

# МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ

## П Р И К А З

15.03.2017

№ 363

**О внесении изменений  
в приказ министерства здравоохранения Рязанской области  
от 28.12.2015г. № 2367 «Об исполнении клинических  
рекомендаций (протоколов лечения) оказания медицинской помощи  
по профилю «акушерство и гинекология», утвержденных  
Российским обществом акушеров-гинекологов и согласованных  
Министерством здравоохранения Российской Федерации»  
(в ред. приказов министерства здравоохранения Рязанской  
области от 28.06.2016 №1173, от 10.11.2016 № 1995)**

### П Р И К А З Ы В А Ю:

Внести в приложение к приказу министерства здравоохранения Рязанской области от 28.12.2015 г. № 2367 «Об исполнении клинических рекомендаций (протоколов лечения) оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология», утвержденных Российским обществом акушеров-гинекологов и согласованных Министерством здравоохранения Российской Федерации» изменения, дополнив пунктами 15, 16 следующего содержания:

«15. Внематочная (эктопическая) беременность (письмо Минздрава РФ от 06.02.2017 №15-4/10/2-729).

16. Септические состояния в акушерстве (письмо Минздрава РФ от 06.02.2017 №15-4/10/2-729).».

Министр



А.А. Прилуцкий



**МИНИСТЕРСТВО  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
(Минздрав России)  
ЗАМЕСТИТЕЛЬ МИНИСТРА**

Руководителям органов  
исполнительной власти  
субъектов Российской Федерации  
в сфере здравоохранения

Рахмановский пер., 3, Москва, ГСП-4, 127994  
тел.: (495) 628-44-53, факс: (495) 628-50-58

№ 6 ФЕВ 2017 № 15-4/10/2-729

На № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_

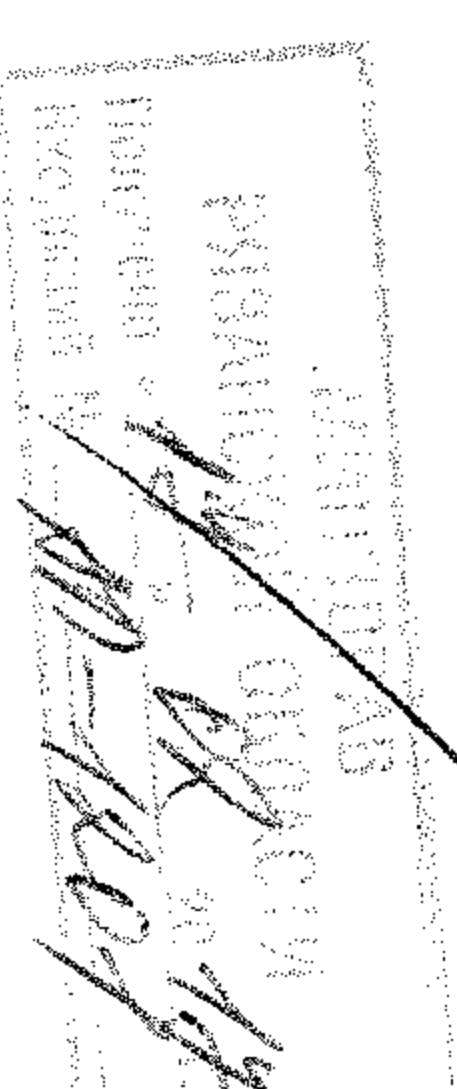
Ректорам государственных  
бюджетных образовательных  
учреждений высшего  
профессионального образования

Директорам федеральных  
государственных учреждений науки

Министерство здравоохранения Российской Федерации направляет клинические рекомендации (протокол лечения) «Внематочная (эктопическая) беременность», разработанные в соответствии со статьей 76 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», для использования в работе руководителями органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации при подготовке нормативных правовых актов, руководителями акушерских, гинекологических и хирургических стационаров и амбулаторно-поликлинических подразделений при организации медицинской помощи, а также для использования в учебном процессе.

Приложение: на 35 л. в 1 экз.

  
Т.В. Яковлева

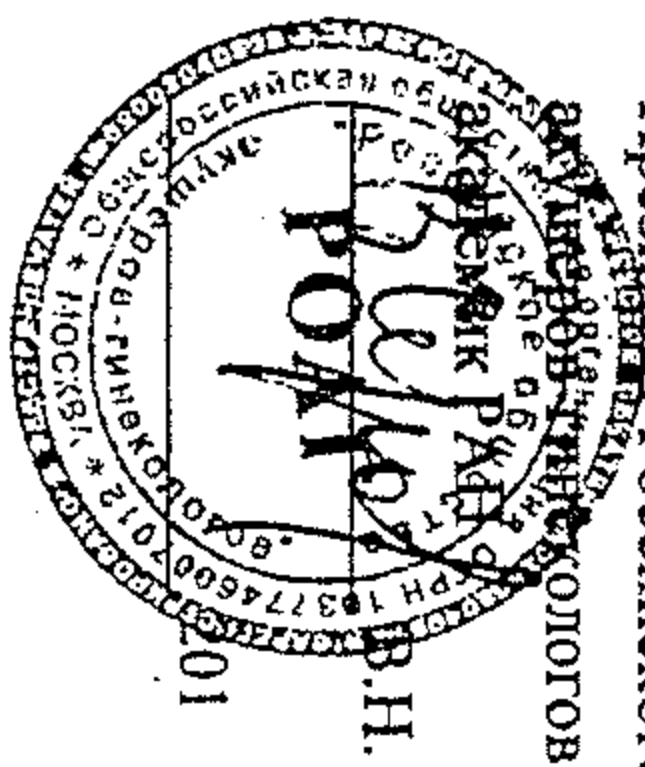


Утверждено

Президентом Российского общества

гинекологов

В.Н. Серов



2017 г.

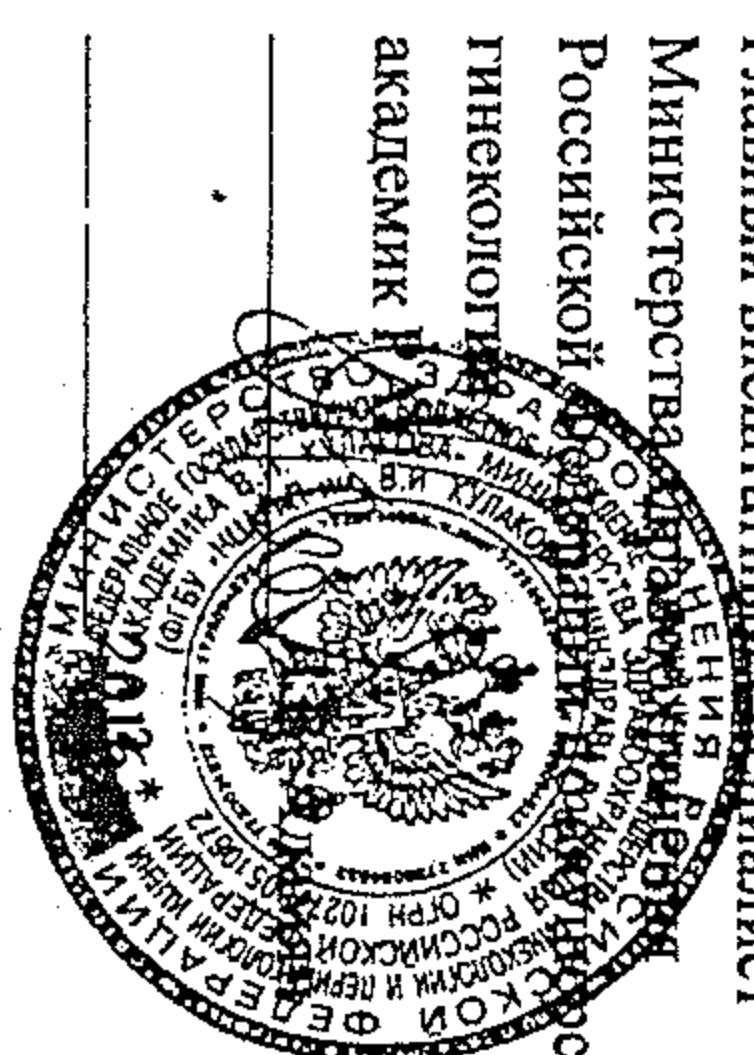
Согласовано

Главный внештатный специалист

Министерства здравоохранения

Российской Федерации

академик

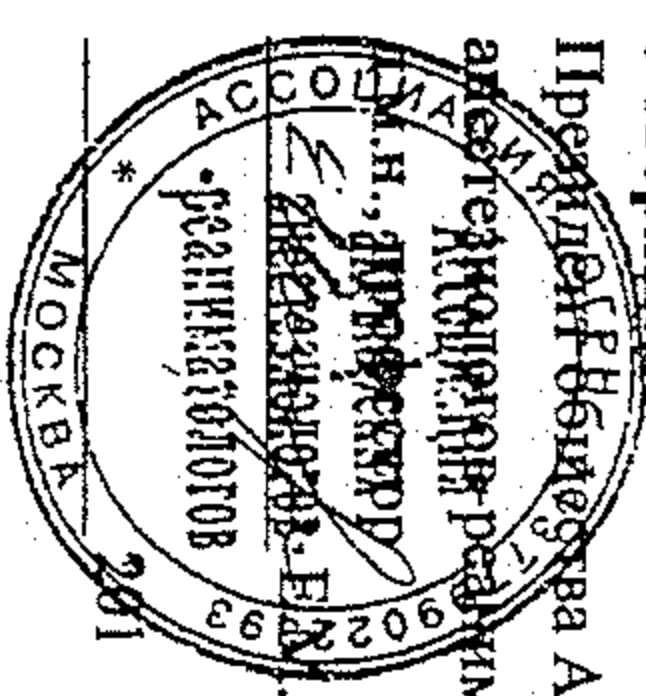


Утверждено

Президентом Общества Акушерских

акушеров-гинекологов

В.Н. Шифман



2017 г.

## ВНЕМАТОЧНАЯ (ЭКТОПИЧЕСКАЯ) БЕРЕМЕННОСТЬ

Клинические рекомендации

(Протокол лечения)

2017

37. Sharrock AE, Barker T, Yuen NM, Rickard R, Tai N. Management and closure of the open abdomen after damage control laparotomy for trauma. A systematic review and meta-analysis. *Injury*. 2016 Feb;47(2):296-306.
38. Roberts DJ, Bobrovitz N, Zygun DA, Ball CG, Kirkpatrick AW, Farris PD, Steffox NT. Indications for use of damage control surgery and damage control interventions in civilian trauma patients: A scoring review. *J Trauma Acute Care Surg*. 2015 Jun;78(6):1187-96.
39. Tien H, Beckett A, Garraway N, Talbot M, Pannell D, Alabbasi T. Advances in damage control resuscitation and surgery: implications on the organization of future military field forces. *Can J Surg*. 2015 Jun;58(3 Suppl 3):S91-7.
40. Akaraboworn O. Damage control resuscitation for massive hemorrhage. *Chin J Traumatol*. 2014 Apr 1;17(2):108-11.
41. Seghatchian J, Putter JS. Advances in transfusion science for shock-trauma: Optimising the clinical management of acute haemorrhage. *Transfus Apher Sci*. 2015 Dec;53(3):412-22.
42. Fisher AD, Miles EA, Cap AP, Strandenes G, Kame SF. Tactical Damage Control Resuscitation. *Mil Med*. 2015 Aug;180(8):869-75.
43. Reddy S, Weinberg I, Young P. Cryсталloid fluid therapy. *Crit Care*. 2016 Mar 15;20:59.
44. Kozek-Langenecker SA, Afshari A, Albaladejo P, Santillano CA, De Robertis E, Filipescu DC, Fries D, Görlinger K, Haas T, Imberger G, Jacob M, Lancé M, Lau J, Mallett S, Meier J, Rahe-Meyer N, Samama CM, Smith A, Solomon C, Van der Linden P, Wikkelso AD, Wolters P, Wyffels P. Management of severe perioperative bleeding: guidelines from the European Society of Anaesthesiology. *Eur J Anaesthesiol*. 2013 Jun;30(6):270-382.
45. Voldby AW, Brandstrup B. Fluid therapy in the perioperative setting-a clinical review. *J Intensive Care*. 2016 Apr 16;4:27.
46. Marx G, Schindler AW, Mosch C, Albers J, Bauer M, Gnass I, Nobolt C, Janssens U, Kluge S, Kranke P, Maurer T, Metz W, Neugebauer E, Quintel M, Semlinger N, Trauprich HJ, Waydhas C, Wildenauer R, Zacharowski K, Eikermann M. Intravascular volume therapy in adults: Guidelines from the Association of the Scientific Medical Societies in Germany. *Eur J Anaesthesiol*. 2016 Jul;33(7):488-521.
47. Pacheco LD, Saade GR, Costantine MM, Clark SL, Hankins GD. An Update on the use of Massive Transfusion Protocols in Obstetrics. *Am J Obstet Gynecol*. 2015 Sep 5. pii: S0002-9378(15)01016-9.
48. Butwick AJ, Goodough LT. Transfusion and coagulation management in major obstetric hemorrhage. *Curr Opin Anaesthesiol*. 2015 Jun;28(3):275-84.
49. Jadon A, Bagai R. Blood transfusion practices in obstetric anaesthesia. *Indian J Anaesth*. 2014 Sep;58(5):629-36.
50. Meier J. Blood transfusion and coagulation management. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol*. 2016 Sep;30(3):371-9.
51. Kaufman RM, Djulbegovic B, Gernsheimer T, Kleinman S, Timmouh AT, Carocelli KE, Cirrolle MD, Cohn CS, Fung MK, Grossman BJ, Mintz PD, O'Malley BA, Sesok-Pizzini DA, Shander A, Stack GE, Weber KE, Weinstein R, Welch BG, Whitman GJ, Wong EC, Tobian AA; AABB. Platelet transfusion: a clinical practice guideline from the AABB. *Ann Intern Med*. 2015 Feb 3;162(3):205-13.
52. Dzik WN, Blajchman MA, Fergusson D, Hameed M, Henry B, Kirkpatrick AW, Korogyi T, Logsetty S, Skeate RC, Stanworth S, MacAdams C, Muirhead B. Clinical review: Canadian National Advisory Committee on Blood and Blood Products—Massive transfusion consensus conference 2011: report of the panel. *Crit Care*. 2011;15(6):242.
53. Waters JH. Role of the massive transfusion protocol in the management of haemorrhagic shock. *Br J Anaesth*. 2014 Dec;113 Suppl 2:ii3-8.

**Проценко Денис Николаевич** – к.м.н., доцент кафедры анестезиологии и реаниматологии ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, главный врач ГБУЗ г. Москвы «Городской клинической больницы №1 им. С.С.Юдина», главный специалист по анестезиологии и реаниматологии г. Москвы (г. Москва).

**Пырегов Алексей Викторович** – д.м.н., руководитель отделения анестезиологии и реанимации ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова» Минздрава России (г. Москва).

**Рогачевский Олег Владимирович** – д.м.н., ведущий научный сотрудник отделения гравитационной хирургии крови ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова» Минздрава России (г. Москва).

**Филиппов Олег Семенович** – д.м.н., профессор, заместитель директора Департамента медицинской помощи детям и службы родовспоможения Министерства здравоохранения Российской Федерации, профессор кафедры акушерства и гинекологии ИПО ФГБОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (г. Москва).

**Шифман Ефим Муневич** – д.м.н., профессор кафедры анестезиологии и реаниматологии ФУВ ГБУЗ МО МОНКИ им. М.Ф. Владимирского, президент Ассоциации акушерских анестезиологов-реаниматологов, заслуженный врач Республики Карелия, эксперт по анестезиологии и реаниматологии Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения (г. Москва).

**Щукина Наталья Алексеевна** – д.м.н., профессор, главный научный сотрудник гинекологической клиники ГБУЗ МО Московский областной НИИ акушерства и гинекологии (Московская область).

## 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. №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. 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 №3. 2014.
4. Mol F, van Mello NM, Strandell A, Strandell K, Jurkovic D, Ross J et al. for the European Surgery in Ectopic Pregnancy (ESEP) study group (2014). Salpingotomy versus salpingectomy in women with tubal pregnancy (ESEP study): an open-label, multicentre, randomized controlled trial. *Lancet*, 2014 Apr 26;383(9927):1483-9;
5. National Institute for Clinical Excellence, NICE. Ectopic pregnancy and miscarriage: diagnosis and initial management in early pregnancy of ectopic pregnancy and miscarriage. Clinical Guideline No.154. Manchester: NICE. December 2012.
6. Diagnosis and Management of Ectopic Pregnancy Green-top Guideline No. 21 RCOG/AEPU Joint Guideline, November 2016. – 41 p.
7. Birch Petersen K, Hoffmann E, Ritfjerg Larsen C, Svare Nielsen H. Cesarean scar pregnancy: a systematic review of treatment studies. *Fertil Steril*. 2016 Apr;105(4):958-67.
8. Shen L, Fu J, Huang W, Zhu H, Wang Q, Yang S, Wu T Interventions for non-tubal ectopic pregnancy. The Cochrane Collaboration and published in *The Cochrane Library* 2014, Issue 7, p. 18.
9. Early Pregnancy Loss. ACOG. Practice Bulletin Number 150, Obstetrics & Gynecology: May 2015 – Volume 125 - Issue 5 - p 1258-1267.
10. Management of early pregnancy miscarriage. Clinical practice guideline. Institute of Obstetricians and Gynaecologists, Royal College of Physicians of Ireland and Directorate of Strategy and Clinical Programmes, Health Service Executive. April 2012, Guideline No. 10 Revision date: April 2014. – 24 p.
11. Early pregnancy loss. Queensland Clinical Guideline. MN11.29-V2-R16 September 2011. Amendment date March 2015. - 33 p.
12. Акушерство и гинекология. Клинические рекомендации 4-е издание переработанное и дополненное / Под ред. В.Н. Серова, Г.Т. Сухих. - ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1024 с.
13. Diagnosis and Management of Ectopic Pregnancy. Joshua N. Barash, Edward M. Buchanan, Christina Hillson. American Family Physician website at [www.aafp.org/afr](http://www.aafp.org/afr). 2014, p. 34-40.
14. Medical management of ectopic pregnancy. Guideline Summary NGS-6533// [www.guideline.gov/content.aspx?id=12625](http://www.guideline.gov/content.aspx?id=12625).
15. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12.11.2012 г. № 572н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)".
16. Аган Х. Де Черни, Дорен Натан. Акушерство и гинекология, т. 1. Москва, 2008. - 772 с.
17. RCOG. The management of tubal pregnancy. RCOG Clinical Guideline No 21, May 2004.
18. Bangsgaard N, Lund C, Olesen B, Nilas L. Improved fertility following conservative surgical treatment of ectopic pregnancy. *Br J Obstet Gynaecol* 2003;110:765-70.

## Список сокращений

|      |   |
|------|---|
| АД   | – артериальное давление                               |
| ВБ   | – внемагнитная (эктопическая) беременность            |
| МРТ  | – магнитно-резонансная томография                     |
| РОАГ | – Российское общество акушеров-гинекологов            |
| ТВС  | – трансавагинальное сканирование                      |
| ХГЧ  | – хорионический гонадотропин человека                 |
| АСОГ | – American College of Obstetricians and Gynecologists |
| АЕРУ | – Association of Early Pregnancy Unit                 |
| ASRM | – American Society for Reproductive Medicine          |
| NICE | – National Institute for Clinical Excellence          |
| RCOG | – Royal College of Obstetricians and Gynecologists    |

## При разработке клинических рекомендаций использовались материалы

Клинические рекомендации (протокол лечения) «Выкидыш в ранние сроки беременности: диагностика и тактика ведения», 2015; Royal College of Obstetricians and Gynecologists (RCOG) The management of tubal pregnancy. №21, 2004; Ectopic pregnancy and miscarriage: diagnosis and initial management in early pregnancy of ectopic pregnancy and miscarriage. Clinical Guideline No.154. Manchester: NICE, 2012; National Clinical Practice Guidelines 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. №3. 2014; Diagnosis and Management of Ectopic Pregnancy. Joshua N. Barash, Edward M. Buchanan, Christina Hillson. American Family Physician website at [www.aafp.org/afr](http://www.aafp.org/afr). 2014; Early pregnancy loss. Queensland Clinical Guideline. MN11.29-V2-R16 September 2011. Amendment date March 2015; Diagnosis and Management of Ectopic Pregnancy Green-top Guideline No. 21 RCOG/AEPU Joint Guideline, November 2016.

## Ссылки на соответствующий порядок оказания медицинской помощи

Порядок оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология, утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2012 г. № 572н.

Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «анестезиология и реаниматология», утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2012 г., № 919н.

Правила клинического использования донорской крови и (или) ее компонентов, утвержденные приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2013 г., № 183н.



9. Выполнено определение основных групп крови и резус-принадлежности.
  10. Выполнено мониторирование жизненно важных функций (артериального давления, пульса, дыхания, уровня насыщения кислородом 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 гипокальциемии (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.
- Результативные критерии качества:**
1. Остановлено внутрибрюшное кровотечение.
  2. Отсутствие признаков коагулопатического кровотечения иной локализации (носовое, мест вколов, операционной раны, гематурия, отделяемое по дренажу и т.д.).
  3. Достигнуты целевые показатели уровня гемоглобина — более 70 г/л.
  4. Достигнуты целевые показатели системы гемостаза (тромбоциты более 50 тыс в мкл, фибриноген более 2,0 г/л, МНО, АПТВ менее 1,5 от нормы).
  5. Достигнуты целевые значения среднего АД более 65 мм рт.ст.
  6. Достигнуты целевые значения диуреза — более 0,5 мл/кг/мин.
  7. Восстановление сознания.
  8. Отсутствие признаков ОРДС и/или пневмонии.
  9. Отсутствие признаков полиорганной недостаточности.
  10. Прекращение ИВЛ.
  11. Проведена тромبوпрофилактика.

**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 абортom, внематочной и молярной беременностью, неуточненное.

#### **Виды, формы, условия оказания медицинской помощи пациенту с данным заболеванием или состоянием**

Вид медицинской помощи: **специализированная медицинская помощь.**  
Условия оказания медицинской помощи: **стационарно.**

Форма оказания медицинской помощи, оказывающая наибольшее влияние на тактику ведения больного: **плановая, экстренная.**

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

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

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» [1].

## Анестезиологическое пособие

Метод выбора при массивной кровопотере и геморрагическом шоке: общая анестезия с ИВЛ (кетамин, фентанил, бензодиазепины, дексметодолонин).

### После окончания операции продолжная ИВЛ показана:

- При нестабильной гемодинамике с тенденцией к артериальной гипотонии (АД сист. меньше 90 мм рт.ст., необходимость введения вазопрессоров) – недостаточным выполнением ОЦК.
- Продолжающемся кровотечении.
- При уровне гемоглобина менее 70 г/л и необходимости продолжения геотрансфузии.
- Сатурации смешанной венозной крови менее 70%.
- Сохраняющейся коагулопатии (МНО и АПТВ более чем в 1,5 раза больше нормы, фибриноген менее 1,0 г/л, количество тромбоцитов менее 50000 в мкл) и необходимости проведения заместительной терапии.

Продолжительность ИВЛ зависит от темпов достижения критериев положительного эффекта при массивной кровопотере и геморрагическом шоке.

### 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.

**Критерии, на основании которых врачу следует заподозрить внематочную беременность [1, 11, 13]:**

- 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.

### Диагностика ВБ

**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) [11].
- Трансвагинальное УЗИ является методом выбора для диагностики трубной внематочной беременности (уровень доказательности В) [6].
- Трубная беременность должны быть диагностирована, если в области придатков визуализируется объемное образование, которое сдвигается отдаленно от яичника (уровень доказательности D) [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 (уровень доказательности D) [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 (уровень доказательности D) [6].

Оптимальный вариант коррекции анемии: интраоперационная аппаратная реинфузия крови. Применение аппаратной реинфузии крови при операции снижается объем послеоперационной трансфузии и уменьшает время госпитализации (уровень 2B) [57, 58, 64, 65].

Таблица 2

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

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

Таблица 3

Клиническая картина определяется течением ВБ [1, 12]

| Клиническое течение                         | Симптоматика   |
|---|--|
| По типу разрыва плодоемкстилица             | <ul style="list-style-type: none"> <li>Резкое начало</li> <li>Боли в животе – выражены</li> <li>Симптомы раздражения брюшины – резко положительные</li> <li>Нависание сводов влагалища – выражено</li> <li>Резкая болезненность при смещении шейки матки</li> <li>Клиника геморрагического шока</li> </ul>               |
| По типу аборта                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>Боли в животе слабо выражены/отсутствуют</li> <li>Симптомы раздражения брюшины слабо положительны/отсутствуют</li> </ul>  |
| ВБ шеечной локализации                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>Отсутствие кровяных выделений из половых путей</li> <li>Скудные кровяные выделения из половых путей</li> <li>Обильные кровяные выделения из половых путей (профузное кровотечение, клиника геморрагического шока)</li> <li>Болевой синдром отсутствует во всех случаях</li> </ul> |
| Случаи беременности неизвестной локализации | <ul style="list-style-type: none"> <li>Уровень <math>\beta</math>-ХГЧ 1000-1500 МЕ/л при отсутствии визуализации плодного яйца трансвагинальным датчиком</li> </ul>  |

**Принцип «контроль за коагуляцией» при кровопотере**  
Консервативный гемостаз при кровопотере и должен включать:

1. Антифибринолитики (транексамовая кислота).
2. Компоненты крови: свежемороженая плазма, криопреципитат, тромбоцитарная масса и факторы (концентраты факторов) свертывания крови.

Особенности применения компонентов крови указаны в табл. 9, 10 [44, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 57, 58, 62].

Таблица 9

Дозы препаратов для обеспечения консервативного гемостаза при острых нарушениях в системе гемостаза

| Препарат                                 | Доза   | Уровень доказательности рекомендаций   |
|--|--|--|
| Свежемороженая плазма                    | 15–20 мл/кг массы тела   | RCOG – уровень D,<br>ASA – уровень A3<br>European guideline – уровень C1           |
| Криопреципитат                           | 1 доза на 10 кг массы тела.  | RCOG – уровень D<br>ASA – уровень A3<br>European guideline – уровень C1            |
| Тромбоцитарная масса                     | 1 доза на 10 кг массы тела   | RCOG – уровень D<br>ASA – уровень A3   |
| Тромбоконцентрат                         | 1–2 дозы   | European guideline – уровень C1  |
| Концентрат протромбинового комплекса     | При остром кровотечении 50 МЕ/кг, при отсутствии эффекта в течение 20 минут ввести повторно в той же дозе. | RCOG – уровень D<br>ASA – уровень A3<br>European guideline – уровень C2            |
| Рекомбинантный активированный фактор VII | 90–110 мкг/кг, при необходимости повторяется каждые 3 ч  | RCOG – уровень D<br>ASA – уровень A1<br>European guideline – уровень C2            |
| Транексамовая кислота                    | 15 мг/кг внутривенно с последующей постоянной инфузией до остановки кровотечения                           | ASA – уровень A2-B<br>WHO – слабая рекомендация<br>European guideline – уровень A1 |



Характеристика синтетических коллоидов\*

Таблица 8

| Показатель                       | Модифицированный желатин | ГЭК 6%   |
|----------------------------------|--------------------------|----------|
| Молекулярный вес (Mw), Да        | 45000                    | 130000   |
| Степень замещения (Ds)           |                          | 0,42/0,4 |
| Осмолярность, мосм/л             | 320                      | 308/308  |
| КОД, мм рт. ст.                  | 33                       | 36/36    |
| Волемический эффект, %           | 100                      | 100/100  |
| Время волемического эффекта, ч   | 3-4                      | 4-6/6    |
| Максимальная доза, мг/кг в сутки | 200                      | 50/50    |
| Влияние на коагуляцию            | 0 +                      | 0 +      |

**Примечание:** Препараты гидроксиметилового крахмала применяются только на высоте шока и гиповолемии в дозе не более 30 мл/кг. Введение должно быть прекращено после стабилизации гемодинамики. Могут применяться другие препараты ГЭК, зарегистрированные в РФ.

При объеме кровопотери до 1500 мл и остановленном кровотечении инфузионная терапия проводится в ограниченном режиме и вместе с компонентами крови не должна превышать 200% от объема кровопотери. Стартовый раствор – кристаллоид, а при неэффективности – синтетические коллоиды. Компоненты крови используются только при подтвержденной коагулопатии (фибриноген менее 1,0 г/л, МНО, АПТВ более 1,5 от нормы, тромбоциты менее 50000 в мкл, гипокоагуляция на ТЭГ) и продолжающемся кровотечении.

При массивной, критической кровопотере более 1500–2000 мл наряду с проведением инфузионной терапии соблюдается **протокол массивной трансфузии** [47, 48, 49, 50, 51, 52, 53] необходимо, как можно раньше (минуты) начать введение компонентов крови (СЗП, эритроцитарная масса, тромбоциты и криопрепитат в соотношении 1:1:1:1) (имеются в виду эффективные лечебные дозы) даже без лабораторного подтверждения, поскольку инфузия только плазмозаменителей в объеме более 30–40 мл/кг при таком объеме кровопотери уже вызывает дислоцированную коагулопатию и увеличивает объем кровопотери, частоту ПОН и летальность [40, 44, 54, 55, 56].

**2. Консервативное** – медикаментозная терапия метотрексатом или метотрексатом в сочетании с фоновой кислород. Используется в соответствии с рекомендациями ASRM (2006); АСОГ (2015); РОАГ (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 органоносущей 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.

**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            | $\beta$ -ХГЧ сыворотки крови, трансаминальное сканирование, печеночные пробы, общий анализ крови, группа крови, мочевина, электролиты | 50 мг/м <sup>2</sup> метотрексата в/м |
| 4            | $\beta$ -ХГЧ сыворотки крови  |                                       |
| 7            | $\beta$ -ХГЧ сыворотки крови  |                                       |

**Тактика:**

Если  $\beta$ -ХГЧ снижается менее, чем на 15% за 4–7 дней, повторно – ТВС и Метотрексат 50 мг/м<sup>2</sup>, если есть признаки ВВ. Если  $\beta$ -ХГЧ уменьшится более, чем на 15% за 4–7 дней, повторяют исследования  $\beta$ -ХГЧ 1 раз в неделю до уровня менее 15 МЕ/л.

**Кандидаты для лечения метотрексатом [6]:**

- гемодинамическая стабильность;
- низкий сывороточный  $\beta$ -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.

Пациентке с внутренним кровотечением (или подозрением на кровотечение) необходимо максимально быстро провести клиническое, лабораторное (эритроциты, гемоглобин, АПТВ, МНО, фибриноген, тромбоциты, ТЭГ) и функциональное (УЗИ) исследование для оценки тяжести кровопотери (табл. 4) [19, 36] и определить необходимость хирургического лечения.

При тяжелой 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!**

В любой ситуации время между постановкой диагноза и началом хирургического остановки кровотечения должно быть минимизировано и этот принцип очень важно тщательно соблюдать как на догоспитальном, так и госпитальном этапах оказания помощи (уровень IA). Оперативное лечение должно быть начато в любых условиях – геморрагического шока, ДВС-синдрома и т.д. и никакие обстоятельства не могут мешать хирургической остановке кровотечения [19]. К оказанию экстренной хирургической помощи и обеспечению консервативного гемостаза должны быть готовы гинекологические и хирургические стационары любой группы (от первой до третьей).

**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 *принципы «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 необходимые для данного случая хирургический гемостаз [37, 38, 39].

## ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

- Хирургическое лечение трубной беременности.
- Хирургическое лечение ВВ внегубарной локализации.

### 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 **β-ХГЧ более 3000-5000 МЕ/л.**

#### Доступ:

1. При наличии геморрагического шока наиболее целесообразным является метод лапаротомии, как метод, способствующий более быстрой остановке кровотечения (уровень C, IV) [17]. 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 (уровень A, IA) [6, 17].
3. 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 (уровень IA) [17].

#### Показания и условия к сальпинготомии:

1. Отсутствие разрыва стенки плодместилища.
2. Отсутствие геморрагического шока.
3. Необходимость сохранения репродуктивной функции.

Оценка тяжести ДВС синдрома при кровопотере проводится по общепринятой шкале International Society on Thrombosis and Haemostasis, 2001 (табл. 6) [25, 26, 27, 28, 29].

Таблица 6

**Шкала диагностики явного (с кровотечением) ДВС-синдрома**

Есть ли у пациента заболевание, соответствующее ДВС-синдрому?  
Если да, то переходим к шкале:

| Показатель   | Баллы                   |   |
|--|-------------------------|---|
| Количество тромбоцитов                                   | более $100 \cdot 10^9$  | 0 |
|  | 50-100·10 <sup>9</sup>  | 1 |
|  | менее $50 \cdot 10^9$   | 2 |
| Растворимые мономеры фибрина/продукты деградации фибрина | Нет увеличения          | 0 |
|  | Умеренное увеличение    | 2 |
|  | Значительное увеличение | 3 |
| Увеличение протромбинового времени                       | Менее чем на 3 с        | 0 |
|  | от 3 до 6 с             | 1 |
|  | более чем на 6 с        | 2 |
| Фибриноген   | Более 1 г/л             | 0 |
|  | Менее 1 г/л             | 1 |
| Сумма баллов более 5 – явный ДВС-синдром                 |                         |   |

При сумме баллов более 5 – абсолютные показания для проведения заместительной терапии компонентами крови и факторами (концентраатами факторов) свертывания крови.

При диагностике ДВС-синдрома с клиническим кровотечением – абсолютные показания для проведения заместительной терапии компонентами крови и факторами (концентраатами факторов) свертывания крови.

**Хирургическое лечение внематочной  
эктопической беременности [6, 12, 17]**

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:
  - клиническая 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 кровотоечения возможна гистерорезектоскопия под контролем лапароскопии.
4. В ряде случаев при отсутствии чрезмерного кровотоечения при необходимости сохранить репродуктивную функцию как метод лечения интерстициальной беременности может быть рассмотрен вопрос о гистеротомии (лапаротомическим или лапароскопическим доступом) с удалением плодovместимости (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 плодovместимости с иссечением рубца, пластикой стенки матки (при необходимости сохранения фертильности), так и органуносящая – 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.