



Міністерство освіти і науки України  
Сумський державний університет  
Навчально-науковий медичний інститут

Сухоставець Н. П.

## **ЕКТОПІЧНА ВАГІТНІСТЬ**

Конспект лекцій

Суми  
Сумський державний університет  
2024

Міністерство освіти і науки України  
Сумський державний університет  
Навчально-науковий медичний інститут

# ЕКТОПІЧНА ВАГІТНІСТЬ

## Конспект лекцій

із дисципліни «**Акушерство та гінекологія**»  
для студентів спеціальностей 221 «*Стоматологія*»,  
222 «*Медицина*», 228 «*Педіатрія*»  
денної форми навчання

Затверджено  
на засіданні кафедри акушерства, гінекології  
та планування сім'ї як конспект лекцій  
із дисципліни «Акушерство та гінекологія».  
Протокол № 10 від 29.12.2023 р.

Суми  
Сумський державний університет  
2024

Ектопічна вагітність : конспект лекцій / укладач Н. П. Сухоставець. –  
Суми : Сумський державний університет, 2024. – 34 с.

Кафедра акушерства, гінекології та планування сім'ї НН МІ

## Зміст

1. Вступ.
2. Поняття ектопічної вагітності.
3. Класифікація ектопічної вагітності.
4. Етіологія та патогенез ектопічної вагітності.
5. Організація надання медичної допомоги в разі ектопічної вагітності.
6. Клінічна картина перебігу різних варіантів ектопічної вагітності.
7. Диференціально-діагностичні ознаки різних варіантів ектопічної вагітності.
8. Дігностика ектопічної вагітності.
9. Критерії якості надання допомоги в разі ектопічної вагітності.
10. Ультразвукові критерії ектопічної вагітності.
11. Особливості призначення медикаментозного лікування ектопічної вагітності.
12. Диференціальна діагностика ектопічної вагітності.
13. Варіанти оперативного лікування ектопічної вагітності.
14. Лікування рідкісних форм ектопічної вагітності.
15. Методи контрацепції після перенесеної ектопічної вагітності.

## Вступ

Усі вагітності в жінок можна охарактеризувати як вагітність із нормальною імплантацією в порожнині матки (маткову), ектопічну й вагітність невідомої локалізації. Термін «ектопічна» вагітність часто вважали синонімом позаматкової вагітності, оскільки здебільшого ектопічна вагітність знаходиться у фаллопієвих трубах. Однак останніми роками спостерігається значне збільшення кількості випадків ектопічної вагітності, яка локалізується поза порожниною матки, але в межах матки, таких як вагітність у рубці на матці після кесарева розтину, шийкова, інтрамуральна та інтерстиціальна вагітності. Ці типи ектопічної вагітності зазвичай спричинені рубцями або неповним загоєнням матки після її хірургічної травми під час таких оперативних втручань, як кесарів розтин, міомектомія та оперативна гістероскопія.

**Ектопічна вагітність (*graviditas extrauterinae*)** – це стан, за якого запліднене плідне яйце імплантується й розвивається поза порожниною матки.

### Коди стану:

- О00 Позаматкова вагітність
  - О00.0 Черевна вагітність
  - О00.1 Трубна вагітність
  - О00.2 Яєчникова вагітність
  - О00.8 Інші форми позаматкової вагітності
  - О00.9 Позаматкова вагітність, неуточнена

### Класифікація:

• за локалізацією: трубна, яєчникова, черевна, шийкова, в рудиментарному розі матки;

• за перебігом: прогресуюча, порушена (трубний аборт, розрив маткової труби), вагітність, що не розвивається.

**Трубна вагітність** (частота – 98–99 %), форми (залежно від місця прикріплення заплідненої яйцеклітини):

- 1) в ампулярному відділі маткової труби;
- 2) в перешийковому (істмічному) відділі;
- 3) в інтерстиціальному (інтрамуральному) відділі.

**Яєчникова вагітність** (частота – 0,1–0,7 %); форми:

1) епіоваріальна (екстрафолікулярна) вагітність, що розвивається на поверхні яєчника;

- 2) інтрафолікулярна (вагітність, що розвивається всередині фолікула).

**Черевна вагітність** (частота – 0,3–3,4 %); форми:

- 1) первинна – імплантація відбувається відразу на пристінковій (парієтальній) очеревині, сальнику чи будь-яких органах черевної порожнини;
- 2) вторинна – плідне яйце прикріплюється в черевній порожнині після екскурсії його з маткової труби внаслідок трубного мимовільного аборту.

**Вагітність у рудиментарному розі матки** (частота – 0,1–1,9 %), анатомічно її можна віднести до маткової, проте через відсутність зв'язку рудиментарного рогу з піхвою клінічно така вагітність проходить як позаматкова.

**Шийкова вагітність** (частота – 0,3–3,4 %); форми:

- 1) справжня шийкова – плідне яйце імплантується й розвивається лише в шийковому каналі;
- 2) перешийково-шийкова – місцем прикріплення плідного яйця є шийка та ділянка перешийка.

### **Критерії якості медичної допомоги**

1. Медичне сортування хворих з ектопічною вагітністю під час госпіталізації до відділення екстреної (невідкладної) медичної допомоги або приймального відділення ЗОЗ проводять відповідно до чинних галузевих стандартів медичної допомоги.

2. Жінкам необхідно надати інформацію щодо переваг та недоліків, пов'язаних із кожним методом, застосовуваним для лікування ЕВ, гемодинамічно стабільні пацієнти беруть участь у виборі найбільш прийняттого лікування (форма № 003-6/о).

3. Оцінюють крововтрату відповідно до чинних галузевих стандартів медичної допомоги.

4. За наявності ознак геморагічного шоку медичну допомогу надають згідно з чинними галузевими стандартами у сфері охорони здоров'я.

5. Під час виписування зі стаціонару пацієнтці надають виписку (форма № 027/о) з рекомендаціями щодо подальшого спостереження, методу контрацепції та планування наступної вагітності.

### **Етіологія та патогенез**

Плідне яйце імплантується поза порожниною матки внаслідок порушення транспорту заплідненої яйцеклітини або внаслідок зміни його властивостей. У звичайних умовах запліднення яйцеклітини відбувається в ампулярному відділі маткової труби, після цього запліднена яйцеклітина просувається по ній до матки завдяки перистальтичним рухам труби й мерехтінню миготливого епітелію ендосальпінкса.

Фактори ризику виникнення позаматкової вагітності:

- запальні захворювання матки та придатків матки в анамнезі;
- рубцево-спайкові зміни органів малого таза внаслідок перенесених раніше операцій на внутрішніх статевих органах (пельвіоперитоніту, абортів);
- порушення гормональної функції яєчників;
- генітальний інфантилізм;
- ендометріоз;
- тривале використання внутрішньоматкових контрацептивів.

Найбільш поширеними інфекціями, що зумовлюють значний спайковий процес в органах малого таза, є гонорея, хламідіоз, туберкульоз, проте до виникнення перитубарних спайок може призвести будь-яка неспецифічна інфекція внаслідок абортів, внутрішньоматкових діагностичних і лікувальних втручань, застосування ВМК, перенесеного апендициту.

Слизова оболонка маткової труби реагує на запалення набряком, проліферацією сполучної тканини, що спричиняє порушення функції миготливого епітелію й значне звуження її просвіту; внаслідок цього порушуються анатомічне розміщення маткової труби, її іннервація та здатність реагувати на вплив естрогенів і прогестерону, перелічені фактори призводять до порушення рухової активності маткової труби, що врешті-решт впливає на формування позаматкової вагітності.

Крім порушення структури й функції маткових труб унаслідок запалення, в розвитку значного спайкового процесу важливу роль відіграє ендометріоз, що також може призводити до виникнення позаматкової вагітності. Однією з причин позаматкової вагітності є порушення функції яєчників, як наслідок, гіпоталамо-гіпофізарної дисфункції, тому що перистальтика маткових труб та анатомо-функціональна спроможність сфінктера, розміщеного в інтерстиціальному відділі труби, залежать від впливу естрогенів і прогестерону; з урахуванням цього можна пояснити досить високу частоту позаматкової вагітності серед жінок із генітальним інфантилізмом; у такій ситуації внаслідок гіпофункції яєчників виникають анатомо-фізіологічні зміни в маткових трубах (довгі, покручені, зі слабкою перистальтикою), що призводить до імплантації заплідненої яйцеклітини в матковій трубі.

Певну роль в етіології ектопічної вагітності відіграють пухлини матки та придатків, що призводить до стиснення просвіту труби й порушення транспорту плідного яйця.

Одним з етіологічних факторів настання позаматкової вагітності є порушення протеолітичної активності трофобласта плідного яйця; за зниженої активності трофобласта або в разі сповільненого його утворення плідне яйце імплантується в шийці матки, тобто виникає шийкова вагітність.

Причиною вагітності в рудиментарному розі матки або матковій трубі може бути міграція заплідненої яйцеклітини з однієї маткової труби в іншу.

### **Організація надання медичної допомоги в разі ектопічної вагітності**

Жінки з підозрою на ектопічну вагітність на ранніх термінах повинні бути направлені до ЗОЗ, що надає спеціалізовану медичну допомогу для діагностики та лікування.

За наявності таких скарг чи симптомів у пацієнтки з ЕВ, як непритомність або запаморочення, гострий біль у животі, ознаки внутрішньої кровотечі (різке зниження артеріального тиску, наростання частоти пульсу, виражена загальна слабкість та блідість шкіри тощо), транспортування бригадою екстреної медичної допомоги проводять до найближчого ЗОЗ, у якому можливе надання гінекологічної медичної допомоги в повному обсязі.

Ектопічна вагітність є основною причиною материнської захворюваності та смертності. Кровотеча внаслідок розриву фаллопієвої труби або інших структур, у яких імплантована ЕВ, є основною причиною материнської смертності в першому триместрі й становить від 4 до 10 відсотків усіх смертей, пов'язаних із вагітністю. Більшість цих смертей відбувається до госпіталізації або під час транспортування пацієнтки до ЗОЗ.

Розрив маткових труб зазвичай пов'язаний із значною кровотечею, яка може бути фатальною, якщо терміново не буде виконане оперативне втручання.

Трубний аборт – це вигнання продуктів зачаття через фімбріальний відділ маткової труби. Після цього може відбутися резорбція тканини або повторна імплантація трофобласта в черевній порожнині (вторинна абдомінальна вагітність) або на яєчнику (яєчникової вагітність). Трубний аборт може супроводжуватися масивною внутрішньочеревною кровотечею, що потребує ургентного хірургічного втручання, або мінімальною кровотечею, яка не потребуватиме подальшого лікування.

Регресування трубної вагітності може статися спонтанно, хоча важко передбачити, в яких пацієнток відбудеться регрес трубної вагітності без ускладнень.

### **Клінічна картина прогресуючої позаматкової вагітності**

У разі прогресуючої позаматкової вагітності спостерігаються звичайні ознаки вагітності ранніх термінів (як суб'єктивні, так і об'єктивні). Шийка матки щільна, а в ділянці перешийку – розм'якшена, хоча й не такою мірою, як у разі маткової вагітності. Матка розм'якшена, поступово збільшується, але розміри не відповідають необхідним для даного терміну вагітності. Форма її



залишається грушоподібною, не відмічається асиметричного випинання одного з кутів, як це буває за маткової вагітності.

Поза маткою або дещо збоку вдається пропальпувати потовщену нещільну вагітну трубу. Консистенція придатків більш щільна, різко виражений больовий синдром. У разі виникнення труднощів щодо визначення правильного діагнозу (запалення придатків чи прогресуюча трубна вагітність) жінці призначають повне обстеження, нагляд упродовж 1–2 днів. Нормальна температурна реакція, стабільна кількість лейкоцитів у динаміці та відсутність об'єктивних симптомів запалення свідчать на користь позаматкової вагітності.

В установленні діагнозу важливе значення мають позитивні тести на вагітність, ультразвукова діагностика, діагностична лапароскопія.

Характерні симптоми позаматкової вагітності виявляються, коли настає трубний аборт або розрив труби. У разі трубного аборту плідне яйце розтягує маткову трубу, що призводить до її локального збільшення, стоншення та пошкодження ендосальпінксу. Ворсини хоріона руйнують кровоносні судини, виникає відшарування зародка, антиперистальтичні скорочення міосальпінксу виганяють плідне яйце з труби в черевну порожнину, що супроводжується крововиливом у черевну порожнину. Розрив маткової труби відбувається внаслідок проростання її слизової, м'язової та серозної оболонок ворсинами хоріона. Внутрішньочеревна кровотеча відбувається з пошкоджених судин труби. Якщо локалізація плідного яйця в істмічному або ампулярному відділі труби, то перфорація стінки труби виникає на 4–6-му тижнях вагітності, якщо в інтрамуральному, – то вагітність може продовжуватися до 10–12 тижнів завдяки потужній м'язовій оболонці та рясному кровопостачанню цього відділу.

Порушення позаматкової вагітності за типом розриву труби характеризується раптовим, гострим початком. У жінки виникає напад болю внизу живота, що супроводжується непритомністю. Біль іррадіює в задній прохід, плече, надключичну ділянку (френікус-симптом). Унаслідок наростаючої кровотечі з'являється блідість шкіри і видимих слизових оболонок, прискорюється пульс, знижується артеріальний тиск, тобто виявляються ознаки геморагічного шоку. Дихання прискорюється, в тяжких випадках виникає блювання, шкіра вкривається потом, температура тіла знижується. Живіт здутий, болючий під час пальпації, позитивні симптоми подразнення очеревини. Під час перкусії живота визначається притуплення в ділянці скупчення крові, яка вилилася. Під час перекладання хворої на бік зони приглушення перкуторного звуку змінюються внаслідок того, що кров, яка вилилася, стікає до того боку, на якому лежить хвора.

Проведення внутрішнього гінекологічного обстеження значно ускладнюється через різку болючість черевної порожнини. Під час огляду за допомогою дзеркал можна виявити ціаноз слизової оболонки піхви та шийки матки. Кров'яні виділення з цервікального каналу мізерні, незначні. Їх поява пов'язана з відшаруванням децидуальної оболонки матки. Обережне бімануальне дослідження виявляє сплюснення або випинання заднього склепіння піхви. Матка легко зсувається. Складається враження, що матка та збільшені з одного боку придатки матки ніби «плавають» у вільній рідині. Відмічається різна болючість під час зміщення шийки матки й різка болючість заднього склепіння піхви («крик Дугласа»).

Яєчникова, черевна ектопічна вагітність та вагітність у рудиментарному розі матки бувають рідко.

Яєчникова вагітність. Плідне яйце може імплантуватися на поверхні яєчника або розвиватися всередині фолікула. Ця вагітність переривається на ранніх термінах, подібна до картини трубної.

Черевна вагітність буває як первинною, так і вторинною. Плідне яйце може прикріплюватися до різних органів черевної порожнини. Вона закінчується розривом капсули плодовмістища на ранніх термінах, масивною кровотечею, перитонеальним шоком, втратою свідомості. Під час вагінального дослідження пальпується невелика матка, частини плода визначаються під черевною стінкою.

Клінічними проявами шийкової та перешийково-шийкової вагітності є кровотеча з піхви на тлі затримки менструації за відсутності больового синдрому. Під час гінекологічного огляду звертають на себе увагу ексцентричне розміщення зовнішнього вічка та розширення судин шийки матки. Бімануальне дослідження виявляє м'яку «діжкоподібну» збільшену шийку й невеликих розмірів щільну матку. Після проведення дослідження кровотеча посилюється. Вагітність у рудиментарному розі матки, що має недостатньо розвинений м'язовий шар і неповноцінну слизову оболонку, переривається у 8–16 тижнів, виникає інтенсивна кровотрата з розвитком внутрішніх перитонеальних симптомів.

## Диференціально-діагностичні ознаки різних форм ектопічної вагітності

Клінічні ознаки	Прогресуюча ектопічна вагітність	Трубний викидень	Розрив маткової труби
Ознаки вагітності	Позитивні	Позитивні	Позитивні
Загальний стан	Задовільний	Періодично погіршується, короткочасні синкопе, тривалі періоди задовільного стану	Колаптоїдний стан, клініка масивної крововтрати, постійне погіршення
Біль	Відсутній	Напади болю, що періодично повторюються	Виникає раптово у вигляді гострого нападу
Виділення	Відсутні	Мажучі, темно-коричневі, після нападу болю, можуть мати частинки децидуальної тканини	Відсутні, чи незначні кров'яністі
Дані піхвового дослідження	Матка менша від терміну затримки менструації, поряд із маткою визначається утвір витягнутої форми, безболісний, склепіння вільні	Ті самі плюс болючість під час зміщення матки, утвір без чітких меж, ущільнення заднього склепіння	Ті самі плюс симптом «плаваючої» матки, болючість матки й проєкції придатків з ураженого боку, нависання заднього склепіння
Найінформативніші методи дослідження	УЗД, лапароскопія, діагностичне вишкрібання порожнини матки	Лапароскопія	Пункція заднього склепіння

## Діагностика ектопічної вагітності

Для визначення тактики ведення ектопічної вагітності (ЕВ) необхідно провести обстеження щодо наявності та локалізації вагітності, а також оцінювання пацієнтки на наявність ознак гемодинамічної нестабільності (наприклад, запаморочення, артеріальна гіпотензія, тахікардія).

Діагноз ектопічної вагітності ґрунтується на підставі даних трансвагінального ультразвукового дослідження (УЗД) та визначення рівнів бета-хоріонічного гонадотропіну людини ( $\beta$ -ХГЛ) в сироватці крові.

Класичними ознаками ектопічної вагітності є вагінальна кровотеча і/або біль у животі за позитивного результату сироваткових рівнів  $\beta$ -ХГЛ. Кожну сексуально активну жінку репродуктивного віку, в якій виникає біль у животі або вагінальна кровотеча, необхідно обстежувати на вагітність незалежно від того, чи використовує вона на цей час протизаплідні засоби.

Жінки, які завагітніли й мають відомі значні чинники ризику, повинні бути обстежені на наявність можливої ЕВ навіть за відсутності симптомів.

Фактори ризику ектопічної вагітності:

- попередня ектопічна вагітність;
- патологія маткових труб;
- оперативні втручання (наприклад, запальне захворювання органів малого таза або перев'язування маткових труб);
- поточне використання внутрішньоматкової спіралі;
- паління;
- застосування допоміжних репродуктивних технологій.

Однак у більшості жінок з ЕВ неможливо визначити фактори ризику.

## Критерії якості медичної допомоги

### Обов'язкові:

1. Діагностику ЕВ проводять на підставі анамнезу, клінічних ознак, даних загального фізикального й гінекологічного обстеження, результатів трансвагінального УЗД та визначення рівня сироваткового  $\beta$ -ХГЛ.

2. Під час збирання анамнезу необхідно уточнити такі дані:

#### 1) акушерсько-гінекологічний анамнез:

- дата останньої менструації;
- попередні вагітності;
- запальні захворювання;
- перенесені операції органів малого таза;
- методи контрацепції;

2) **біль у животі:**

- початок;
- тривалість;
- характер;
- іррадіація болю;
- фактори полегшення або посилення болю;

3) **вагінальна кровотеча:**

- початок;
- тривалість;
- об'єм (кількість просякнутих прокладок);

4) **синкопе / запаморочення;**

5) **нудота / блювання.**

3. Клінічні ознаки ектопічної вагітності включають:

- загальні симптоми:
  - біль у животі або ділянці малого таза;
  - аменорея або затримка менструації;
  - вагінальні кровотечі зі згустками крові чи без них;
  - інші симптоми: чутливість молочних залоз;
  - симптоми з боку шлунково-кишкового тракту;
  - запаморочення;
  - загальна слабкість чи втрата свідомості;
  - біль у ділянці плеча;
  - симптоми з боку сечовидільних шляхів;
  - елементи тканин у кров'янистих виділеннях зі статевих шляхів;
  - відчуття тиску на пряму кишку або біль під час дефекації.

4. Дані загального фізикального й гінекологічного обстеження в разі ЕВ включають:

- більш поширені ознаки:
  - чутливість у ділянці органів малого таза;
  - болючість придатків матки;
  - болючість під час пальпації живота;
- інші ознаки:
  - чутливість у разі зміщення шийки матки;
  - болючість у разі раптового послаблення тиску на передню черевну стінку або перитонеальні ознаки;
  - блідість шкіри;
  - здуття живота;
  - збільшення тіла матки;

- тахікардія (> 100 за 1 хв) або гіпотонія (< 100/60 мм рт. ст.);
- шок або колапс;
- ортостатична гіпотензія.

5. За підозри на шийкову вагітність гінекологічне обстеження проводять в умовах розгорнутої операційної.

6. Трансвагінальне УЗД є найкращим методом діагностики ектопічної вагітності.

### Ультразвукові критерії ектопічної вагітності\*

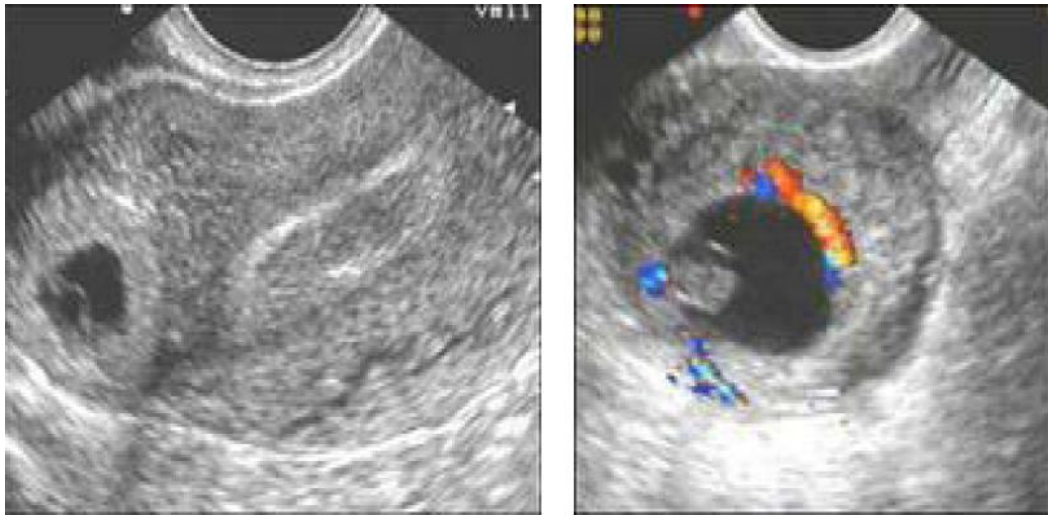
Локалізація	Критерії
Трубна ектопічна вагітність	<p>Відсутність плідного яйця в порожнині матки.</p> <p>Візуалізація утвору чи плідного яйця в ділянці придатків матки, які під час УЗД рухаються окремо від яєчника.</p> <p>Залежно від локалізації трубну ектопічну вагітність поділяють на інтерстиціальну, істмічну й ампулярну. Вагітність поблизу матки, але не оточену міометрієм, описують як істмічну, тоді як вагітність, розміщену у фаллопієвій трубі подалі від порожнини матки та близько до яєчника, позначають як ампулярну трубну ектопічну вагітність.</p> <p>У разі трубної ектопічної вагітності потрібно визначати розміри гематосальпінксу за його наявності</p>
Інтерстиціальна ектопічна вагітність**	<p>Відсутність плідного яйця в порожнині матки.</p> <p>Продукти зачаття / плідне яйце розміщені латерально в інтерстиціальній (інтрамуральній) частині маткової труби й оточені менш ніж 5 мм міометрія в усіх площинах візуалізації.</p> <p>Наявність ознаки «інтерстиціальної лінії», яка являє собою тонку ехогенну лінію інтерстиціального сегмента фаллопієвої труби, що прилягає до медіального боку гестаційного мішка та латерального боку порожнини матки</p>
Шийкова ектопічна вагітність**	<p>Відсутність плідного яйця в порожнині матки.</p> <p>Шийка матки діжкоподібної форми.</p>

	<p>Розміщення плідного яйця нижче від рівня внутрішнього вічка шийки матки.</p> <p>Відсутність симптому «ковзання».</p> <p>Наявність кровотоку навколо плідного яйця, визначеного за допомогою кольорової доплерографії</p>
Вагітність у рубці на матці після кесарева розтину**	<p>Відсутність плідного яйця в порожнині матки.</p> <p>Плідне яйце чи солідний трофобластичний утвір, розміщені на передній стінці матки, на рівні внутрішнього вічка в рубці на матці після попереднього кесарева розтину в нижньому сегменті матки.</p> <p>Тонкий шар міометрія чи його відсутність між плідним яйцем і сечовим міхуром.</p> <p>Допплерографічні ознаки трофобластичного / плацентарного кровообігу.</p> <p>Порожній цервікальний канал</p>
Інтрамуральна вагітність**	<p>Розміщена вище від рівня внутрішнього вічка, що відрізняє її від шийкової вагітності та вагітності в рубці на матці після кесарева розтину.</p> <p>Локалізується в рубці після попередньої міомектомії, перфорації матки або корпорального кесарева розтину, іноді – в осередку аденоміозу.</p> <p>Визначальною ознакою є розширення за межі ендометріально-міометріального з'єднання вище від рівня внутрішнього вічка</p>
Вагітність у додатковому розі матки	<p>Візуалізується одна інтерстиціальна частина маткової труби в основному тілі однорогої матки.</p> <p>Продукти зачаття / плідне яйце виглядають рухливими, знаходяться окремо від порожнини однорогої матки й повністю оточені міометрієм.</p> <p>Наявна судинна ніжка, що прилягає до плідного яйця</p>
Яєчникова ектопічна вагітність	<p>Немає специфічних узгоджених критеріїв.</p> <p>Яєчникова вагітність розміщена повністю або частково у паренхімі яєчника.</p>

	<p>Ключовою діагностичною ознакою, проте не специфічною є неможливість відокремити вагітність від яєчника в разі обережного тиску ультразвуковим датчиком під час обстеження.</p> <p>Виявлення складного ехогенного утвору в ділянці придатків матки з наявністю вільної рідини в дугласовому просторі може свідчити про розрив яєчникової ектопічної вагітності.</p> <p>Здебільшого яєчникова вагітність є іпсилатеральною до жовтого тіла</p>
Абдомінальна ектопічна вагітність	<p>Найбільш поширеними місцями для імплантації є широка зв'язка матки, дугласів простір, міхурово-маткова складка, зовнішня поверхня фаллопієвих труб і тіла матки.</p> <p>Відсутність плідного яйця в порожнині матки.</p> <p>Відсутність під час УЗД дилатації маткових труб і складних утворів у ділянці придатків матки.</p> <p>Плідне яйце оточене петлями кишківника й відокремлене від них очеревиною.</p> <p>Широкий діапазон мобільності, подібної до коливань, що особливо очевидно під час обережного натискання трансвагінальним датчиком у напрямку дугласового простору.</p> <p>Допплерівське дослідження допомагає підтвердити наявність перитрофобластичного кровотоку</p>
Гетеротопічна вагітність	<p>Ультразвукові дані свідчать про наявність маткової і співіснуючої ектопічної вагітності</p>

**Примітка:** \* – гемоперитонеум необхідно класифікувати напівкількісно як легкий, якщо в дугласовому просторі наявна лише ехогенна рідина, помірний, якщо є видимі згустки крові, й тяжкий, якщо згустки крові та ехогенна рідина наявні як у дугласовому просторі, так і в міхурово-матковій складці; \*\* – інтерстиціальну, шийкову вагітність, вагітність у рубці на матці після кесарева розтину та інтрамуральну ЕВ потрібно описувати як повну або часткову. ЕВ, що повністю обмежена міометрієм без видимого зв'язку з порожниною матки, необхідно описувати як повну. ЕВ, яка певною мірою залучає міометрій, але частково знаходиться в порожнині матки, потрібно позначати як часткову





**УЗД-картина ектопічної вагітності**



**Ехо-картина ектопічної вагітності**

7. Для визначення тактики ведення ектопічної вагітності, візуалізованої за допомогою трансвагінального УЗД, використовують одноразове визначення рівня сироваткового  $\beta$ -ХГЛ. У гемодинамічно стабільних пацієток за вихідного рівня сироваткового  $\beta$ -ХГЛ  $< 1\ 000$  МО/л проводять повторне дослідження сироваткового  $\beta$ -ХГЛ через 48 годин. Визначення рівня  $\beta$ -ХГЛ у сироватці крові для діагностики гетеротопічної вагітності є обмеженим.

8. Перед хірургічним лікуванням ектопічної вагітності проводять стандартне обстеження для ургентного оперативного втручання, визначення

об'єму крововтрати, моніторинг артеріального тиску, пульсу, сатурації крові за даними пульсоксиметрії, діурезу жінки.

9. Остаточний діагноз у разі хірургічного лікування ектопічної вагітності підтверджують результатами патологогістологічного дослідження операційного матеріалу. На кожний операційний матеріал персональний лікар заповнює першу сторінку бланка-направлення на дослідження за формою № 014/о. Персональний лікар або лікар ЗОЗ, який здійснив відбір операційного матеріалу, забезпечує належне зберігання операційного й біопсійного матеріалу.

10. Медикаментозне лікування ектопічної вагітності може бути застосовано за умови відповідності пацієнтки критеріям призначення та відсутності протипоказань. Лабораторні обстеження, які повинні бути виконані перед призначенням медикаментозного лікування: сироватковий рівень  $\beta$ -ХГЛ, сечовина, електроліти, печінкові проби, клінічний аналіз крові, група крові, резус-фактор.

### Особливості призначення медикаментозного лікування ектопічної вагітності

День	Обстеження й терапія	
1-й	Сироватковий рівень $\beta$ -ХГЛ, сечовина, електроліти, печінкові проби, клінічний аналіз крові, група крові, резус-фактор. Введення метотрексату 50 мг/м <sup>2</sup> поверхні тіла* внутрішньом'язово.	
4-й	Сироватковий рівень $\beta$ -ХГЛ	
7-й	Сироватковий рівень $\beta$ -ХГЛ: – якщо рівні $\beta$ -ХГЛ знижуються менше ніж на 15 % на 4–7-й дні, потрібне повторне трансвагінальне УЗД та введення другої дози метотрексату 50 мг/м <sup>2</sup> поверхні тіла* внутрішньом'язово, якщо пацієнтка відповідає критеріям для медикаментозного лікування. – якщо рівні $\beta$ -ХГЛ знижуються більше ніж на 15 % на 4–7-й дні, потрібно повторювати визначення рівня $\beta$ -ХГЛ щотижня до рівня менше ніж 15 МО/л.	

**Примітка:** \* – площу поверхні тіла жінки (м<sup>2</sup>) розраховують за номограмою для дорослих на підставі зросту (см) та маси тіла (кг).

**Кандидатура пацієнтки для призначення метотрексату повинна відповідати визначеним критеріям:**

- гемодинамічна стабільність;
- прогресуюча трубна вагітність розмірами менше ніж 35 мм без видимого серцебиття плода на УЗД;
- відсутність маткової вагітності на УЗД;
- сироватковий рівень  $\beta$ -ХГЛ від  $< 1\ 500$  МО/л до  $< 5\ 000$  МО/л;
- згода пацієнтки на подальше лікарське спостереження;
- відсутність відомої чутливості до метотрексату.

**Предиктори ефективності медикаментозного лікування:**

- рівень  $\beta$ -ХГЛ у сироватці крові  $< 1\ 000$  МО/л;
- відсутність візуалізації жовткового мішка, ембріонального полюса та/або серцевої діяльності плода на УЗД;
- повільне збільшення рівнів  $\beta$ -ХГЛ до 11–20 % за 48 годин перед введенням метотрексату;
- зниження рівнів  $\beta$ -ХГЛ із 1-го дня до 4-го дня після введення метотрексату.

**Протипоказання до медикаментозного лікування ЕВ  
(введення метотрексату)**

1. Гемодинамічна нестабільність.
2. Наявність маткової вагітності.
3. Грудне вигодовування.
4. Неможливість виконання подальшого спостереження.
5. Відома чутливість до метотрексату.
6. Хронічні захворювання печінки.
7. Захворювання крові.
8. Активна хвороба легень.
9. Імунодефіцит.
10. Виразкова хвороба.

Необхідно зазначити, що застосування лікарських засобів, зокрема метотрексату, який продемонстрував достатню ефективність у клінічних дослідженнях під час лікування певної категорії пацієнток з ектопічною вагітністю, в Україні може мати обмеження через відсутність відповідних показань до застосування в затвердженій МОЗ України інструкції для медичного застосування. Відповідно до статті 44 Закону України «Основи

законодавства України про охорону здоров'я» лікарські засоби, що перебувають на розгляді в установленому порядку, але ще не допущені до застосування, та незареєстровані лікарські засоби можуть використовуватися в інтересах вилікування особи лише за умови отримання письмової згоди та інформування пацієнта або його законного представника про цілі, методи, побічні ефекти, можливий ризик та очікувані результати лікування.

11. Якщо маткова вагітність є небажаною, вакуум-аспірація порожнини матки в жінок із підвищеним рівнем сироваткового  $\beta$ -ХГЛ допомагає відрізнити ЕВ від викидня раннього терміну за допомогою визначення відсутності ворсин хоріона під час патологогістологічного дослідження зразка ендометрія.

### **Бажані:**

1. Магнітно-резонансна томографія (МРТ) в гемодинамічно стабільних пацієток є методом діагностики другої лінії вагітності в рубці на матці після кесарева розтину, інтерстиціальної й абдомінальної ектопічної вагітності. У разі абдомінальної вагітності виконання МРТ може допомогти підтвердити діагноз і визначити імплантацію плаценти до життєво важливих структур, таких як печінка, селезінка, великі кровоносні судини або кишківник.

2. Після лікування ектопічної вагітності в додатковому розі матки для діагностики аномалій сечовивідних шляхів рекомендується УЗД нирок, за показаннями – консультація лікаря-уролога.

### **Диференціальна діагностика ектопічної вагітності**

- порушена маткова вагітність;
- апоплексія яєчника;
- гострий апендицит;
- гострий сальпінгофорит, пельвіоперитоніт;
- перекручення ніжки пухлини придатків;
- сечокам'яна хвороба.

### **Ектопічна вагітність**

#### **Діагностичні критерії:**

1. Анамнез, скарги – аменорея 6–8 тижнів, суб'єктивні ознаки вагітності, мажучі кров'яністі виділення зі статевих шляхів.

2. Температура – нормальна чи субфебрильна.

3. Дані зовнішньої пальпації живота – ознаки гострого живота.

4. Піхвове й ректальне обстеження – матка менша, ніж передбачуваний термін вагітності, збоку від неї – витягнутий утвір, болючий під час пальпації.
5. Дослідження гемоглобіну, гематокриту – знижені або швидко знижуються в динаміці.
6. Тест на вагітність – позитивний чи сумнівний.
7. Лейкоцитарна формула – у нормі чи незначний лейкоцитоз.
8. Ультразвукове дослідження – не завжди переконливе, вільна рідина в черевній порожнині.
9. Пункція заднього склепіння піхви – кров зі згустками.
10. Діагностичне вишкрібання – децидуальна тканина без елементів плідного яйця.

### **Порушена маткова вагітність**

#### ***Діагностичні критерії:***

1. Анамнез, скарги – аменорея різної тривалості, ознаки вагітності. Кровотеча зі статевих шляхів різної інтенсивності, зі згустками.
2. Температура тіла – нормальна чи субфебрильна.
3. Дані зовнішньої пальпації живота – незначний біль у нижній частині живота, відсутні ознаки подразнення живота.
4. Піхвове й ректальне обстеження – матка збільшена відповідно до терміну затримки менструації, шароподібної форми.
5. Дослідження гемоглобіну, гематокриту – ступінь анемізації відповідає об'єму зовнішньої кровотечі.
6. Тест на вагітність – позитивний.
7. Лейкоцитарна формула – у нормі.
8. Ультразвукове дослідження – плідне яйце чи його залишки в матці.
9. Пункція заднього склепіння піхви – відсутній вміст.
10. Діагностичне вишкрібання порожнини матки – залишки плідного яйця.

### **Гострий сальпінгоофорит**

#### ***Діагностичні критерії:***

1. Анамнез, скарги – підгострий початок, біль, що наростає після внутрішньоматкових маніпуляцій, менструацій.
2. Температура тіла – субфебрильна чи вище за 39 градусів.
3. Дані зовнішньої пальпації живота – двобічний біль, що підсилюється під час глибокої пальпації.
4. Піхвове та ректальне дослідження – матка не змінена, визначаються різко болючі придатки.

5. Дослідження гемоглобіну, гематокриту – у нормі.
6. Тест на вагітність – негативний.
7. Лейкоцитарна формула – лейкоцитоз, зсув лейкоцитарної формули вліво.
8. Ультразвукове дослідження – збільшені придатки, іноді піосальпінкс.
9. Пункція заднього склепіння піхви – гній чи серозна рідина.
10. Діагностичне вишкрібання матки – незмінений ендометрій.

#### **Анемічна форма апоплексії яєчника**

##### ***Діагностичні критерії:***

1. Анамнез, скарги – синкопе, слабкість, запаморочення, відчуття позиву до акту дефекації.
2. Температура – нормальна чи субфебрильна.
3. Дані зовнішньої пальпації живота – здуття, помірна болючість.
4. Піхвове та ректальне обстеження – матка нормальних розмірів, пальпація придатків – різко болюча.
5. Дослідження гемоглобіну, гематокриту – ступінь анемізації відповідає кількості крові, що вилася в черевну порожнину.
6. Тест на вагітність – негативний.
7. Лейкоцитарна формула – у нормі.
8. Ультразвукове дослідження – вільна рідина в черевній порожнині.
9. Пункція черевної порожнини через заднє склепіння піхви – кров зі згустками.
10. Діагностичне вишкрібання порожнини матки.

#### **Больова форма апоплексії яєчника**

##### ***Діагностичні критерії:***

1. Анамнез, скарги – гострий біль внизу живота, нудота, блювання.
2. Температура тіла – нормальна чи субфебрильна.
3. Дані зовнішньої пальпації живота – ознаки гострого живота.
4. Піхвове та ректальне дослідження – пальпація затруднена через виражену больову реакцію у відповідь на зміщення шийки матки.
5. Дослідження гемоглобіну, гематокриту – ступінь анемізації відповідає кількості крові, яка вилася в черевну порожнину.
6. Тест на вагітність – негативний.
7. Лейкоцитарна формула – у нормі.
8. Ультразвукове дослідження – вільна рідина в черевній порожнині.
9. Пункція черевної порожнини через заднє склепіння піхви – кров чи серозно-геморагічна рідина.
10. Діагностичне вишкрібання порожнини матки.

## **Перекручення ніжки пухлини яєчника чи фіброматозного вузла**

### ***Діагностичні критерії:***

1. Анамнез, скарги – раптовий біль в нижній частині живота (в анамнезі – пухлина яєчника чи фіброматозний вузол).
2. Температура – субфебрильна.
3. Дані зовнішньої пальпації живота – прогресуючий біль, напруження передньої черевної стінки.
4. Піхвове та ректальне дослідження – різко болюче утворення з боку від матки чи в задньому склепінні.
5. Дослідження гемоглобіну, гематокриту – у нормі.
6. Тест на вагітність – негативний.
7. Лейкоцитарна формула – у динаміці лейкоцитоз.
8. Ультразвукове дослідження – пухлина з боку від матки.
9. Пункція заднього склепіння піхви – серозна рідина.
10. Діагностичне вишкрібання порожнини матки – незмінений ендометрій.

## **Гострий апендицит**

### ***Діагностичні критерії:***

1. Анамнез, скарги – біль, що розпочинається поступово у правій клубовій ділянці.
2. Температура тіла – ректальна вища від аксиллярної.
3. Дані зовнішньої пальпації живота – виражене напруження м'язів, різка болючість у правій клубовій ділянці.
4. Піхвове та ректальне дослідження – біль під час ректального дослідження, внутрішні статеві органи – безболісні.
5. Дослідження гемоглобіну, гематокриту – у нормі.
6. Тест на вагітність – негативний.
7. Лейкоцитарна формула – виражений лейкоцитоз, зсув лейкоцитарної формули вліво.
8. Ультразвукове дослідження.
9. Пункція заднього склепіння піхви.
10. Діагностичне вишкрібання порожнини матки – незмінений ендометрій.

## Сечокам'яна хвороба

### *Діагностичні критерії:*

1. Анамнез, скарги – гострий біль у попереку, внизу живота з іррадіацією в статеві органи.
2. Температура тіла – нормальна чи субфебрильна.
3. Дані зовнішньої пальпації живота – односторонній біль під час натискання, іррадіює в зовнішні статеві органи.
4. Піхвове та ректальне дослідження – зміни в зовнішніх статевих органах не виявляються.
5. Дослідження гемоглобіну, гематокриту – у нормі.
6. Тест на вагітність – негативний.
7. Лейкоцитарна формула – у нормі.
8. Ультразвукове дослідження.
9. Пункція заднього склепіння піхви.
10. Діагностичне вишкрібання порожнини матки.

### **Лікування ектопічної вагітності**

Лікування ектопічної вагітності відрізняється залежно від локалізації вагітності, гемодинамічної стабільності пацієнтки, результатів трансвагінального УЗД й вихідного рівня  $\beta$ -ХГЛ у сироватці крові.

Більшість випадків трубної ектопічної вагітності підлягають лікуванню хірургічним шляхом.

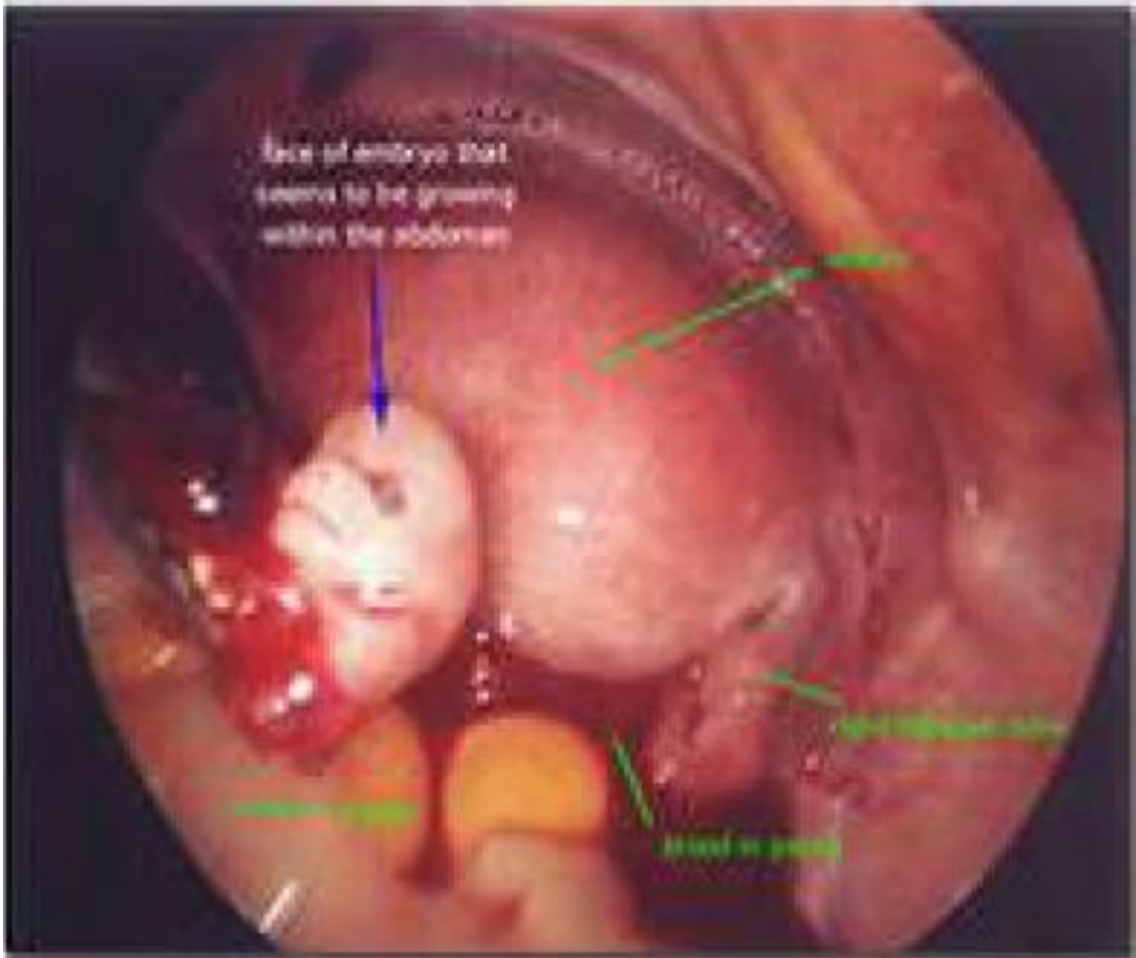
Лапароскопічну сальпінготомію потрібно розглядати як первинне оперативне втручання під час лікування трубної вагітності за наявності патологічних змін у другій матковій трубі та бажання збереження фертильності. Сальпінготомія – виділення плідного яйця через розріз у трубі з подальшим ушиванням маткової труби (з метою збереження маткової труби).

Проводять у ранні терміни прогресуючої вагітності або з невеликим пошкодженням труби (трубним абортom) за помірної крововтрати.

**Лапароскопія** є кращою за лапаротомію через її численні переваги, такі як:

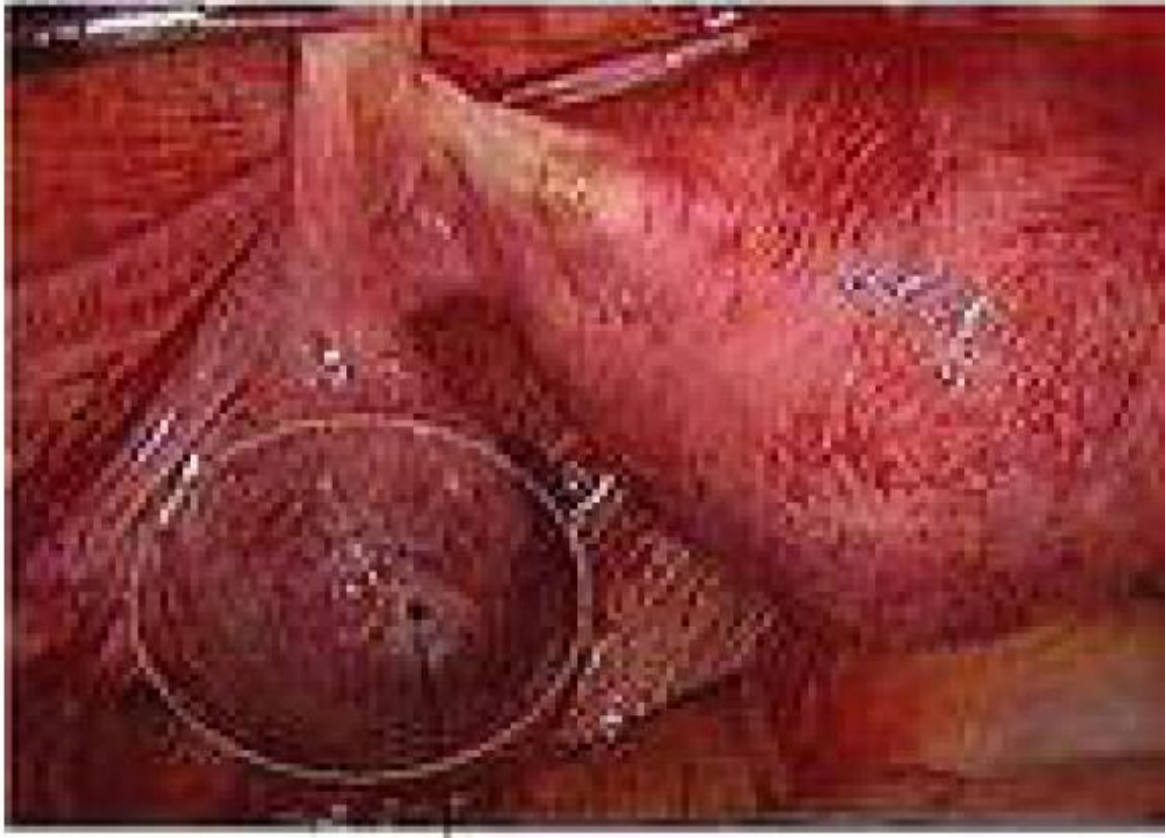
- скорочення часу операції;
- зменшення інтраопераційної крововтрати;
- скорочення часу перебування в стаціонарі;
- нижча вартість;
- менша потреба в знеболювальних;
- менша ймовірність формування спайок.



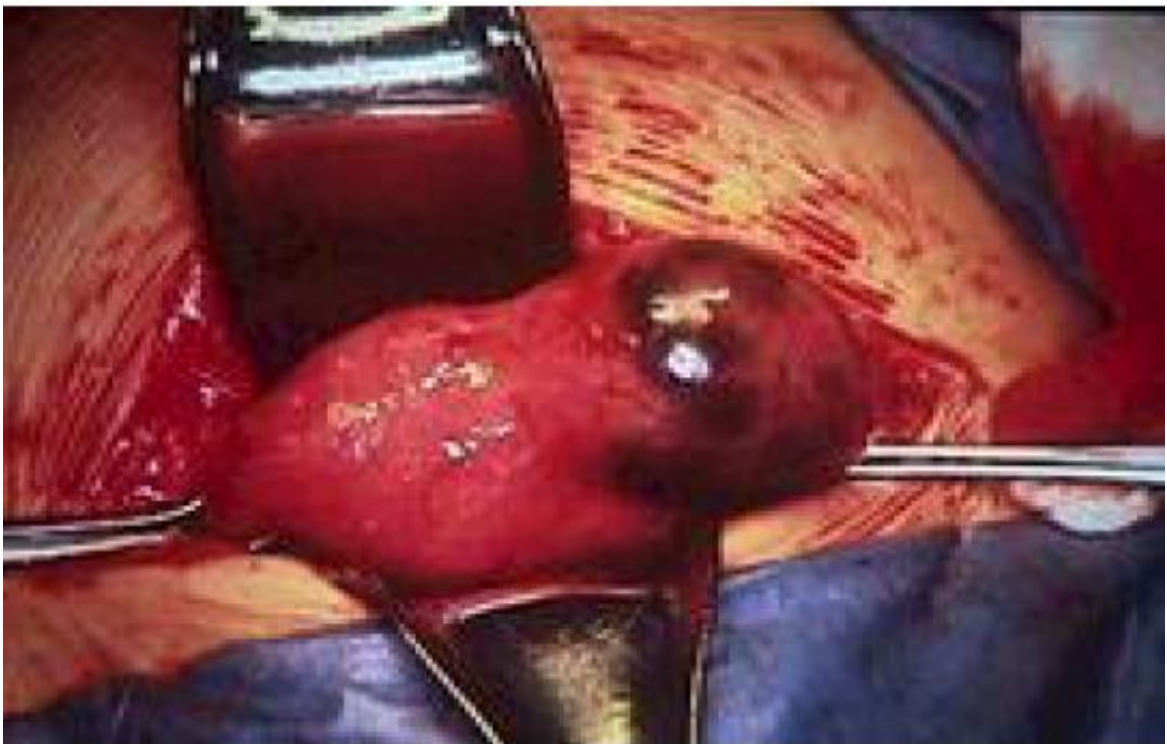


### **Лапароскопічна картина ектопічної вагітності в матковій трубі**

**Лапаротомію з тубектомією** виконують за наявності у хворої великої кровотечі, значних патологічних змін маткової труби, обумовлених порушеною вагітністю або запальними процесами. У разі тубектомії накладають затискачі на мезосальпінкс і матковий кут труби. Після припинення кровотечі трубу видаляють, культю перитонізують. За масивної крововтрати проводять реінфузію аутокрові, яка міститься в черевній порожнині.



**Ектопічна вагітність у лівій матковій трубі**



**Ектопічна вагітність у правій матковій трубі**

Проте фактичні дані свідчать про відсутність відмінності стосовно користі для здоров'я між лапароскопією та лапаротомією, зокрема, щодо ключових показників успішної вагітності в майбутньому.

За умови наявності ознак геморагічного шоку необхідно забезпечити достатній венозний доступ (катетеризація 2–3 периферичних вен катетерами розміром 14–16 G). За неможливості забезпечити периферичний доступ потрібно розглянути центральний венозний доступ.

З метою запобігання гіпотермії важливо дотримуватися стратегії термозбереження та введення теплих інфузійних розчинів.

Перевагу потрібно надавати розчинам електролітів.

Для оптимізації обсягу інфузійної терапії до остаточного припинення кровотечі потрібно застосовувати стратегію пермісивної (керованої) гіпотензії (сistolічний артеріальний тиск на рівні 90 мм рт. ст.).

Розгляньте доцільність використання транексамової кислоти. У разі якщо на догоспітальному етапі було введено 1 г транексамової кислоти, введіть додатково ще 1 г транексамової кислоти. Якщо на догоспітальному етапі транексамова кислота не була введена або про це невідомо, введіть 2 г транексамової кислоти на госпітальному етапі.

#### ***Цільові показники:***

температура тіла  $> 35$  °C (ректально);

pH  $> 7,2$ ;

кальцій ( $\text{Ca}^{2+}$ )  $> 1,1$  ммоль/л;

дефіцит основ (BE)  $< -6$  ммоль/л;

лактат  $< 4$  ммоль/л;

частота серцевих скорочень

$< 100$  уд/хв;

середній артеріальний тиск

$> 55$ – $70$  мм рт. ст.

(залежно від початкових значень

артеріального тиску);

темп діурезу  $> 30$  мл/год.

За відсутності в анамнезі субфертильності чи патології маткових труб жінкам потрібно повідомити про відсутність відмінності між показниками фертильності, про ризик виникнення трубної ектопічної вагітності в майбутньому чи порушення прохідності маткових труб в разі застосування різних методів лікування.

Рання діагностика та початок лікування хворих з ектопічною вагітністю, ускладненою геморагічним шоком, сприяє попередженню інвалідизації та передчасної смерті пацієнток.

Медикаментозне лікування можна запропонувати визначеним категоріям жінок з ектопічною вагітністю. Його не потрібно призначати, якщо діагноз ектопічної вагітності не підтверджений, і не виключена наявність життєздатної маткової вагітності. Медикаментозне лікування повинне здійснюватися під наглядом досвідченого лікаря.

### **Критерії якості медичної допомоги**

#### **Обов'язкові:**

1. У разі порушеної трубної вагітності в гемодинамічно нестабільних пацієнток, особливо за наявності здорової контралатеральної маткової труби, проводять сальпінгоектомію.

2. За порушеної трубної вагітності в гемодинамічно стабільних жінок із наявністю в анамнезі факторів зниження фертильності (попередня ектопічна вагітність, контралатеральне ураження маткових труб, хірургічні втручання на органах черевної порожнини, запальні захворювання органів малого таза) рекомендовано виконання сальпінготомії.

3. З огляду на ризик персистенції трофобласта після сальпінготомії вимірюють рівень  $\beta$ -ХГЛ у сироватці крові через 7 днів після операції, а потім – щотижня, доки не буде отриманий негативний результат. У разі підтвердження персистенції трофобласта після сальпінготомії, якщо щотижневі рівні  $\beta$ -ХГЛ залишаються стабільними чи починають зростати, подальша тактика ведення передбачає медикаментозне лікування ектопічної вагітності або сальпінгоектомію.

4. У разі прогресуючої трубної вагітності в гемодинамічно стабільних пацієнток, які відповідають визначеним критеріям, може бути запропоновано медикаментозне лікування.

5. За рідкісних форм ектопічної вагітності лікування проводять залежно від локалізації вагітності.

## Лікування рідкісних форм ектопічної вагітності

Локалізація вагітності	Медикаментозне лікування	Інші варіанти лікування	Варіанти хірургічного лікування
Інтерстиціальна ектопічна вагітність	Однодозовий або багатодозовий режим	–	Лапароскопія / лапаротомія, клиноподібна резекція матки з іпсилатеральною сальпінгоектомією або без неї
Шийкова ектопічна вагітність	Багатодозовий режим	Емболізація маткових артерій	Вакуум-аспірація. Гістероскопічна резекція. Лапаротомія, тотальна гістеректомія
Вагітність у рубці на матці після кесарева розтину. Інтрамуральна вагітність	Однодозовий або багатодозовий режим	Емболізація маткових артерій	Вакуум-аспірація. Гістероскопічна резекція під контролем УЗД / лапароскопії або без. Лапароскопія / лапаротомія, клиноподібна резекція матки
Вагітність у додатковому розі матки	Однодозовий або багатодозовий режим	–	Лапароскопія / лапаротомія, висічення додаткового рога матки
Яєчникова ектопічна вагітність	Однодозовий режим	–	Лапароскопія / лапаротомія, клиноподібна резекція яєчника або оваріоектомія
Абдомінальна ектопічна вагітність	Багатодозовий режим	–	Лапароскопія / лапаротомія, видалення вагітності залежно від локалізації за участі лікаря-хірурга, лікаря-уролога, інших спеціалістів. Лапаротомія та розродження (за життєздатності плода)
Гетеротопічна вагітність	–	–	У разі виявлення прогресуючої гетеротопічної вагітності тактику лікування визначають залежно від життєздатності маткової вагітності, репродуктивних планів та гемодинамічної стабільності пацієнтки. Варіанти хірургічного лікування залежать від локалізації співіснуючої ектопічної вагітності

6. Медичну допомогу хворим з ектопічною вагітністю за умови наявності ознак геморагічного шоку надають обсягом, що забезпечує достатню інфузію розчинів електролітів і трансфузію компонентів крові з метою стабілізації стану.

7. Проводять пробу на індивідуальну сумісність перед початком трансфузії кожної дози еритроцитарного компонента крові, а також клінікобіологічну пробу на сумісність перед початком трансфузії кожної дози еритроцитарного компонента крові й свіжозамороженої плазми (форма № 003-5/о).

8. Визначають доцільність внутрішньовенного введення 2 г транексамової кислоти.

9. Проводять оксигенотерапію та підтримують цільові значення сатурації крові.

10. До моменту остаточного хірургічного припинення кровотечі додержуються принципу керованої (пермісивної) гіпотензії.

11. У разі хірургічного лікування ектопічної вагітності вибір антибактеріальних препаратів та режимів їх використання здійснюють відповідно до чинних галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я.

12. Профілактику венозного тромбоемболізму в разі хірургічного лікування ЕВ проводять згідно з чинними галузевими стандартами медичної допомоги.

13. За наявності залізодефіцитної анемії обстеження рівня сироваткового феритину й лікування препаратами заліза проводять відповідно до чинного галузевого стандарту у сфері охорони здоров'я.

### **Бажані:**

1. Використання системи аутотрансфузії крові за порушеної ЕВ за допомогою реінфузії крові з черевної порожнини.

### **Профілактичні заходи після перенесеної ектопічної вагітності**

Усім резус-негативним несенсибілізованим жінкам, які перенесли хірургічне лікування ектопічної вагітності, потрібно запропонувати анти-D-резус-профілактику.

Ефективна контрацепція попереджає випадки повторної ектопічної вагітності.

Повідомлено про випадки алоїмунізації після настання ектопічної вагітності, у 25 % випадків розрив трубно-ектопічної вагітності призводить до потрапляння значної кількості клітин плода до материнського кровообігу. Однак ризик змішування фетальної й материнської крові після лікування вважають низьким.

Ризик повторної позаматкової вагітності в пацієток із попередньою ектопічною вагітністю приблизно в три – вісім разів вищий порівняно з іншими вагітними пацієнтками. Цей ризик пов'язаний як з основним захворюванням маткових труб, яке призвело до первинної ектопічної вагітності, так і з вибором методу хірургічного лікування.

Сальпінготомія в анамнезі є фактором ризику повторної ектопічної вагітності.

### **Критерії якості медичної допомоги**

#### **Обов'язкові:**

1. Анти-D-резус-профілактику за допомогою внутрішньом'язового введення анти-D(rh)-імуноглобуліну людини необхідно проводити всім несенсибілізованим резус-негативним жінкам, які перенесли хірургічне лікування ектопічної вагітності. У терміні вагітності до 12 тижнів доза анти-D(rh)-імуноглобуліну людини становить 625 МО (125 мкг), в терміні вагітності більше ніж 12 тижнів – 1 250 МО (250 мкг) або 1 500 МО (300 мкг). Дозу Анти-D(rh)-імуноглобуліну людини потрібно вводити якомога швидше після хірургічного лікування ектопічної вагітності впродовж 72 годин.

2. Жінки після ектопічної вагітності повинні бути проінформовані про ефективність різних методів контрацепції та планування наступних вагітностей. Після медикаментозного лікування ектопічної вагітності рекомендується ефективна контрацепція принаймні впродовж 3 місяців.

## Методи контрацепції після лікування ектопічної вагітності

Методи контрацепції, які жінка може застосовувати відповідно до медичних критеріїв прийнятності Всесвітньої організації охорони здоров'я	Початок < 5 днів після лікування ектопічної вагітності	Початок $\geq$ 5 днів після лікування ектопічної вагітності
<b>Тривалість використання додаткових методів контрацепції* (дні)</b>		
ВМС з міддю	Не потрібні***	Не потрібні
Внутрішньоматкова система з левоноргестрелом		7
Чисто прогестагенові таблетки (традиційні / дезогестрел)		2
Прогестагенові імпланти або ін'єкції		7
Комбіновані гормональні контрацептиви		7**

**Примітка:** \* – додаткові методи контрацепції включають бар'єрні методи або утримання від сексу; \*\* – за винятком препарату з естрадіолу валератом і дієногестом у режимі динамічних дозувань, що потребує додаткових методів контрацепції впродовж 9 днів; \*\*\* – за винятком комбінованих оральних контрацептивів, що містять естрадіол, які потребують додаткових методів контрацепції, якщо починати їх приймати після 1-го дня



## Список використаної літератури

1. Електронний документ «Клінічна настанова, заснована на доказах «Ектопічна вагітність», 2022.
2. National Institute for Health and Care Excellence. Ectopic pregnancy and miscarriage. diagnosis and initial management in early pregnancy of ectopic pregnancy and miscarriage. NICE clinical guideline 154. Manchester: NICE; 2012.
3. O’Herlihy C. Centre for Maternal and Child Enquiries. Deaths in early pregnancy. Saving mothers’ lives: reviewing maternal deaths to make motherhood safer: 2006–2008. The Eighth Report of the Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom. BJOG 2011;118 Suppl 1:81–4.
4. Kirk E, Papageorghiou AT, Condous G, Tan L, Bora S, Bourne T. The diagnostic effectiveness of an initial transvaginal scan in detecting ectopic pregnancy. Hum Reprod 2007;22:2824–8.
5. Mavrelou D, Nicks H, Jamil A, Hoo W, Jauniaux E, Jurkovic D. Efficacy and safety of a clinical protocol for expectant management of selected women diagnosed with a tubal ectopic pregnancy. Ultrasound Obstet Gynecol 2013;42:102–7.
6. Ankum WM, Mol BW, Van der Veen F, Bossuyt PM. Risk factors for ectopic pregnancy: a meta-analysis. Fertil Steril 1996;65:1093–9.
7. Tay JJ, Moore J, Walker JJ. Ectopic pregnancy. West J Med 2000;173:131–4.
8. Bouyer J, Coste J, Shojaei T, Pouly JL, Fernandez H, Gerbaud L, et al. Risk factors for ectopic pregnancy: a comprehensive analysis based on a large case-control, population-based study in France. Am J Epidemiol 2003;157:185–94.
9. Shaw JL, Oliver E, Lee KF, Entrican G, Jabbour HN, Critchley HO, et al. Cotinine exposure increases Fallopian tube PROKR1 expression via nicotinic AChR $\alpha$ -7: a potential mechanism explaining the link between smoking and tubal ectopic pregnancy. Am J Pathol 2010;177:2509–15.
10. Shaw JL, Wills GS, Lee KF, Horner PJ, McClure MO, Abrahams VM, et al. Chlamydia trachomatis infection increases fallopian tube PROKR2 via TLR2 and NF $\kappa$ B activation resulting in a microenvironment predisposed to ectopic pregnancy. Am J Pathol 2011;178:253–60.
11. Condous G, Okaro E, Khalid A, Lu C, Van Huffel S, Timmerman D, et al. The accuracy of transvaginal ultrasonography for the diagnosis of ectopic pregnancy prior to surgery. Hum Reprod 2005;20:1404–9.
12. Atri M, Valenti DA, Bret PM, Gillett P. Effect of transvaginal sonography on the use of invasive procedures for evaluating patients with a clinical diagnosis of ectopic pregnancy. J Clin Ultrasound 2003;31:1–8.
13. Braffman BH, Coleman BG, Ramchandani P, Arger PH, Nodine CF, Dinsmore BJ, et al. Emergency department screening for ectopic pregnancy: a prospective US study. Radiology 1994;190:797–802.

14. Shalev E, Yarom I, Bustan M, Weiner E, Ben-Shlomo I. Transvaginal sonography as the ultimate diagnostic tool for the management of ectopic pregnancy: experience with 840 cases. *Fertil Steril* 1998;69:62–5.
15. Hahlin M, Thorburn J, Bryman I. The expectant management of early pregnancies of uncertain site. *Hum Reprod* 1995;10:1223–7.
16. Banerjee S, Aslam N, Zosmer N, Woelfer B, Jurkovic D. The expectant management of women with early pregnancy of unknown location. *Ultrasound Obstet Gynecol* 1999;14:231–6.
17. Banerjee S, Aslam N, Woelfer B, Lawrence A, Elson J, Jurkovic D. Expectant management of early pregnancies of unknown location: a prospective evaluation of methods to predict spontaneous resolution of pregnancy. *BJOG* 2001;108:158–63.
18. Condous G, Van Calster B, Kirk E, Haider Z, Timmerman D, Van Huffel S, et al. Prediction of ectopic pregnancy in women with a pregnancy of unknown location. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2007;29:680–7.

Електронне навчальне видання

Сухоставець Наталія Петрівна

## **ЕКТОПІЧНА ВАГІТНІСТЬ**

### **Конспект лекцій**

із дисципліни **«Акушерство та гінекологія»**  
для студентів спеціальностей 221 *«Стоматологія»*,  
222 *«Медицина»*, 228 *«Педіатрія»*  
денної форми навчання

Відповідальний за випуск В. І. Бойко  
Редакторка С. М. Симоненко  
Комп'ютерне верстання Н. П. Сухоставець

Формат 60×84/8. Ум. друк. арк. 4,07. Обл.-вид. арк. 3,36.

Видавець і виготовлювач  
Сумський державний університет,  
вул. Римського-Корсакова, 2, м. Суми, 40007  
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК № 3062 від 17.12.2007.