плодовместилища).

Из органосохраняющих операций при внематочной беременности на сегодняшний день применяются:

- Милкинг (от англ. - milking) - удаление плодного яйца через фимбриальный отдел трубы при ненарушенной внематочной беременности либо при нарушенной по типу трубного аборта

- Сальпинготомия - рассечение маточной трубы с удалением плодного яйца также при ненарушенной внематочной беременности (рис. 2). Показания и условия к сальпинготомии: отсутствие разрыва стенки плодовместилища, отсутствие геморрагического шока, необходимость сохранения репродуктивной функции.

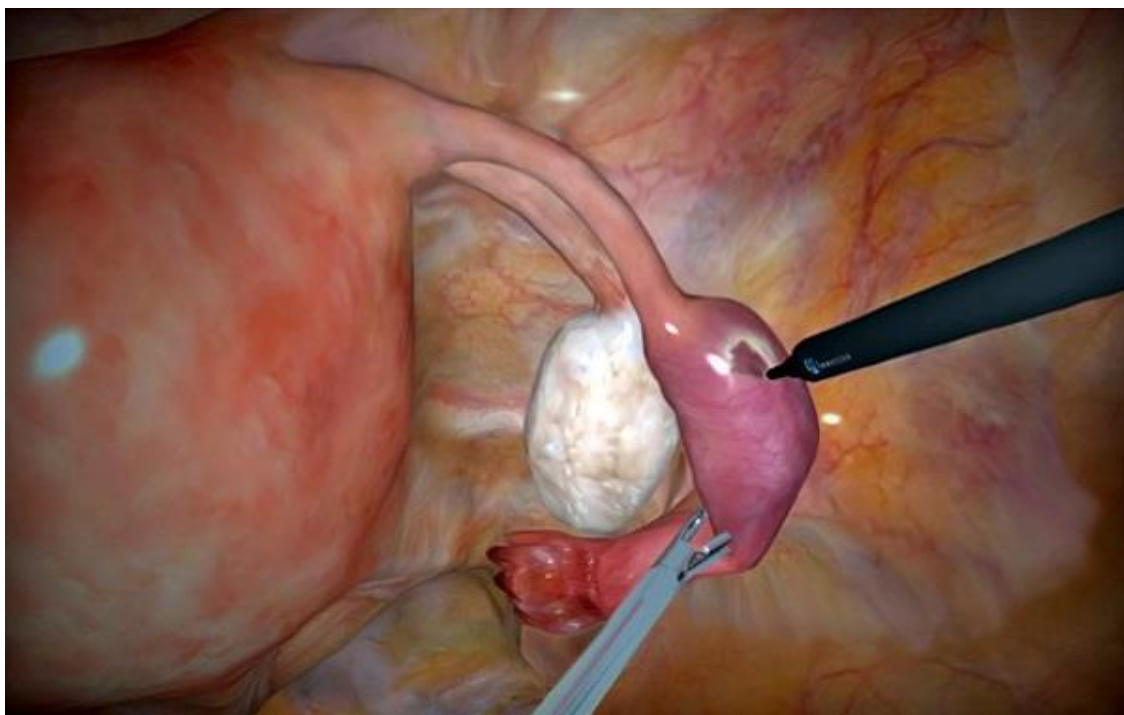


Рис2. Сальпинготомия

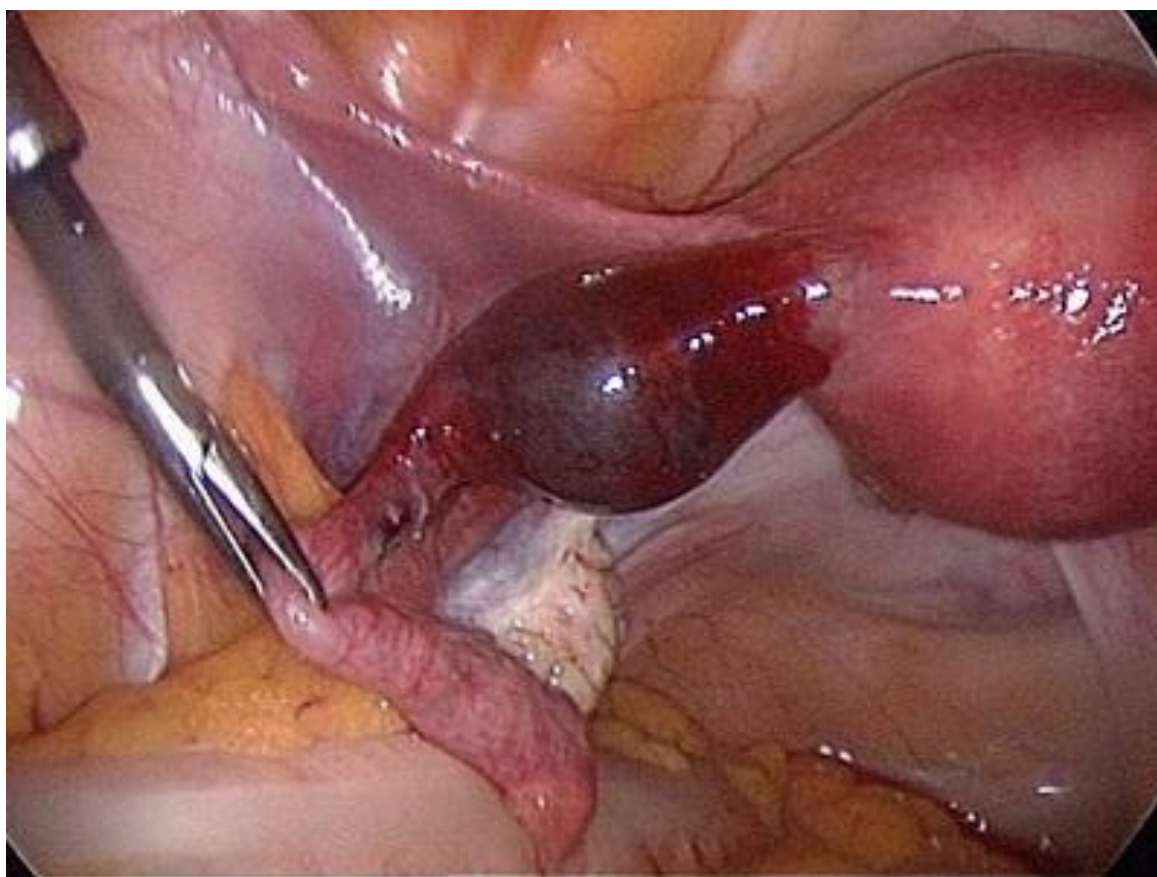


Рис.3. Вид левосторонней внематочной беременности во время лапароскопии.

Хирургическое лечение внематочной эктопической беременности

1. При овариальной беременности – аднексэктомия, овариозэктомия, резекция яичника (в зависимости от локализации и степени деструктивных изменений).
2. При беременности в рудиментарном роге или интерстициальном отделе маточной трубы:
 - клиновидная резекция угла матки (при необходимости сохранения фертильности) лапаротомическим или лапароскопическим доступом с последующей реконструкцией матки (иногда в сочетании с сальпингэктомией на пораженной стороне);
 - удаление рудиментарного рога (при необходимости сохранения фертильности);
 - при обширном повреждении матки – экстирпация матки.
3. При беременности в интерстициальной части маточной трубы при отсутствии чрезмерного кровотечения возможна гистерорезектоскопия под контролем лапароскопии.
4. В ряде случаев при отсутствии чрезмерного кровотечения при необходимости сохранить репродуктивную функцию как метод лечения интерстициальной беременности может быть рассмотрен вопрос о гистеротомии (лапаротомическим или лапароскопическим доступом) с удалением плодместилища (в т.ч. кюретаж, вакуум-эвакуация) с послеоперационным исследованием уровня β -ХГЧ в динамике.
5. При беременности в рубце на матке могут быть выполнены как органосохраняющая (удаление плодместилища с иссечением рубца, пластикой стенки матки (при необходимости сохранения фертильности), так и органосохраняющая – гистерэктомия (при незаинтересованности в дальнейших беременностях) операции.
6. При абдоминальной беременности в зависимости от срока беременности и размеров плодного яйца – резекция органа (вылущивание плодного яйца), при беременности большого срока – абдоминальное родоразрешение с перевязкой пуповины поблизости от плаценты.
7. При беременности в рудиментарном роге, абдоминальной беременности, беременности в интерстициальной части маточной трубы или беременности в рубце для профилактики массивной кровопотери возможна предварительная эмболизация или перевязка сосудов.
8. Прогрессирующая беременность внематочной локализации в сочетании с необходимостью сохранения фертильности требует перевода в учреждение 3-й группы.

2. Консервативное - медикаментозная терапия метотрексатом или метотрексатом в сочетании с фолиевой кислотой. Используется в соответствии с рекомендациями ASRM (2006); ACOG (2015); POAG (2014); RCOG (2016). В Российской Федерации

инструкцией по применению метотрексата не предусмотрены показания и схемы лечения внематочной беременности, в связи с чем его использование off label может рассматриваться лишь как альтернатива органосохраняющей операции при необходимости сохранения репродуктивной функции после решения этического комитета только в гинекологических стационарах медицинских организаций 3-й группы, после получения информированного добровольного согласия пациентки.

Противопоказания к назначению метотрексата: нестабильность гемодинамики, наличие маточной беременности, грудное вскармливание, отсутствие возможности наблюдения, хр. заболевания печени, заболевания легких, иммунодефицит, язвенная болезнь, предшествующая дискразия крови.

Реабилитация

Реабилитационные мероприятия после внематочной беременности должны быть направлены на восстановление репродуктивной функции после операции. К ним относятся: предупреждение спаечного процесса, контрацепция, нормализация гормонального фона.

Длительность гормональной контрацепции индивидуальна, но обычно она не должна быть менее 6 месяцев после операции. Прежде чем рекомендовать пациентке планировать следующую беременность, целесообразно выполнить диагностическую лапароскопию, позволяющую оценить состояние маточной трубы и других органов малого таза.

Профилактика

- Профилактика воспалительных заболеваний половых органов;
- Отказ от курения;
- Моногамные отношения;
- Использование презерватива при половом акте с необследованным партнером
- Использование надежных современных методов контрацепции.

Заключение

В заключение следует отметить, что современная репродуктивная хирургия включает не только технику выполнения операции, но и целый комплекс предоперационной подготовки, современное анестезиологическое пособие и грамотное ведение послеоперационного периода. Только при интеграции достижений медицинской науки в

области анестезиологии, интенсивной терапии, рациональном использовании антибактериальных средств и совершенствовании оперативной техники можно ожидать улучшения результатов комплексного лечения внематочной беременности и реабилитации репродуктивной функции женщины.

Список использованной литературы

1. Клинические рекомендации (протокол лечения) «Выкидыш в ранние сроки беременности: диагностика и тактика ведения», утвержденные Минздравом России и РОАГ от 07 июня 2016 г. №15-4/10/2-3482.-32с.
2. Айламазян Э.К., Рябцева И.Т. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в гинекологии. — 2-е изд., доп. — М.: Мед.книга; Н.Новгород: НГМА, 2003.
3. Алексеева М.А., Екимова Е.В., Колодыко В.Г. и др. // Проблемы репродукции. — 2006. — N 3. — С. 7—14.
4. Основные показатели деятельности акушерско-гинекологической службы в Российской Федерации в 2015 г. Справочник Министерства здравоохранения Российской Федерации. Москва, 2016.-33 с.
5. Алан Х.Де Черни, Лорен Натан. Акушерство и гинекология, т.1. Москва, 2008.- 772 с.
6. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12.11.2012г №572н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)»
7. Акушерство и гинекология. Клинические рекомендации 4-е издание переработанное и дополненное / Под ред. В.Н. Серова, Г.Т.Сухих.- ГЭОТАР-Медиа, 2014.-1024 с.
8. Современные принципы ведения больных с внематочной беременностью: Учеб. пособие для студентов. — М.: ГОУ ВПО МГМСУ, 2006.