



**МИНИСТЕРСТВО  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Руководства по скорой медицинской помощи

## **Скорая медицинская помощь при эктопической беременности**

Год утверждения (частота пересмотра): **2014 (пересмотр каждые 3 года)**

ID: **СМП7**

URL:

Профессиональные ассоциации:

- **Российское общество скорой медицинской помощи**

**АВТОРЫ:** Н.Н. Рухляда, руководитель отдела гинекологии Санкт-Петербургского научно-исследовательского института скорой помощи имени И.И. Джанелидзе; Б.В.Аракелян, заместитель главного врача по акушерско-гинекологической помощи СПб ГБУЗ «Александровская больница».

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ:** эктопическая беременность (ЭБ) - развитие плодного яйца вне полости матки.

Код по МКБ-10	Нозологическая форма
О00.0	Абдоминальная (брюшная) беременность
О00.1	Трубная беременность
О00.2	Яичниковая беременность
О00.8	Другие формы внематочной беременности

#### **КЛАССИФИКАЦИЯ:**

- Абдоминальная (брюшная) беременность – а) первичная, б) вторичная.
- Трубная беременность – а) ампулярная, б) интерстициальная, в) истмическая, г) фимбриальная.
- Яичниковая беременность.
- Шеечная беременность.
- В рудиментарном роге матки.
- Внутрисвязочная.
- Комбинированная.

На догоспитальном этапе целесообразно классифицировать по клиническому течению:

- Прогрессирующая ЭБ.
- Нарушенная ЭБ.

### **ОКАЗАНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ**

## Диагностика:

### 1. Прогрессирующая ЭБ:

- Нарушение менструальной функции (часто – задержка и нетипичный характер последней менструации), другие вероятные признаки беременности: нагрубание молочных желез; тошнота, вкусовые изменения.
- Незначительные тянущие боли без четкой локализации, чаще унилатеральные.
- Тест на беременность положительный, уровень ХГЧ несколько ниже, чем при маточной беременности этого срока.
- При влагалищном исследовании (только для специализированной бригады скорой медицинской помощи) – незначительное размягчение матки и ее перешейка.
- Отсутствие ранних признаков маточной беременности (симптомы Пискачека, Гентера).
- Размеры матки не соответствуют срокам гестации.
- В области придатков пальпируется болезненное образование тестообразной консистенции.
- При шеечной беременности может пальпироваться матка в виде песочных часов (Внимание! При подозрении на шеечную беременность бимануальное и ректальное исследования не проводить!).

### 2. Нарушенная ЭБ: клиническая картина обусловлена гемоперитонеумом, а выраженность ее зависит от длительности и интенсивности кровотечения.

- Общие признаки кровопотери – снижение давления, частый пульс, слабость, головокружение, бледность кожных покровов, тошнота, иногда, жидкий стул – возникают при дефиците ОЦК, как правило, более 15%.
- Вздутие, боли в животе без четкой локализации с иррадиацией в задний проход, внутреннюю поверхность бедра.

- Симптомы раздражения брюшины (Блюмберга-Щеткина).
- Больная стремится принять сидячее положение, что уменьшает боль в животе (симптом ваньки-встаньки).
- Френикус-симптом.
- Симптом Куленкамппфа (болезненность и симптомы раздражения брюшины без напряжения брюшной стенки).
- Притупление перкуторного звука в отлогих частях живота.
- При пальцевом исследовании прямой кишки определяется нависание ее передней стенки; при влагалищном исследовании (только для специализированной бригады скорой медицинской помощи) — уплощение сводов, нависание заднего свода, резкая его болезненность («крик Дугласа»).
- Нарушенная шеечная беременность характеризуется массивным наружным кровотечением.

### **Лечение:**

1. При прогрессирующей ЭБ терапии на догоспитальном этапе не требуется.

Медицинская эвакуация сидя. Контроль АД в процессе медицинской эвакуации.

2. При нарушенной ЭБ:

- Холод на низ живота.
- Катетеризация кубитальной вены.
- Инфузия: гидроксипропилкрахмал 6% или 10% р-р по 500–1000 мл, раствор натрия хлорида 0,9 % - 400 мл, раствор глюкозы 5 % - 400 мл.
- Ввести в/м или в/в этамзилат 4 мл (1000 мг) и/или транексам в/в 5 мл (В, 2+).
- Ингаляция кислорода.

3. При нарушенной шеечной беременностис обильным кровотечениембрюшную аорту придавить кулаком к позвоночнику слева от пупка.

4. При развитии геморрагического шока дополнительно:

- Пульсоксиметрия.

- ЭКГ.
- Инфузия: гидроксипропилкрахмал 6% или 10% р-р по 1000 - 1500 мл, раствор натрия хлорида 0,9 % - 1000 мл струйно.
- Преднизолон 90 - 120 мг в/в (В, 2+).
- При отсутствии эффекта (САД<70) допамин 200 мг на 250 мл 0,9% натрия хлорида с 14 – 18 капель в минуту.
- Ингаляция кислорода.
- При нарушении функции дыхания:
  - атропина сульфат 0,1% - 1,0 в/в;
  - реланиум 2,0 мл в/в;
  - кетамин 1 мг/кг в/в с последующей интубацией и ИВЛ (ВВЛ).

#### **Что нельзя делать:**

- Не повышать САД>90 мм.рт.ст.
- При подозрении на шеечную беременность избегать влагалищного и ректального исследований.

#### **Дальнейшее ведение пациента:**

- Все пациентки с подозрением на ЭБ госпитализируются в гинекологический стационар.
- При развитии геморрагического шока через бюро госпитализации известить стационар, куда планируется доставить пациентку.

### **ОКАЗАНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ В СТАЦИОНАРНОМ ОТДЕЛЕНИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (СтОСМП)**

#### **Диагностика**

- При наличии признаков геморрагического шока и/или шеечной беременности больная, минуя СтОСМП, госпитализируется в операционное отделение для противошоковых мероприятий, где

проводятся противошоковые мероприятия параллельно с диагностическими и лечебными.

- При прогрессирующей ЭБ:
  - Осмотр специалиста (врач-акушер-гинеколог), при необходимости смежных специалистов: врач-хирурга, врач-уролога.
  - Клинический и биохимический анализ крови, коагулограмма, общий анализ мочи.
  - УЗ-исследование органов малого таза и брюшной полости.
  - ЭКГ.

При признаках внутрибрюшного кровотечения дополнительно:

- Лапаро(кульдо-)центез.
- Осмотр врачом-терапевтом (врачом-кардиологом).

## **Лечение**

Лечение данной категории пациенток в условиях СтОСМП ограничено рамками подготовки к оперативному вмешательству:

- Подготовка кишечника.
- Туалет зоны вмешательства, бритье.
- Катетеризация вен.
- Катетеризация мочевого пузыря.
- Постановка желудочного зонда.
- Осмотр врачом-анестезиологом-реаниматологом.

## **Дальнейшее ведение пациента:**

- Все пациентки госпитализируются в профильное (гинекологическое) отделение.
- При отказе от госпитализации - актив в женскую консультацию.

## **Приложение**

Сила рекомендаций (A-D), уровни доказательств (1++, 1+, 1-, 2++, 2+, 2-, 3, 4) по схеме 1 и схеме 2 приводятся при изложении текста клинических рекомендаций (протоколов).

Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций (схема 1)

Уровни доказательств	Описание
1++	Мета-анализы высокого качества, систематические обзоры рандомизированных контролируемых исследований (РКИ), или РКИ с очень низким риском систематических ошибок
1+	Качественно проведенные мета-анализы, систематические, или РКИ с низким риском систематических ошибок
1-	Мета-анализы, систематические, или РКИ с высоким риском систематических ошибок
2++	Высококачественные систематические обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований. Высококачественные обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований с очень низким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2+	Хорошо проведенные исследования случай-контроль или когортные исследования со средним риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2-	Исследования случай-контроль или когортные исследования с высоким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
3	Не аналитические исследования (например: описания случаев, серий случаев)
4	Мнения экспертов

Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций (схема 2)

Сила	Описание
А	По меньшей мере, один мета-анализ, систематический обзор, или РКИ, оцененные, как 1++ , напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие устойчивость результатов или группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные, как 1+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов
В	Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные, как 2++, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 1++ или 1+
С	Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные, как 2+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 2++
D	Доказательства уровня 3 или 4 или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 2+