Внематочная (эктопическая) беременность

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: O00, O08 · Российское общество акушеров-гинекологов, Ассоциация акушерских анестезиологов-реаниматологов

Внематочная беременность — имплантация плодного яйца вне полости матки; состояние опасно кровотечением и требует своевременной диагностики. Рекомендация посвящена распознаванию ВБ, экстренной госпитализации и выбору хирургической или, в отдельных случаях, консервативной тактики.

Главное

- К факторам риска относятся перенесённая ВБ, операции и документально подтверждённая патология маточных труб, ВЗОМТ, бесплодие, беременность при наличии ВМК, курение и возраст старше 35 лет. Одна ВБ в анамнезе увеличивает риск повторной ВБ на 10%, две ВБ — на 25%.
- При положительном тесте на ХГЧ и отсутствии признаков маточной или внематочной беременности устанавливают беременность неизвестной локализации. При бета-ХГЧ не менее 1000 МЕ/л и невизуализации плодного яйца в матке нужны трансвагинальное УЗИ и повторный анализ бета-ХГЧ через 48 часов.
- Боли внизу живота или пояснице, задержка менструации и скудные кровянистые выделения требуют исключения ВБ. Головокружение, обморок, тошнота, рвота и симптомы раздражения брюшины особенно характерны для нарушенной беременности.
- При установленной ВБ пациентку госпитализируют экстренно для решения вопроса о дальнейшей тактике ведения и проведения оперативного вмешательства.
- Основной метод лечения любой формы ВБ — хирургический. При геморрагическом шоке предпочтительна лапаротомия; у гемодинамически стабильной пациентки лапароскопия предпочтительнее открытой операции при наличии технических возможностей.
- Метотрексат допустим только как альтернативный органосохраняющий метод у гемодинамически стабильных пациенток после решения консилиума, в стационарах 3 группы и при готовности к динамическому наблюдению.

Диагностика

1. Собрать жалобы и анамнез: уточнить задержку менструации, боли внизу живота или пояснице, иррадиацию в прямую кишку, кровянистые выделения и симптомы возможной кровопотери.
2. Провести пальпацию, перкуссию и аускультацию живота. При прогрессирующей ВБ живот может быть мягким и безболезненным; при нарушенной возможны болезненность, притупление перкуторного звука в отлогих местах и признаки раздражения брюшины. УУР С, УДД 5.
3. Провести бимануальное влагалищное исследование. Оценивают болезненность в нижних отделах живота, образование в области придатков, болезненность при тракции за шейку матки и нависание заднего свода при наличии свободной жидкости в брюшной полости. УУР С, УДД 5.
4. Подтвердить беременность исследованием мочи на ХГЧ и, по возможности, количественным определением бета-ХГЧ в сыворотке. Для мочевого теста УУР В, УДД 2; для сывороточного бета-ХГЧ УУР А, УДД 1.
5. При подозрении на ВБ оценить бета-ХГЧ в динамике. Если исходный уровень ниже 1000 МЕ/л и пациентка стабильна, повторить анализ через 48 часов. Прирост менее 53% или снижение бета-ХГЧ в сочетании с отсутствием беременности в матке на УЗИ свидетельствует в пользу ВБ, но также возможно при неразвивающейся маточной беременности.
6. Всем пациенткам выполнить комплексное УЗИ малого таза — трансвагинальное и трансабдоминальное. Ищут отсутствие плодного яйца в матке, образование в области придатков и свободную жидкость; УЗИ также уточняет локализацию редкой формы ВБ. УУР А, УДД 1.
7. При наличии или подозрении на редкие формы ВБ — беременность в области рубца на матке, шеечную или брюшную беременность — у гемодинамически стабильной пациентки МРТ малого таза применяют как метод второй линии при наличии условий выполнения исследования. УУР В, УДД 2.

Лечение

- Трубную ВБ лечат хирургически лапароскопическим или лапаротомным доступом; УУР В, УДД 2. Сальпингэктомия показана при нарушенной ВБ, повторной беременности в ранее оперированной трубе и является основным методом при прогрессирующей трубной беременности. При здоровой контралатеральной трубе предпочтительнее выполнять сальпингэктомию.
- Сальпинготомию можно выбрать при отсутствии разрыва стенки плодовместилища и геморрагического шока, если необходимо сохранить репродуктивную функцию, в том числе у пациенток с бесплодием в анамнезе, трубно-перитонеальным фактором риска репродуктивных нарушений, отсутствием или заболеванием контралатеральной маточной трубы.
- Метотрексат применяют как альтернативу операции после решения консилиума в стационаре 3 группы. Кандидаты: гемодинамическая стабильность, бета-ХГЧ до 5000 МЕ/л, отсутствие сердечной деятельности эмбриона, исключённая маточная беременность, возможность наблюдения и отсутствие гиперчувствительности. УУР А, УДД 1.
- В первый день метотрексат вводят однократно в дозе 50 мг/м² внутримышечно или внутривенно. Бета-ХГЧ контролируют на 4-й и 7-й день: при снижении менее чем на 15% повторяют трансвагинальное УЗИ и метотрексат 50 мг/м² при сохраняющихся признаках ВБ; при снижении более чем на 15% анализ выполняют еженедельно до уровня менее 15 МЕ/л. Фолиниевая кислота применяется по 6 мг/сут.
- Метотрексат противопоказан при гемодинамической нестабильности, маточной беременности, хронических заболеваниях печени или лёгких, иммунодефиците, язвенной болезни, тяжёлой анемии, лейкопении, тромбоцитопении, гиперчувствительности и невозможности наблюдения. Относительные противопоказания — бета-ХГЧ выше 5000 МЕ/л и плодное яйцо более 4 см. Не назначают препарат до окончательного подтверждения ВБ, кроме уже установленного диагноза с исключённой жизнеспособной маточной беременностью; УУР С, УДД 5.
- Резус-отрицательным пациенткам с подтверждённой ВБ вводят иммуноглобулин человека антирезус Rh0(D) по инструкции препарата для профилактики резус-конфликта; УУР С, УДД 5.
- При массивной кровопотере на догоспитальном этапе проводят медицинскую эвакуацию, катетеризацию периферической вены, начинают инфузию кристаллоидов 500 мл и вводят внутривенно 1 г транексамовой кислоты при подозрении или диагностике массивной кровопотери и геморрагического шока. При продолжающемся кровотечении главное — максимально быстро выполнить хирургический гемостаз.
- При шеечной беременности показано оперативное лечение из-за риска жизнеугрожающего кровотечения; УУР С, УДД 4. Возможны органосохраняющее удаление плодного яйца, в том числе гистерорезектоскопическое на фоне метотрексата с фолиниевой кислотой и иногда эмболизацией маточных артерий, либо гистерэктомия.

Когда направить и как наблюдать

- При установленной ВБ или даже подозрении на неё нужна экстренная госпитализация; пациентку эвакуируют бригадой скорой помощи, самостоятельная транспортировка не допускается.
- При геморрагическом шоке стационар предупреждают заранее; пациентку с тяжёлым состоянием госпитализируют в ближайшее хирургическое отделение, а при поступлении направляют непосредственно в операционный блок.
- Медицинская эвакуация в другой стационар пациенток с продолжающимся кровотечением или подозрением на него противопоказана.
- Редкие формы ВБ оперируют в стационарах 3 группы из-за высокого риска интра- и послеоперационных осложнений.

Частые вопросы

Какой уровень бета-ХГЧ считать подозрительным при отсутствии плодного яйца в матке?

При беременности неизвестной локализации ориентируются на бета-ХГЧ не менее 1000 МЕ/л при невизуализации плодного яйца в матке на трансвагинальном УЗИ. Нужны повторное трансвагинальное УЗИ и контроль бета-ХГЧ через 48 часов.

Как меняется бета-ХГЧ при внематочной беременности?

Снижение или прирост менее 53% за 48 часов вместе с отсутствием беременности в матке на УЗИ свидетельствует в пользу ВБ, но недостаточный прирост бывает и при неразвивающейся маточной беременности. При уровне ниже 1000 МЕ/л у стабильной пациентки анализ повторяют через 48 часов.

Когда при трубной беременности выбирают сальпингэктомию, а когда сальпинготомию?

Сальпингэктомия показана при нарушенной и прогрессирующей ВБ, а также при повторной беременности в ранее оперированной трубе; при здоровой второй трубе она предпочтительна. Сальпинготомию рассматривают без разрыва и геморрагического шока, когда необходимо сохранить репродуктивную функцию.

Кому можно назначить метотрексат и как контролировать лечение?

Препарат допустим у гемодинамически стабильной пациентки при бета-ХГЧ до 5000 МЕ/л, отсутствии сердечной деятельности эмбриона, исключённой маточной беременности и возможности наблюдения. Доза — 50 мг/м² внутримышечно или внутривенно в первый день; бета-ХГЧ проверяют на 4-й и 7-й день, затем еженедельно при снижении более чем на 15%.

Что делать при внематочной беременности с геморрагическим шоком?

Нужны немедленная эвакуация и хирургическая остановка кровотечения; при тяжёлом состоянии пациентку направляют в операционный блок. На догоспитальном этапе допустимы кристаллоиды 500 мл, внутривенная транексамовая кислота 1 г и кислородная или респираторная поддержка.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/642-vnematochnaya-ektopicheskaya-beremennost. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/642_2