

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ ПРОФЕССОРА В.Ф. ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО»  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ».**

Кафедра акушерства и гинекологии ИПО

Реферат на тему:

«Внематочная (эктопическая) беременность».

Выполнила: Дардаева Н.О. ординатор 2 года

Кафедры Акушерство и гинекологии ИПО

**Красноярск 2021**

## **Оглавление:**

1. Введение .....	3 стр.
2. Этиология и патогенез .....	3 стр.
3. Факторы риска.....	4 стр.
4. Диагностика.....	4 стр.
5. Основные методы интенсивной терапии .....	6 стр.
6. Лечение .....	7 стр.
7. Список литературы .....	10 стр.

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

### **Анатомическая классификация и частота вариантов ВБ**

1. Трубная (интерстициальная, истмическая, ампулярная, фимбриальная) - 98-99%.
2. Яичниковая - 0,1-0,7%.
3. Шеечная (1 на 9000-12000 беременностей) - 0,1-0,4%.
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.

Частота внетубарной эктопической беременности достигает 5-8,3% из числа всех внематочных беременностей, а течение характеризуется массивным кровотечением нередко с фатальным исходом.

Беременность неизвестной локализации - состояние, при котором уровень  $\beta$  – ХГЧ составляет не менее 1 000 МЕ/л, а плодное яйцо в матке вне её полости при трансвагинальном УЗИ не визуализируется - пациенткам показаны трансвагинальное УЗИ и контроль сывороточного  $\beta$  – ХГЧ через 48-72 часа

## **2. Этиология и патогенез**

К причинам внематочной беременности относят замедление продвижения яйцеклетки или плодного яйца по маточной трубе и повышение активности трофобласта. Изменению нормальной миграции яйцеклетки по маточной трубе способствуют воспалительные процессы в придатках матки, перенесенные в прошлом операции на брюшной полости и реконструктивные операции на маточных трубах в анамнезе. Ворсины хориона, внедряясь в стенку маточной трубы и вырабатывая протеолитические ферменты, вызывают ее расплавление, истончение, а затем и разрушение со вскрытием стенок кровеносных сосудов. В результате роста и развития плодного яйца в трубе прогрессирующая трубная

беременность чаще прерывается чаще на 6-8 й неделе по типу трубного аборта, когда плодное яйцо отслаивается от стенки трубы.

### **Клиническая классификация внематочной беременности**

1. По течению:
  - прогрессирующая
  - нарушенная
2. По наличию осложнений:
  - осложненная
  - неосложненная

### **3. Факторы риска внематочной беременности**

1. Операции на маточных трубах в анамнезе
2. Стерилизация
3. Эктопическая беременность в анамнезе
4. Внутриматочная контрацепция
5. Воспалительная заболевания органов малого таза в анамнезе
6. Бесплодие 2 года и более
7. Возраст матери более 40 лет
8. Курение

Критерии на основании которых необходимо заподозрить внематочную беременность:

- содержание  $\beta$  – 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.

### **4. Диагностика**

#### **1. Клиника**

Клиника "острого живота" - боли внизу живота на фоне нарушений менструального цикла , после задержки менструации ,мажущие кровянистые выделения.

#### **2. Трансвагинальное УЗИ**

- УЗИ-признаки внематочной беременности: отсутствие плодного яйца в полости матки, увеличение придатков матки или скопление жидкости позади матки.
- Трубная беременность должна быть диагностирована, если в области придатков визуализируется объемное образование, которое сдвигается отдельно от яичника
- УЗИ-критерии для диагностики шейчной 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
- 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.
- 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.

### **3. Оценка $\beta$ -ХГЧ**

- Положительный мочевого тест на беременность

### **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, обусловленным геморрагическим шоком, пациентка должна быть госпитализирована в ближайшее хирургическое отделение.
4. Любая форма внетубарной внематочной беременности должна быть госпитализирована в стационар 3й-группы бригадой скорой медицинской помощи
5. При поступлении в стационар при наличии геморрагического шока, пациентка должна быть транспортирована в оперблок.

6. При подозрении внематочной беременности шейечной локализации осмотр на кресле проводится в условиях развернутой операционной

## **5. Основные методы интенсивной терапии**

Мероприятия догоспитального этапа:

На догоспитальном этапе у пациентки с кровотечением вследствие внематочной беременности основным мероприятием является медицинская эвакуация в ближайшее ЛПУ с возможностью оперативного лечения и обеспечения принципа "контроля за повреждением".

При выявлении геморрагического шока нужно своевременно оповестить стационар, куда пациентка будет госпитализирована для подготовки к хирургическому лечению и проведению интенсивной терапии.

На догоспитальном этапе необходимо выполнить:

1. Клиническая оценка кровопотери (цвет и температура кожного покрова, нарушения микроциркуляции, слизистых, АД, ЧСС).
2. Катетеризация периферической вены и начало инфузионной терапии: кристаллоиды 500 мл.
3. При исходной артериальной гипотонии (АД сист менее 90 мм рт. ст.) не рекомендуется до остановки кровотечения повышать АД выше 100 мм рт. ст.
4. При тяжелом геморрагическом шоке и неэффективности инфузионной терапии (нет подъема АД) допустимо использование минимальных доз вазопрессоров.
5. Гемостатическая терапия включает введение внутривенно 1 г транексамовой кислоты при подозрении или диагностике массивной кровопотери и геморрагического шока.
6. Необходимо обеспечить ингаляцию кислорода или, по показаниям, проведение ИВЛ.
7. Медицинская эвакуация в стационар осуществляется на каталке.  
Медицинская эвакуация в другой стационар пациенток с продолжающимся кровотечением (или подозрении на него) противопоказана.

### **При поступлении в приемный покой стационара**

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 - геморрагическом шоке (III и IV степени кровопотери) - все исследования проводятся в условиях операционной и одновременно с проводимой интенсивной терапией.

Главная задача в лечении кровопотери и геморрагического шока: остановка кровотечения!

В любой ситуации время между постановкой диагноза и началом хирургической остановки кровотечения должно быть минимизировано и этот принцип очень важно тщательно соблюдать как на догоспитальном, так и госпитальном этапах оказания помощи. Оперативное лечение должно быть начато в любых условиях - геморрагического шока, ДВС-синдрома и т.д. и никакие обстоятельства не могут мешать хирургической остановке кровотечения. К оказанию экстренной хирургической помощи и обеспечению консервативного гемостаза должны быть готовы гинекологические и хирургические стационары любой группы (от первой до третьей). Остаться в пределах "золотого часа".

## **6. Лечение**

### **1. Хирургическое лечение**

Основной метод лечения при любой форме нарушенной внутриматочной беременности, 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).

### **Хирургическое лечение трубной беременности**

1. Сальпинготомия
2. Сальпингэктомия

### **Показания:**

1. Нарушенная трубная беременность
2. Повторная трубная беременность в уже ранее оперированной маточной трубе
3. Основной метод лечения при прогрессирующей трубной беременности при В-ХГЧ более 3000-5000 МЕ/л.

### **Доступ:**

- При наличии геморрагического шока наиболее целесообразным является метод лапаротомии, как метод, способствующий более быстрой остановке кровотечения.
- Если пациентка гемодинамически стабильна, лапароскопический подход к хирургическому лечению нарушенной трубной беременности более предпочтителен по сравнению с методом открытого хирургического вмешательства
- Различий в частоте наступления в последующем маточной беременности при лапароскопическом или лапаротомическом доступе нет. Однако частота наступления повторной трубной беременности при лапароскопическом доступе ниже, чем при лапаротомическом.

Лечение внематочной беременности заключается в остановке внутрибрюшного кровотечения оперативным путем, восстановление нарушенных гемодинамических показателей. При установлении как прерванной, так и прогрессирующей внематочной беременности проводят экстренную операцию. Доступ определяется с учетом состояния больной. Наилучшим доступом для проведения операции по поводу эктопической беременности является лапароскопия.

Показания к тубэктомии служат повторная беременность в маточной трубе, подвергавшейся ранее оперативному вмешательству, рубцовые изменения в маточной трубе, разрыв трубы, диаметр плодного яйца более 3.0 см, нежелание иметь беременность в дальнейшем.

#### **Показания и условия к сальпинготомии:**

1. Отсутствие разрыва стенки плодместилища
2. Отсутствие геморрагического шока
3. Необходимость 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 брюшной полости, предыдущие воспалительные заболевания тазовых органов) в сочетании с желанием сохранения репродуктивной функции

#### **Хирургическое лечение внутубарной эктопической беременности**

1. При овариальной беременности - аднексэктомия, овариоэктомия, 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 локализации плодного яйца в интрамуральном (интерстициальном) отделе маточной трубы, отсутствии возможности проведения органосохраняющей операции, выполняется тубэктомия с иссечением угла матки.

4. 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  $\beta$ -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 органоуносящая - 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.

### **Цели лечения и постгеморрагический период**

При эффективной остановке кровотечения и интенсивной терапии критерии положительного эффекта при массивной кровопотере и геморрагическом шоке достигаются в течение 3-4 ч:

- Отсутствует геморрагический синдром любой локализации, характера и интенсивности.
- АД сист. более 90 мм рт. ст. без применения вазопрессоров.
- Уровень гемоглобина более 70 г/л.

- Отсутствуют клинические и лабораторные признаки коагулопатии.
- Темп диуреза более 0,5 мл/кг/ч.
- Сатурация смешанной венозной крови более 70%.
- Восстанавливается сознание и адекватное спонтанное дыхание.

Если цели лечения кровопотери не достигаются в ближайшие 3-4 ч, сохраняется или вновь нарастает артериальная гипотония, анемия, олигурия то в первую очередь необходимо исключить продолжающееся кровотечение: повторный осмотр, УЗИ брюшной полости, забрюшинного пространства, органов малого таза.

## 7. Список литературы

1. Клинические рекомендации (протокол лечения) "Выкидыш в ранние сроки беременности: диагностика и тактика ведения", утвержденные Минздравом России и РОАГ от 7 июня 2016 г. N 15-4/10/2-3482. - 32 с.

2. Основные показатели деятельности акушерско-гинекологической службы в Российской Федерации в 2015 году. Справочник Министерства здравоохранения Российской Федерации. Москва, 2016. - 33 с.

3. Акушерство и гинекология. Клинические рекомендации 4-е издание переработанное и дополненное/Под ред. В.Н. Серова, Г.Т. Сухих. - ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1024 с.

4. Гинекология под редакцией акад. РАМН, проф. Г.М.Савельевой, проф. В.Г. Брусенко – Москва 2009 г