

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА ПРАКТИКУВАЊЕ НА МЕДИЦИНА ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗИ
ПРИ ЕКТОПИЧНА БРЕМЕНОСТ

Член 1

Со ова упатство се пропишува медицинско згрижување на ектопична бременост.

Член 2

Начинот на згрижувањето на ектопичната бременост е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност за медицинско згрижување на ектопичната бременост по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на медицинското згрижување, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 07-6511/2
07 ноември 2012 година
Скопје

МИНИСТЕР
Никола Тодоров

ЕКТОПИЧНА БРЕМЕНОСТ

МЗД Упатства
23.2.2012

- Основни податоци
- Епидемиологија
- Локализација
- Ризични групи
- Симптоми
- Дијагноза
- Компликации
- Третман
- Понатамошен третман и прогноза
- Поврзани извори

ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ

- Ектопична бременост секогаш е суспектна кај жени во фертилен период, кога постојат болки во долниот дел од абдоменот и/или абнормално крвавење.

ЕПИДЕМИОЛОГИЈА

- Од сите бремености, околу 2% се ектопични.
- Во последните години трендот на инциденцата на ектопични бремености јасно се намалува.
- Највисока инциденца е кај жени од 25 до 34-годишна возраст.

ЛОКАЛИЗАЦИЈА

- Најголем дел (98%) се јавуваат во јајцеводот. Многу ретко се јавуваат како абдоминална, оваријална или цервикална бременост.

РИЗИЧНИ ГРУПИ

- Кај мал број пациенти може да се идентификуваат некои ризични фактори во историјата, вклучувајќи:
 - Претходна пелвична инфламаторна болест (кламидија како најчест причинител)
 - Претходни операции во пелвичниот регион
 - Претходна ектопична бременост
 - Употреба на бакарни IUD(интраутерини влошки) кои даваат подобра контрацепција за интраутерина отколку за ектопична бременост (ннд-С)¹. Зачестенета употреба на хормон-ослободувачки IUD ја намали фреквенцијата на ектопични бремености поврзана со IUD-failure.
 - Историја за неплодност, третман за неплодност
 - Пушење

¹ ннд – ниво на доказ

СИМПТОМИ

- Клиничката слика може да варира речиси од асимптоматска до многу тешка.
- Абнормално крвање и/или рекурентни (унилатерални) болки во долниот дел на абдоменот.
- Кај некои пациентки крвањеето може да личи на мензис.
- Кај тешки случаи, симптомите како јака абдоминална болка, прободи во рамото и несвестица, се знаци на тубарна руптура и интраабдоминално крвањее.

ДИЈАГНОЗА

- Примарно испитување е серумскиот тест за бременост.
 - Најсензитивните тестови (серумски beta hCG 10-20 IU/l) се позитивни дури и една недела пред отсуството на мензисот.
 - Уринарниот тест на бременост е помалку осетлив: позитивниот резултат има значење, но негативниот не ја елиминира можноста за ектопична бременост.
- Во случај на позитивен тест, локацијата на бременоста се одредува со трансвагинална сонографија.
- Обете, квантитативно hCG и трансвагинална сонографија помагаат во дијагнозата.
 - Кога концентрацијата на hCG во серумот е 1000-2000 IU/l, а ултразвучно не се детектира интраутерина бременост, ектопичната бременост е 95% сигурна.
 - Трансвагиналната сонографија речиси секогаш потврдува интраутерина бременост (фетална срцева акција) во просек 41 ден од последната менструација.
 - Ако ултразвукот не потврди интраутерина бременост, а постои течност во Douglas, наодот, тоа сугерира дека постои ектопична бременост.
 - Алгоритам 2 за дијагноза.

КОМПЛИКАЦИИ

- Гравидната маса која расте (најмногу до 10-12 г.н.) може да руптурира доведувајќи до животно загрозувачко крвање во абдоминалната празнина.
- Т.н. перзистентна ектопична бременост која започнува да расте повторно спонтано или по третманот.

ТРЕТМАН

- Во одредени случаи (18-33%) доволно е само следење (hCG ниско, до 2000 IU/l, сакус помал од 4cm). Падот на hCG мора да биде потврден со последователни мерења.
- Медикаменти можат да индуцираат ресорпција на овуларното ткиво.
Третман со **метотрексат** може да се земе предвид (ннд-В) ако пациентот има слаби симптоми, бубрежните и хепаталните тестови се нормални, големината на сакусот е под 4cm, серумскиот hCG е под 5000 IU/l и ако е можно да се следи неговото ниво во наредните денови.
 - Метотрексатот (ннд-В), се дава интрамускуларно или орално како единечен или сериски третман. Фолна киселина не е потребна при единечен третман.
 - 70% до 90% од ектопичните бремености можат да бидат третирани успешно со единечна интрамускуларна инјекција на метотрексат.
 - Исходот е подобар доколку серумското hCG е ниско (ннд-С).
 - Најчестиот несакан ефект е абдоминална болка која се јавува кај 75% од пациентките.
- Кај пациентките во лоша состојба и хипотонија (со ризик за шок), веднаш се наоѓа венска линија и се вклучува инфузија. Кога хемодинамската состојба дозволува, тие се оперираат

што е можно побрзо. Во денешно време само кај 5% е потребна лапаротомија поради нестабилна хемодинамика и тежок хемоперитонеум.

- **Радикален третман** (екстирпација на јајцеводот) се препорачува доколку тубата е руптурирана, ектопичната бременост се јавува повторно на исто место, пациентката не планира понатамошно забременување (можно е при истата интервенција да се направи стерилизација), појава на ектопична бременост по претходно направена стерилизација или доколку ИВФ (инвитро фертилизација) е актуелно направено или се планира да се направи.
- **Конзервативен хируршки третман** (ннд-С) може да се направи доколку пациентката сака да забремени повторно во иднина и доколку операцијата која се планира, со цел да се заштеди јајцеводот, е од технички аспект возможна. Најчесто се користи салпингостомија.
- Тежината на симптомите, големината и природата на ектопичната бременост, нивото на серумскиот hCG како и желбата на пациентот го одредуваат изборот на третманот, хируршки или друг.

ПОНАТАМОШЕН ТРЕТМАН И ПРОГНОЗА

- Администрација на анти-Д имуноглобулин се препорачува за Rh- негативни жени.
- Ефектот од конзервативниот третман се потврдува со следење на падот на beta-hCG (до под 10 IU/l).
- Доколку beta HCG опаѓа пополека или постои сомневање дека примарниот третман е неуспешен, може да се даде метотрексат интрамускуларно или орално како бустер.
- На почетокот на следната бременост постои потреба да се потврди локализацијата со трансвагинален ултразвук (во 5-6 г.н.).
- Ниту еден од контрацептивните методи потоа не е контраиндициран.
- Прогнозата за понатамошните бремености е добра по конзервативна операција и/или медикаментозен третман, со ризик за рекуренца од 5% до 15%.
- За повторно забременување може да се обидува после една нормална менструација по третманот.
 - Серумски hCG под 10
 - Интервал од 12 недели е потребен по третман со метотрексат.

ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

Кохранови прегледи

- Лапароскопскиот хируршки третман изгледа е постефективен за тубарна ектопична бременост иако процентот на успех е помал отколку при отворена хирургија. Кај селектирани пациенти, метотрексатот изгледа е ефективна нехируршка опција за третман (ннд-В).

Литература

Прегледи од клиничка практика

- Barnhart KT. Clinical practice. Ectopic pregnancy. N Engl J Med 2009 Jul 23;361(4):379-87. **PubMed**
- Farquhar CM. Ectopic pregnancy. Lancet 2005;366(9485):583-91. **PubMed**
- Walker JJ. Ectopic pregnancy. Clin Obstet Gynecol 2007 Mar;50(1):89-99. **PubMed**

- Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Medical treatment of ectopic pregnancy. Fertil Steril 2006 Nov;86(5 Suppl 1):S96-102. **PubMed**
- Lozeau AM, Potter B. Diagnosis and management of ectopic pregnancy. Am Fam Physician 2005 Nov 1;72(9):1707-14. **PubMed**

Друга литература

- Menon S, Colins J, Barnhart KT. Establishing a human chorionic gonadotropin cutoff to guide methotrexate treatment of ectopic pregnancy: a systematic review. Fertil Steril 2007 Mar;87(3):481-4. **PubMed**
- Deutchman M, Tubay AT, Turok D. First trimester bleeding. Am Fam Physician 2009 Jun 1;79(11):985-94. **PubMed**

Authors:

Eija Tomás

Previous authors:

Juha Mäkinen

Article ID: ebm00556 (026.010)

© 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 23.02.2012, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на четири години.**
3. **Предвидено е следно ажурирање до март 2016 година.**