

## **Внематочная (эктопическая) беременность**

### **I ВВОДНАЯ ЧАСТЬ**

**1. Название протокола:** Внематочная (эктопическая) беременность

**2. Код протокола:**

**3. Код (ы) поМКБ-10:**

- О 00 Внематочная (эктопическая) беременность
- О 00.0 Абдоминальная (брюшная) беременность
- О 00.1 Трубная беременность
- О 00.2 Яичниковая беременность
- О 00.8 Другие формы внематочной беременности
- О 00.9 Внематочная беременность неуточненная

**4. Сокращения, используемые в протоколе:**

- ИППП – инфекции передающиеся половым путем
- ОМТ – органы малого таза
- СОЭ – скорость оседания эритроцитов
- ХГ – хорионический гонадотропин
- ВЗОМТ – воспалительные заболевания органов малого таза
- УЗИ – ультразвуковое исследование
- КОК – комбинированные оральные контрацептивы

**5. Дата разработки протокола:** апрель, 2013 год

**6. Категория пациентов:** женщины фертильного возраста

**7. Пользователи протокола:** врачи акушеры-гинекологи, хирурги, врачи ВОП, фельдшера, акушерки

**8. Указание на отсутствие конфликта интересов:** конфликта интересов не выявлено

**9. Определение:** Внематочная (эктопическая) беременность это – беременность, при которой плодное яйцо имплантируется и развивается не в полости матки [1].

## **II МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ**

### **10. Клиническая классификация:**

*В зависимости от места имплантации плодного яйца:*

- 1) трубная беременность (98 - 99%):
  - a. Беременность в ампулярном отделе трубы.
  - b. Беременность в истмическом отделе трубы.
  - c. Беременность в интерстициальном отделе трубы.
- 2) яичниковая беременность (0,1 – 0,7%):
  - a. Интрафолликулярную
  - b. Эпиофоральную.
- 3) брюшная беременность (0,3 – 0,4%);
- 4) шейечная беременность;
- 5) беременность в рудиментарном роге матки (0,1 – 0,9%).

*В зависимости от клиники:*

- 1) Прогрессирующая внематочная (трубная) беременность;
- 2) Прервавшаяся внематочная (трубная) беременность:
  - Трубный аборт.
  - Разрыв маточной трубы;

### **11. Показания для госпитализации:**

Диагностированная внематочная беременность (прогрессирующая или прервавшаяся).

### **12. Перечень основных и дополнительных диагностических мероприятий:**

- 1) Основные диагностические мероприятия:
  - Жалобы и анамнез
  - осмотр шейки матки с помощью зеркал;
  - бимануальное исследование;
  - ОАК (гемоглобин, лейкоцитарная формула, СОЭ);
  - иммунные тестовые методы по определению ХГ в моче (при нормально протекающей беременности уровень ХГ увеличивается на 66% каждые 48 часов). При проведении дифференциальной диагностики необходимо учитывать уровень ХГ в сыворотке крови и результаты УЗИ. Содержание ХГ в сыворотке крови выше 1000 МЕ/мл при отсутствии плодного яйца в полости матки на основании УЗИ в 100% случаев свидетельствует об эктопической беременности.
  - УЗ - диагностика;
- 2) Перечень дополнительных диагностических мероприятий:
  - Иммунные тестовые методы по определению прогестерона в крови.

- Кульдоцентез (пункция прямокишечно-маточного углубления при прервавшейся внематочной беременности);
- Диагностическая лапароскопия или лапаротомия

### **13. Диагностические критерии:**

#### 13.1. Жалобы и анамнез:

*Жалобы при прогрессирующей внематочной беременности:*

- задержка месячных;
- нагрубание молочных желез;
- тошнота;
- извращение вкуса;
- периодические схваткообразные боли внизу живота;
- кровянистые выделения из половых путей;

Тяжесть клинических проявлений у разных больных варьирует.

*Жалобы при прервавшейся внематочной беременности:*

##### 1) Разрыв маточной трубы:

Клиника и жалобы складываются из сочетания субъективных и объективных признаков беременности и из симптомов прервавшейся трубной беременности:

- острый приступ болей внизу живота с иррадиацией в прямую кишку (при физической нагрузке или акте дефекации);
- появление холодного пота;
- головокружение;
- кратковременная потеря сознания;
- кровянистые выделения из половых путей;
- клиника геморрагического шока (падение артериального давления, увеличение частоты пульса)

##### 2) Трубный аборт:

Клиника и жалобы складываются из сочетания субъективных и объективных признаков беременности и из симптомов прервавшейся трубной беременности.

- схваткообразные, периодически повторяющиеся приступы болей внизу живота;
- скудные темно- кровянистые выделения из половых путей;
- слабость;
- головокружение.

#### 13.2. Физикальные данные:

*При гинекологическом осмотре:*

##### 1) Прогрессирующая внематочная беременность:

Цианоз входа во влагалище, слизистой оболочки влагалища и шейки матки.

Матка увеличена в размерах и размягчена (увеличение размеров матки, как правило, не соответствует предполагаемому сроку беременности).

В области придатков матки с одной стороны пальпируется опухолевидное образование тестоватой консистенции, болезненное при исследовании.

При динамическом наблюдении и повторных гинекологических исследованиях (не реже 1 раза в 3-4 дня) отмечается увеличение размеров образования в области придатков матки при отставании величины матки.

2) Разрыв маточной трубы:

Цианоз входа во влагалище, слизистой оболочки влагалища и шейки матки. Из цервикального канала – темно кровянистые выделения. Матка увеличена в размерах и размягчена, пальпация матки и движение шейки (поднятие ее кверху или смещение в сторону) резко болезненны. В области придатков матки с одной стороны пальпируется опухолевидное образование тестоватой консистенции без четких контуров. Задний свод влагалища уплощен или выпячен во влагалище. Пальпация заднего свода резко болезненна.

### 13.3. Лабораторные исследования:

Основные:

- Общий анализ крови: гемоглобин (в нормативных значения при отсутствие клиники кровотечения  $n=110\text{г/л}$ ), лейкоцитарная формула (при клинике прервавшейся внематочной беременности – повышение лейкоцитоза более  $10 \cdot 10^3$ ), СОЭ (при клинике прервавшейся внематочной беременности – повышение более 12 мм/час);
- Иммунные тестовые методы по определению ХГ в моче и в крови.

Дополнительные:

- Иммунные тестовые методы по определению прогестерона в крови (более 25 нг/мл).
- С – реактивный белок (более 3мг/л).

### 13.4. Инструментальные исследования:

- УЗИ диагностика: УЗИ проводить желателно влагалищным доступом. Полость матки бывает при этом пустой, в ней не удается обнаружить плодное яйцо с эмбрионом. Изменения в яичнике при этом соответствуют беременности, функционирует желтое тело беременности. При хорошей разрешающей способности датчика можно обнаружить плодное яйцо в маточной трубе или рядом, но это удается не всегда. В случае разрыва трубы и кровотечения, УЗИ позволяет обнаружить скопление крови в брюшной полости за маткой. Так как внематочная беременность часто маскируется под разные заболевания, обнаружение крови (гематомы) позволяет вовремя поставить диагноз;
- Кульдоцентез (пункция прямокишечно-маточного углубления при прервавшейся внематочной беременности): Получение аспирата в виде несворачивающейся крови будет свидетельствовать о гемиперитонеуме, наличие которого, однако, не является специфичным для эктопической беременности, поскольку оно может наблюдаться при геморрагическом желтом теле, полном или неполном аборте,

овуляции и даже состоянии после предшествующей попытки кульдоцентеза;

- диагностическая лапароскопия или лапаротомия.

### 13.5. Показания для консультации специалистов:

Для проведения дифференциальной диагностики в случае затруднения диагностирования внематочной беременности: консультация хирурга - для исключения хирургической патологии.

### 13.6. Дифференциальный диагноз:

- Острый аппендицит
- Внутриматочная беременность
- Неполный или начавшийся выкидыш
- ВЗОМТ

<b>Внематочная беременность</b>	<b>Неполный маточный аборт</b>	<b>Острое воспаление придатков матки</b>	<b>Острый аппендицит</b>
Чаще наблюдается на 3-5 неделе беременности.	Чаще наблюдается 6-10 неделе беременности	Обычно не бывает задержки менструации	Обычно не бывает задержки менструации
Боли возникают внезапно и имеют характер острого приступа, могут сопровождаться обморочным состоянием, головокружением	Боли нарастают постепенно и носят схваткообразный характер повторяются через определенный промежуток времени, локализуются над лоном	Боли развиваются постоянный характер. Обмороков нет	Усиливающиеся боли в эпигастральной, а затем в правой подвздошной области, сопровождающиеся тошнотой, рвотой
Температура тела обычно остается нормальной	Температура тела обычно остается нормальной	Температура тела обычно повышена	Температура тела повышена
Френикус-симптом наблюдается	Френикус-симптом отсутствует	Френикус-симптом отсутствует	Френикус-симптом отсутствует
Наблюдается напряжение мышц передней стенки	Напряжение мышц передней стенки живота	Живот напряжен. Болезненность отмечается при	Выраженное напряжение прямых мышц

живота. Живот слегка вздут и напряжен. Отмечается болезненность при глубокой пальпации на стороне внематочной беременности	отсутствует	пальпации внизу живота обычно с обеих сторон	живота (справа)
Имеются явления раздражения брюшины	Явления раздражения брюшины отсутствуют	Явления раздражения брюшины отсутствуют	
Влагалищное исследование резко болезненно	Влагалищное исследование почти безболезненно	Влагалищное исследование резко болезненно	Влагалищное исследование почти безболезненно
Смещение матки болезненно	Смещение матки безболезненно	Смещение матки болезненно	Смещение матки безболезненно
Размер матки не соответствует сроку беременности, цервикальный канал закрыт	Размер матки чаще соответствует сроку беременности, цервикальный канал приоткрыт	Матка нормальных размеров	Матка нормальных размеров
Увеличение маточной трубы тестоватой консистенции	Придатки матки не увеличены	Определяется двустороннее (чаще) увеличение придатков матки	Придатки матки не увеличены
Выделения из матки кровянистые, умеренные. Кровь обычно темного цвета	Обычно наблюдается обильное кровотечение. Кровь ярко красного цвета со сгустками	Кровянистые выделения обычно отсутствуют	Кровянистые выделения отсутствуют
При пункции заднего свода удаётся обнаружить свободную кровь в брюшной полости	Свободная кровь в брюшной полости отсутствует	При пункции заднего свода удаётся получить небольшое количество серозной	При пункции заднего свода удаётся получить небольшое количество серозной

		жидкости	жидкости
Иммунологические реакции на беременность положительные	Иммунологические реакции на беременность положительные	Иммунологические реакции на беременность отрицательные	Иммунологические реакции на беременность отрицательные.
В крови отмечается умеренный	Анализ крови в пределах нормы	В крови отмечается выраженный	В крови отмечается выраженный
Лейкоцитоз, слегла увеличенный СОЭ, снижение гемоглобин		Лейкоцитоз, значительное увеличение СОЭ, гемоглобин в норме	Лейкоцитоз, значительное увеличение СОЭ, гемоглобин в норме. Показатели в динамике возрастают
Противовоспалительное лечение неэффективно		Противовоспалительное лечение эффективно	
Признаки общей интоксикации отсутствуют	Признаки общей интоксикации отсутствуют	Имеются явления общей интоксикации	Имеются явления общей интоксикации
Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный	Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный	Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный	Симптом Щеткина-Блюмберга положительный
При лапароскопии или лапаротомии обнаруживается утолщение трубы выраженного цвета	При лапароскопии или лапаротомии обнаруживается нормальное придатки матки	При лапароскопии или лапаротомии обнаруживаются утолщенные трубы с признаками воспаления	При лапароскопии или лапаротомии обнаруживается нормальное придатки матки

А также необходимо проводить дифференциальную диагностику со следующими состояниями:

- Киста яичника (разрыв или перекрут);
- Апоплексия яичника;
- Дисфункциональные маточные кровотечения.

#### 14. Цели лечения:

1. Оперативное вмешательство с удалением патологически измененной маточной трубы или трубное кесарево сечение.
2. Удаление эктопической беременности.

## 15. Тактика лечения:

- Госпитализация в стационар с круглосуточно действующей операционной.
- Лечение хирургическое.

15.1. Немедикаментозное лечение: нет

15.2. Медикаментозное лечение: антибактериальная терапия (\*Амоксициллин + клавулановая кислота, таблетки, покрытые оболочкой 500 мг/125мг, 875 мг/125 мг, порошок для приготовления раствора для внутривенного введения во флаконах 500мг/100мг, 1000мг/200мг). Введение 2-3 раза в сутки с равными интервалами в течение 5-7 суток.

Проведение инфузии кристаллоидов в расчете 3 к 1 от объема предполагаемой кровопотери.

*Проведение гемотрансфузии показано в соответствии с приказом МЗ РК №666 от 06.11.09 г. «Об утверждении Номенклатуры, Правил заготовки, переработки, хранения, реализации крови и ее компонентов, а также Правил хранения, переливания крови, ее компонентов и препаратов» с изменениями внесенными приказом МЗРК от 26 июля 2012 года № 501.*

15.3. Другие виды лечения – нет

15.4. Хирургическое вмешательство показано при:

- Прервавшейся трубной беременности. При шоке и остром животе показано экстренное хирургическое вмешательство.
- Развивающейся трубной беременности. В отсутствие разрыва маточной трубы и кровотечения диагностические и лечебные мероприятия направлены на профилактику осложнений и сохранение фертильности.

Диагностика и лечение. Основной лечебно-диагностический метод — лапароскопия или лапаротомия. Манипуляцию производят только под общей анестезией, подготовка к которой требует некоторого времени. Лапароскопию проводят только в тех медицинских организациях, где есть условия для выполнения лапаротомии.

*а. Диагностическая лапароскопия*

*б. Лапароскопическая операция*

Показания. Лапароскопическая операция показана при локализации плодного яйца в истмическом или ампулярном отделе маточной трубы и диаметре пораженной маточной трубы не более 5 см. При большем диаметре высок риск кровотечения, а части плодного яйца труднее удалить через лапароскоп. Если состояние больной удовлетворительное, лапароскопический доступ можно использовать и при прервавшейся внематочной беременности. При



локализации плодного яйца в рудиментарном роге матки операция не выполняется лапароскопическим доступом, так как высок риск кровотечения.

- Лапароскопическая сальпинготомия;
- Сальпингэктомию выполняют при обширном повреждении маточной трубы, при непрекращающемся кровотечении после сальпинготомии, а также, если больная в дальнейшем не планирует иметь детей (например, если внематочная беременность развилась после перевязки маточных труб). При лапароскопической сальпингэктомии брыжейку рассекают электрокоагулятором.

*в. Лапаротомию* выполняют при тяжелом состоянии больной и невозможности произвести лапароскопическую операцию. Если женщина в дальнейшем хочет иметь детей, используют атравматичные инструменты и шовный материал, проводят тщательную остановку кровотечения. Все манипуляции с маточными трубами осуществляют крайне бережно.

Если женщина не заинтересована в сохранении фертильности, выполняют сальпингэктомию или сальпингоофорэктомию.

Резекция маточной трубы. Преимущества этого метода перед сальпингэктомией состоят в том, что операцию можно выполнить через микролапаротомный доступ и в дальнейшем сформировать анастомоз между оставшимися частями маточной трубы. Еще одно преимущество этой операции в том, что полностью удаляется трофобласт.

Искусственный трубный аборт — выдавливание плодного яйца через брюшное отверстие маточной трубы. Это достаточно простая манипуляция, которая, однако, сопровождается большим количеством осложнений. Риск рецидива внематочной беременности вдвое выше, чем после других операций по поводу трубной беременности. Большинство авторов не рекомендуют использовать этот метод, хотя существуют данные о том, что частота нормальной беременности после искусственного трубного аборта достигает 92%.

*Послеоперационный период.* Кровотечение после органосохраняющих операций на маточных трубах нередко обусловлено тем, что в них были оставлены элементы трофобласта. В связи с этим в послеоперационном периоде следует определять уровень бета-субъединицы ХГ в сыворотке. Если ткань трофобласта удалена полностью, то уже через 48—72 ч после операции содержание бета-субъединицы ХГ в сыворотке составляет менее 20% уровня перед операцией. Если уровень бета-субъединицы ХГ растет, необходима повторная операция или лечение метотрексатом.

В течение месяца после органосохраняющих операций на маточных трубах сохраняется отек и воспаление. В связи с этим женщине советуют предохраняться от беременности. Если планируется повторная операция, например, для формирования анастомоза, контрацепцию продолжают до операции, поскольку высок риск имплантации плодного яйца в культю маточной трубы. Если в течение шести месяцев после операции беременность не наступила, проводят гистеросальпингографию или

диагностическую лапароскопию. Частое осложнение после операции по поводу внематочной беременности — Rh-сенсibilизация. Женщинам с Rh-отрицательной кровью профилактически вводят Анти-Д иммуноглобулин человеческий .

#### 15.5. Профилактические мероприятия:

- Своевременная и правильная тактика ведения больных при первом обращении;
- Своевременная диагностика и лечение инфекционно-воспалительных заболеваний органов малого таза;
- Профилактика абортов;
- Использование современных контрацептивных средств.

#### 15.6. Дальнейшее ведение:

- использование современных методов контрацепции (КОК) в течение 6 месяцев;
- рекомендации по планированию беременности.

#### 16. Индикаторы эффективности лечения:

- Клиническое выздоровление (улучшение общего состояния, исчезновение болевого синдрома, анатомических изменений в придатках матки, нормализация картины крови, снижение уровня ХГ в моче и сыворотке крови).
- Восстановление эндокринной функции половой системы (восстановление нормального менструального цикла).
- Восстановление адаптационно-защитных механизмов и репродуктивной функции женщин.

### III ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ВНЕДРЕНИЯ ПРОТОКОЛА:

**17. Список разработчиков протокола с указанием квалификационных данных:** Валиев Равиль Камильевич заведующий отделением ЭКО НЦАГиП, д.м.н., акушер-гинеколог-репродуктолог.

**18. Рецензенты:**1. Кудайбергенов Т.К. – главный внештатный акушер-гинеколог МЗ РК, директор РГП «Национальный центр акушерства, гинекологии и перинатологии».

2. Шарифканова М.Н. - Зав.кафедрой акушерства и гинекологии Института постдипломного образования КазНМУ, д.м.н., профессор.

**19. Указание условий пересмотра протокола:** Пересмотр протокола производится не реже, чем 1 раз в 5 лет, либо при поступлении новых данных по диагностике и лечению соответствующего заболевания, состояния или синдрома, а также при ухудшении результатов лечения, связанных с применением данного протокола.

## **20. Список использованной литературы:**

1. Акушерство. Глава 17. Внематочная беременность. К. Мак-Интайр-Зельтман, Л. Эндрюс-Дитрих .
2. Ectopic pregnancy Search date April 2003 Salpingostomy (open or laparoscopic). Clinical Evidence is a website owned by BMJ Publishing Group Limited, company registration number 3012371. Their registered office is situated at BMA House, Tavistock Square, London WC1H 9JP. VAT Number 674738491.
3. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Medical management of tubal pregnancy. Washington (DC): American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG); 1998 Dec. 7 p. (ACOG practice bulletin; no. 3).
4. Клинические рекомендации, основанные на доказательной медицине: Пер. с англ. /Под ред. Ю.Л. Шевченко, И.Н. Денисова, В.И. Кулакова, Р.М. Хаитова. —2-е изд., испр. — М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. —1248 с.: ил.
5. Ectopic pregnancy Search date April 2003 Salpingostomy (open or laparoscopic). Clinical Evidence is a website owned by BMJ Publishing Group Limited, company registration number 3012371. Their registered office is situated at BMA House, Tavistock Square, London WC1H 9JP. VAT Number 674738491.
6. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Medical management of tubal pregnancy. Washington (DC): American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG); 1998 Dec. 7 p. (ACOG practice bulletin; no. 3).
7. Клинические рекомендации, основанные на доказательной медицине: Пер. с англ. /Под ред. Ю.Л. Шевченко, И.Н. Денисова, В.И. Кулакова, Р.М. Хаитова. —2-е изд.,испр. — М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. —1248 с.: ил.
8. Акушерство, гинекология и здоровье женщины , МедПресс 2005г., Ф.Карр
9. Гинекология. Справочник практического врача., Мед.пресс 2004 год, Сильвия К.Роузвиа.