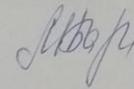


Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования "Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого" Министерства
здравоохранения Российской Федерации

Кафедра акушерства и гинекологии ИПО

Зав. кафедрой д.м.н., профессор



Базина М.И.

РЕФЕРАТ

Внематочная беременность

Выполнила:

клинический ординатор

Зубцова Ю.О.

Красноярск, 2018.

Рецензия

на реферат по дисциплине «акушерство и гинекология»
клинического ординатора Зубцовой Ю.О. на тему: «Внематочная беременность»
от 2018 года

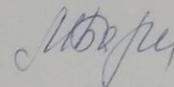
В реферате Зубцовой Ю.О. раскрыты все актуальные аспекты, касающиеся данной проблемы. Автором было проанализировано большое число факторов риска, классификация, этиология данной проблемы. Рассмотрена клиническая картина, приведены основные методы диагностики. Большое внимание уделено методам лечения данной проблемы.

Работа характеризуется высокой теоретической и практической значимостью. Реферат написан хорошим научным языком, полностью отвечает требованиям, предъявляемым к данному виду работ.

Выводы, сформулированные на основе анализа материала, обоснованны, обладают важным теоретическим значением. Текст логичен, последователен. Содержание работы соответствует заявленной теме. Замечаний к оформлению нет.

Учитывая достоинства и недостатки, реферат Зубцовой Ю.О. на тему «Внематочная беременность» заслуживает оценки «отлично».

Проверила: Базина М.И.



Содержание

- I. Введение.
- II. Факторы риска внематочной беременности
- III. Классификация.

1.Анатомическая классификация и частота вариантов внематочной беременности.

2.Классификация по МКБ-10.

3.Клиническая классификация внематочной беременности.

IV. Диагностика внематочной беременности

IV. Маршрутизация

V. Лечение внематочной беременности.

1.Хирургическое лечение

2.Консервативное

3.Комбинированное лечение

VI. Методы интенсивной терапии.

VII. Заключение

VIII. Список используемой литературы.

I. Введение.

Внематочная (эктопическая) беременность (ВБ) - имплантация плодного яйца вне полости матки (например, в маточных трубах, шейке матки, яичниках, брюшной полости) [1].

"Беременность неизвестной локализации" [1, 7] - состояние, при котором уровень 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 через 48-72 часа.

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

В России в 2014 году смертность от внематочной беременности составила 1%, а в 2015 году возросла в 3,6 раза, составив 3,6% [2].

II. Факторы риска внематочной беременности.

- Операции на маточных трубах в анамнезе
- Стерилизация
- Эктопические беременности в анамнезе
- Внутриматочная контрацепция
- Воспалительные заболевания органов малого таза в анамнезе
- Бесплодие 2 года и более
- Возраст матери: более 40 лет
- Курение: более 10 сигарет в день

III. Классификация.

Анатомическая классификация и частота вариантов внематочной беременности:

- 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 30 000 беременностей).
- Беременность в рубце после кесарева сечения - встречается редко, частота на данный момент не определена [6, 7].

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

Классификация по МКБ-10:

О 00.0 Абдоминальная (брюшная) беременность.

О 00.1 Трубная беременность.

(1) Беременность в маточной трубе.

(2) Разрыв маточной трубы вследствие беременности.

(3) Трубный аборт.

О 00.2 Яичниковая беременность.

О 00.8 Другие формы внематочной беременности.

(1) Шеечная.

(2) В роге матки.

(3) Интралигаментарная.

(4) Стеночная.

О 00.9 Внематочная беременность неуточненная.

Клиническая классификация внематочной беременности:

По течению:

- Прогрессирующая.

- Нарушенная.

По наличию осложнений:

- Осложненная.

- Неосложненная.

IV. Диагностика внематочной беременности.

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

По типу разрыва плодоемкости:

- 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

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

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) [2].
- Трансвагинальное УЗИ является методом выбора для диагностики трубной внематочной беременности [3].
- Трубная беременность должна быть диагностирована, если в области придатков визуализируется объемное образование, которое сдвигается отдельно от яичника [6].
- 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 [6].
- 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 [6].
- 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) [6].
- УЗИ является основным методом диагностики брюшной беременности (трансабдоминальное) и беременности в рубце после кесарева сечения (трансвагинальное, если потребуются, - трансабдоминальное). МРТ может быть использована в качестве второй линии диагностики, если диагноз при УЗИ неоднозначен и врач имеет опыт такой

диагностики [6].

- При гетеротопической беременности имеются УЗИ-признаки как маточной, так и эктопической беременности.

- Для диагностики яичниковой беременности специфических УЗИ-критериев нет [6].

3. Оценка ХГЧ:

- Положительный мочевой тест на беременность.

- Количественная оценка динамики уровня ХГЧ. В норме прирост каждые 48 часов при маточной беременности составляет более 50% (в среднем 63-66%) [1, 6]. Только 17% ВБ имеют прирост ХГЧ в сыворотке крови, как при нормальной маточной беременности [6].

- Снижение или малый прирост ХГЧ (диагностически незначимый) (ниже 53%) в сочетании с отсутствием беременности в полости матки на УЗИ свидетельствует о ВБ [1].

- Недостаточный прирост ХГЧ может иметь место и при неразвивающейся маточной беременности [1].

V. 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 шейной 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)" [4].

VI. Лечение внематочной беременности.

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).

Хирургическое лечение трубной беременности

- Сальпинготомия.
- Сальпингэктомия.

Показания:

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

Доступ:

1. При наличии геморрагического шока наиболее целесообразным является метод лапаротомии, как метод, способствующий более быстрой остановке кровотечения [7]. Однако окончательный выбор определяется навыками хирурга и возможностью быстрой остановки кровотечения. В большинстве медицинских организаций такой процедурой является лапаротомия.
2. Если пациентка гемодинамически стабильна, лапароскопический подход к хирургическому лечению нарушенной трубной беременности более предпочтителен по сравнению с методом открытого хирургического вмешательства.

Показания и условия к сальпинготомии:

1. Отсутствие разрыва стенки плодовместилища.
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 [6].
5. Пациентка должна быть проинформирована о следующих рисках при сальпинготомии:
 - После сальпинготомии трофобласт может быть "устойчивый" (персистирующий), что вызывает необходимость контроля ХГЧ.

- Риск внутрибрюшного кровотечения в послеоперационном периоде после сальпинготомии на фоне персистирующего трофобласта выше, чем при сальпингэктомии [6].

- Повышен риск повторной внематочной беременности в сохраненной трубе. Частота наступления ВБ после сальпинготомии выше, чем после сальпингэктомии: в первый год - 72,4 и 56,3%, через 1,5 года - 62 и 38%, за семилетний период - 89 и 66% соответственно.

- На сальпинготомию необходимо обязательно получить письменное информированное добровольное согласие пациентки.

Хирургическое лечение внематочной 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 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 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 внеутробной 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. 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 органоуносящей 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.

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

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

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

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

4. Выжидательная тактика - при низком уровне ХГЧ менее 200 и отсутствии его прироста.

VII. Методы интенсивной терапии.

Обязательными условиями успешного лечения является тщательное соблюдение следующих принципов:

1. Принцип контроля за повреждением (акушер-гинеколог, хирург).
2. Принцип контроля за реанимацией (анестезиолог-реаниматолог).
3. Принцип контроля за гемостазом (анестезиолог-реаниматолог, трансфузиолог).

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" [1]. Любые диагностические и лечебные мероприятия не должны удлинять время медицинской эвакуации на этап хирургической остановки кровотечения.

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 [3,4].

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:

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.

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

Оставаться в пределах "золотого часа". Время - вот приоритетная цель в борьбе с кровотечением, а не объем кровопотери.

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 - акушер-гинеколог, хирург: после выполнения лапаротомии кровотечение останавливается любым способом: сдавлением, наложением зажимов, лигатур, тампонадой и даже пережатием аорты.

2 этап - 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.

При проведении интенсивной терапии массивной кровопотери должен соблюдаться принцип "контроля за реанимацией" (Damage control resuscitation).

Критерии

качества.

1. Поставлен диагноз внутрибрюшного кровотечения.
2. Поставлен диагноз массивной кровопотери и геморрагического шока.
3. Катетеризирована периферическая вена в течение 10 мин после установления диагноза.
4. Начата инфузионная терапия кристаллоидами (в объеме не менее 30 мл/кг).
5. Начата ингаляция кислорода и/или перевод на ИВЛ (догоспитальный и стационарный этап).
6. При геморрагическом шоке все обследование и диагностические манипуляции выполнены в условиях операционной.
7. Проведено исследование уровня гемоглобина и количества эритроцитов.
8. Проведено исследование параметров системы гемостаза (тромбоциты, фибриноген, АПТВ, МНО, время свертывания крови. При возможности - тромбоэластограмма).
9. Выполнено определение основных групп крови и резус-принадлежности.
10. Выполнено мониторирование жизненно важных функций (артериального давления, пульса, дыхания, уровня насыщения кислорода в крови, диуреза) не позднее 10 минут от момента установления диагноза.
11. Выполнено хирургическое вмешательство не позднее 20 минут от момента установления диагноза при массивной кровопотере, превышающей 30% объема циркулирующей крови (при неэффективности консервативного лечения).
12. Операция проведена в условиях общей анестезии (внутривенный наркоз и ИВЛ).
13. Проведена трансфузия компонентов крови (эритроциты, свежезамороженная плазма, тромбоциты, криопреципитат) при массивной кровопотере и гипокоагуляции (при возможности, факторов и концентратов факторов свертывания крови).
14. При диагнозе массивной кровопотери и геморрагического шока введена транексамовая кислота 1 г внутривенно
15. При отсутствии эффекта инфузионно-трансфузионной терапии по стабилизации гемодинамики применены вазопрессоры.

VIII. Список используемой 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. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12.11.2012 г. N 572н "Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)".
4. Алан Х. Де Черни, Лорен Натан. Акушерство и гинекология, т. 1. Москва, 2008. - 772 с.
5. National Clinical Practice Guideline the Diagnosis and Management of Ectopic Pregnancy. Institute of Obstetricians and Gynaecologists, Royal College of Physicians of Ireland and Directorate of Clinical Strategy and Programmes, Health Service Executive N 3. 2014.
6. Акушерство и гинекология. Клинические рекомендации 4-е издание переработанное и дополненное/Под ред. В.Н. Серова, Г.Т. Сухих. - ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1024 с.
7. Гинекология: национальное руководство / под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, В.Н. Серова, В.Е. Радзинского. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2015. - 1080 с. - (Серия «Национальное руководство»).
8. Гинекология: учебник / Г.М. Савельева, Р.И. Шалина, Л.Г. Сичинава, О.Б. Панина, М.А. Курцер. - 2010. - 656 с.