

Тема: «Внематочная беременность»

Выполнила: студентка
9 группы
5 курса
лечебного факультета
Беляева Дарья Романовна

Определени

**Внематочная беременность –
это беременность, при
которой оплодотворенная
яйцеклетка имплантируется и
развивается вне полости
матки**

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 использовать малоинвазивных и органосохраняющих методов лечения.



Классификация (МКБ-10)

- **00.0** Абдоминальная (брюшная) беременность.

- **00.1** Трубная беременность.
 - (1) Беременность в маточной трубе.
 - (2) Разрыв маточной трубы вследствие беременности.
 - (3) Трубный аборт.
- **00.2** Яичниковая беременность.
- **00.8** Другие формы внематочной беременности.
 - (1) Шеечная.
 - (2) В роге матки.
 - (3) Интралигаментарная.
 - (4) Стеночная.

- **00.9**
Внематочная беременность неуточненная.

трубная беременность 95-96%

интерстициальная
угловая 2-3%

перешеечная 12%
ампулярная 70%

рубец после кесарева <1%

яичниковая 3%

фимбриальная 11%

абдоминальная 1%

шеечная 1%



Факторы риска внематочной беременности [11,13].

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

Клиническая классификация внематочной беременности

По течению:

Прогрессирующая.

Нарушенная.

По наличию осложнений:

Осложненная.

Неосложненная.

Критерии, на основании которых врачу следует заподозрить внематочную беременность:

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



Клиническая картина

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

Клиническая картина определяется течением

ВБ:

• **По типу разрыва плодместища:**

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 шейной 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 -ХГЧ 1000-1500 МЕ/л при отсутствии визуализации плодного яйца трансвагинальным датчиком



Диагностика

«Золотой стандарт» диагностики внематочной беременности основывается на двух методах: УЗИ и определении β -ХГЧ в сыворотке крови. Все остальные способы диагностики являются вспомогательными.

При гинекологическом исследовании – резкая болезненность, затрудняющая осмотр, матка размягчена, меньше предполагаемого срока беременности, увеличение и острая болезненность придатков с одной из сторон, в эту же сторону иррадиация боли при тракциях за шейку матки.

Физикальное обследование – гипотензия, тахикардия, тахипноэ; язык влажный, не обложен, живот мягкий, болезненный, положительные симптомы раздражения брюшины, притупление перкуторного звука в отлогих местах

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



Рекомендации по оценке соотношения уровня β -ХГЧ и результатов УЗИ у клинически стабильных пациенток (Good practice points, Queensland Clinical Guidelines, 2014) [11]

β -ХГЧ и ТВС	Тактика
β -ХГЧ менее 2000 ЕД/л	Повторить трансвагинальное сканирование (ТВС) и определить уровень β -ХГЧ через 48-72 часа
β -ХГЧ более 2000 ЕД/л и ТВС: в матке беременности нет, увеличение придатков и/или свободная жидкость в брюшной полости	Высокая вероятность внематочной беременности
β -ХГЧ более 2000 ЕД/л и ТВС: в матке беременности нет, в брюшной полости патологических изменений не обнаружено	Повторить ТВС и β -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

Лечение

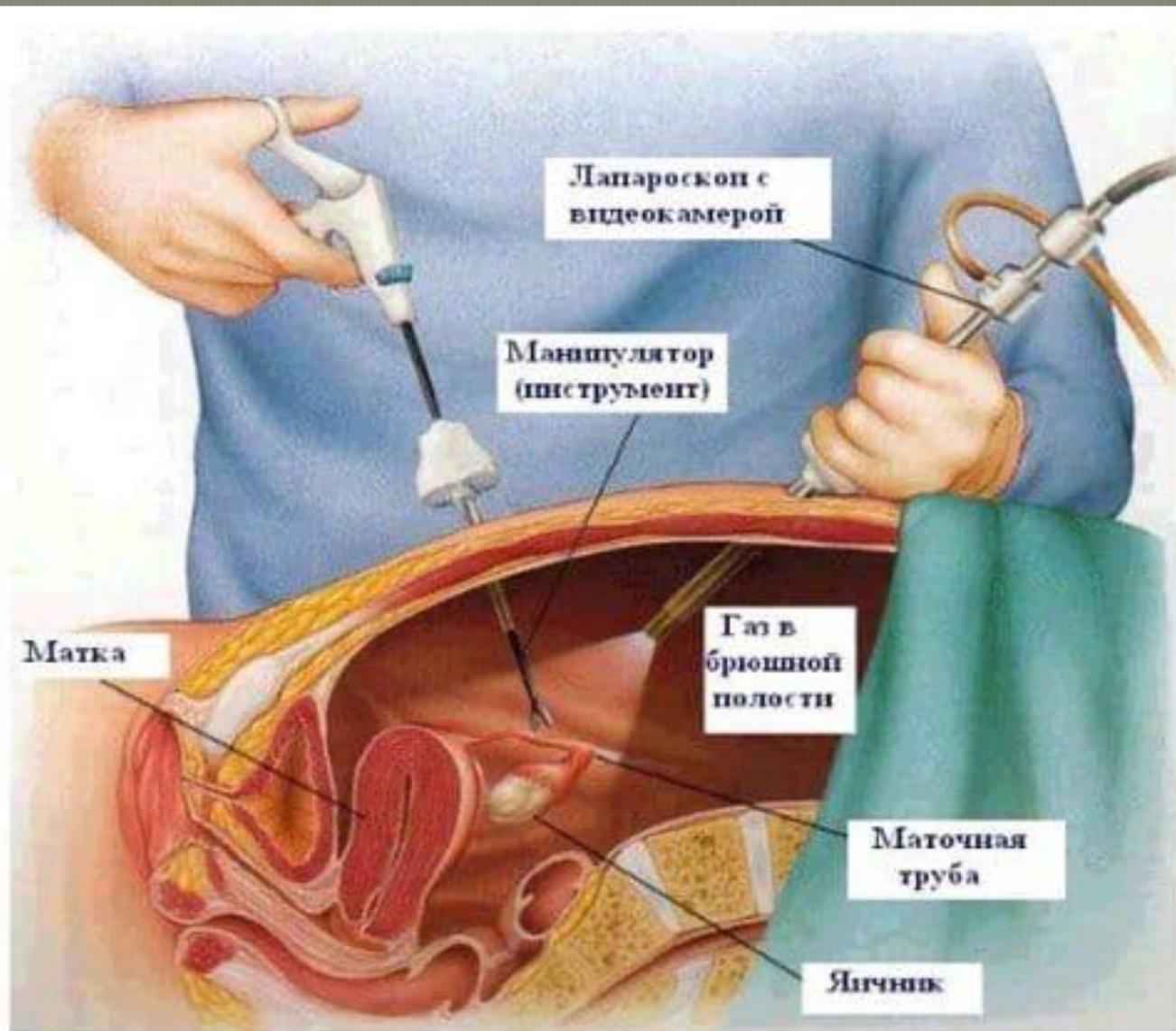
Эффективность лечения определяется:

Постановкой диагноза ВБ на малых сроках (УЗИ и уровень -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 плодместилищем);

- **органосохраняющее** (удаление плодного яйца с оставлением плодместилища).



На данном рисунке схематично показан принцип проведения лапароскопической операции

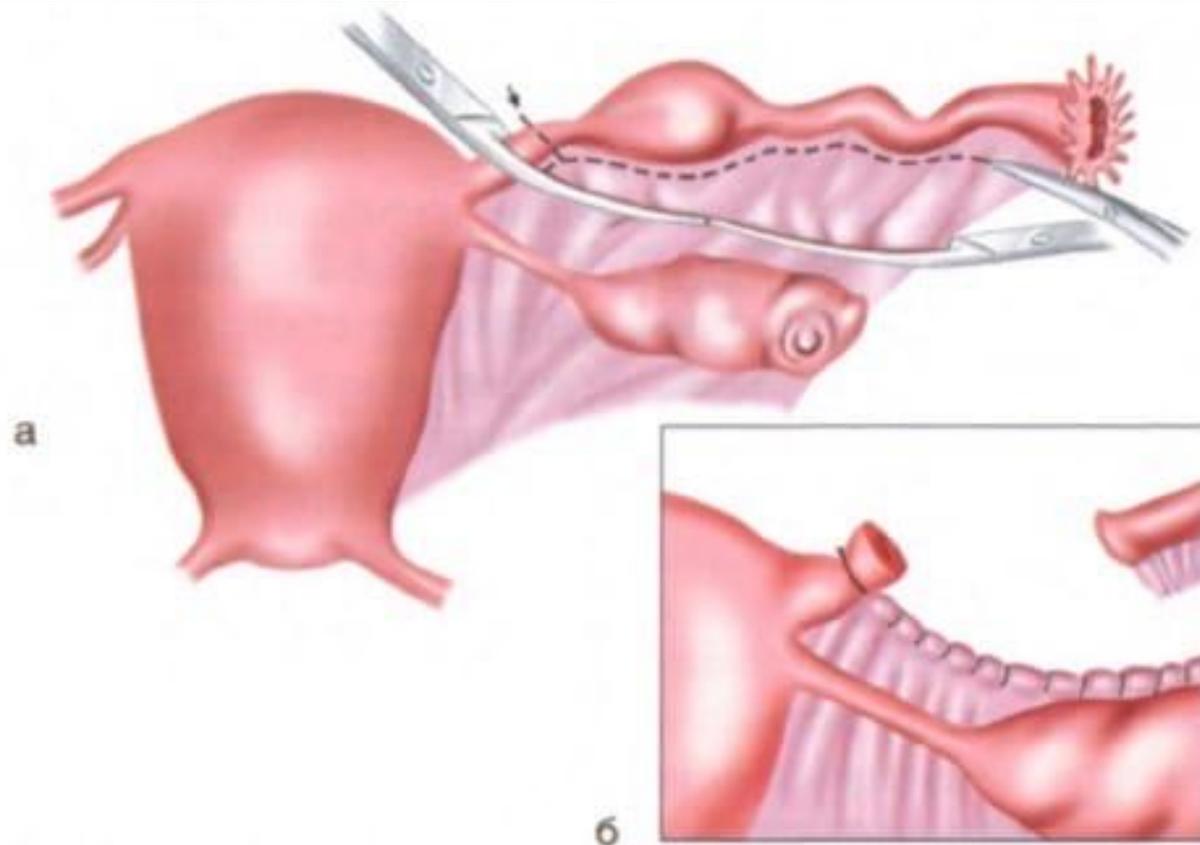


Рис. 14.4. Операция удаления маточной трубы: а — наложены встречные зажимы на маточный конец трубы и ее брыжейку, пунктиром показано направление рассечения тканей; б — маточная труба отсечена и удалена, зажимы заменены лигатурами

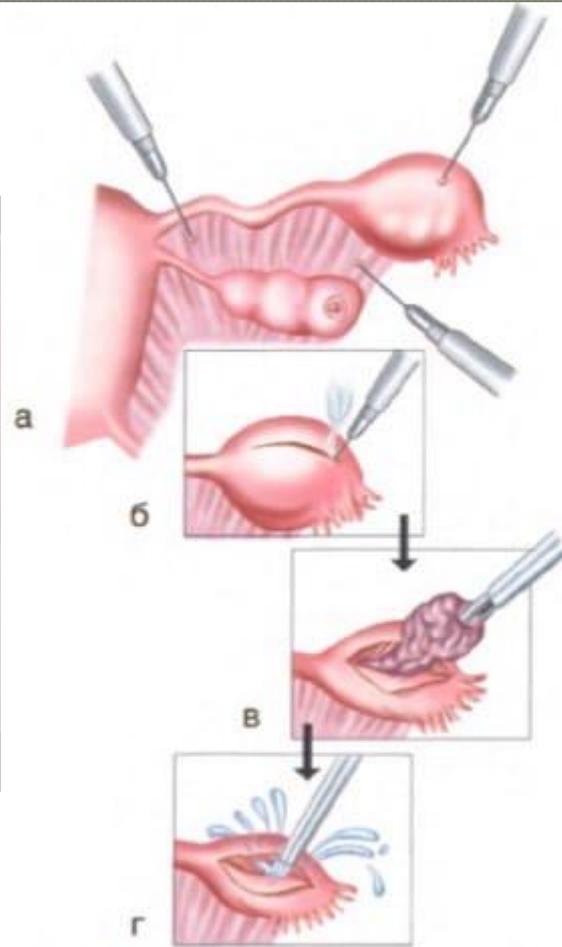
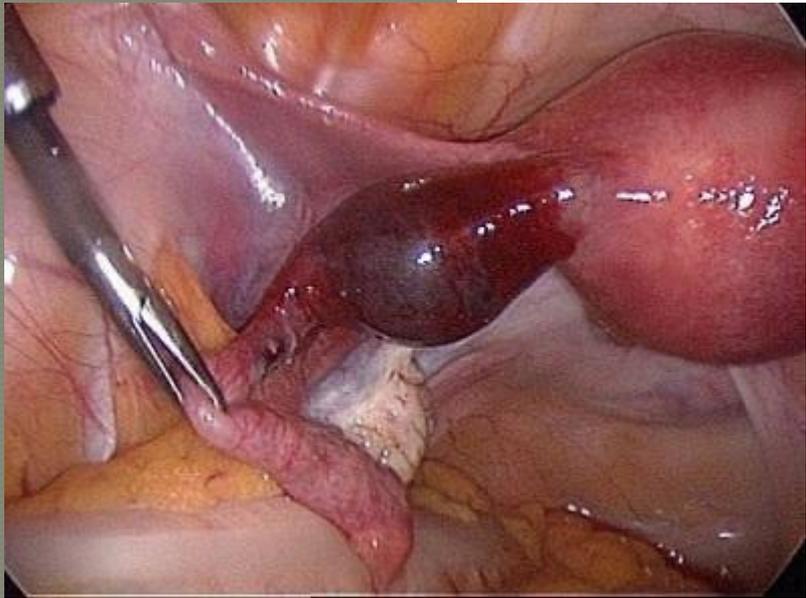


Рис. 14.5. Пластика маточной трубы при внематочной беременности (лапароскопия): а — осмотр трубы обнаружил плодное яйцо в ампулярной части; б — произведен продольный разрез трубы; в — удалено плодное яйцо; г — аквадиссекция

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) [6, 9, 12]. 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 ординоносящей операции при необходимости сохранения репродуктивной функции после решения этического комитета только в гинекологических стационарах медицинских организаций 3-й группы, после получения информированного добровольного согласия



NB! Метотрексат не следует назначать при первом посещении, за исключением случаев, когда диагноз внематочной беременности является абсолютно четким и исключена жизнеспособная маточная беременность [6].

Рекомендации RCOG (2016) по применению метотрексата [6]:

День терапии	Обследования	Доза метотрексата
1	β -ХГЧ сыворотки крови, трансвагинальное сканирование, печеночные пробы, общий анализ крови, группа крови, мочевины, электролиты	50 мг/м ² метотрексата в/м
4	β -ХГЧ сыворотки крови	
7	β -ХГЧ сыворотки крови	

Тактика:

Если β -ХГЧ снизится менее, чем на 15% за 4–7 дней, повторно – ТВС и Метотрексат 50 мг/м², если есть признаки ВБ.

Если β -ХГЧ уменьшится более, чем на 15% за 4–7 дней, повторяют исследования β -ХГЧ 1 раз в неделю до уровня менее 15 МЕ/л.

Кандидаты для лечения метотрексатом:

- Гемодинамическая стабильность
- Низкий сывороточный β -ХГЧ, в идеале менее 1500 МЕ/л, но может быть 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



Лечение

3. Комбинированное лечение – хирургическое и консервативное (при ВБ шейечной локализации, интерстициальной, брюшной беременности).

4. Выжидательная тактика – при низком уровне β -ХГЧ менее 200 и отсутствии его прироста. Во многих случаях при низких уровнях β -ХГЧ эктопическая беременность регрессирует спонтанно.

Профилактика: лечение болезней, увеличивающих риск внематочной беременности, профилактика абортов, ранняя постановка на диспансерный учет по беременности.

Осложнения и прогноз: бесплодие, рецидив внематочной беременности. При отсутствии лечения – летальный исход.

Литература

1) **Клинические рекомендации по ВМ, 2017 г.**

<http://docs.cntd.ru/document/456050408#>

2) **Учебник «Гинекология» под редакцией В.Е. Радзинского, А.М. Фукса, 2014г.**

Спасибо за внимание!