

*Мажуга Ю. И., Гарлыев Ч.*

## **ПОДХОДЫ К ВЕДЕНИЮ ГЕТЕРОТОПИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ**

*Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Дуда В. И.*

*Кафедра акушерства и гинекологии*

*Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

Гетеротопическая беременность – одновременное наличие внутриматочной и внематочной беременности. Гетеротопическая беременность может встречаться в различных формах: сосуществование маточной и односторонней трубной, двусторонней трубной, беременности в добавочном роге матки и т. д. Встречаемость гетеротопической беременности около 1:3000, но возрастает при вспомогательных репродуктивных технологиях до 1:100 – 1:500. В действующих клинических протоколах Республики Беларусь не освещается тактика ведения такой беременности, хотя в Беларуси все больше женщин прибегает к вспомогательным репродуктивным технологиям, что диктует необходимость рассмотрения данного вопроса.

Оценка риска включает воспаление тазовых органов, внутриматочные средства контрацепции, спайки, внематочные беременности в анамнезе, использование методов вспомогательной репродукции и синдром гиперстимуляции яичников. Также у женщин, к которым применяются вспомогательные репродуктивные технологии, есть дополнительные факторы риска, такие как более высокая частота множественной овуляции, более высокая частота пороков развития маточных труб, повреждение маточных труб и технические факторы переноса эмбрионов, которые могут увеличить риск внематочной и гетеротопической беременности.

Золотым стандартом диагностики является трансвагинальное ультразвуковое исследование в руках опытного специалиста. Трудности могут возникать при дифференциации гетеротопической беременности от кисты желтого тела или геморрагической кисты. Трансвагинальная ультразвуковая диагностика рекомендуется на ранних сроках беременности, особенно у пациентов, использовавших методы вспомогательной репродукции. Следует знать, что наличие внутриматочной беременности не исключает возможности одновременного существования и внематочной.

Выбор тактики при гетеротопической беременности зависит от недели гестации. Как правило стремятся к сохранению внутриматочной беременности и избавлению от внематочной. Гетеротопическая беременность представляет собой опасность ввиду высокой вероятности разрыва внематочно развивающегося эмбриона, кровотечения и самопроизвольного аборта. По оценкам литературы в мировой практике чаще всего проводят хирургическое лечение, включающее сальпингэктомию, сальпинготомию или овариэктомию. Аспирация под УЗИ-контролем является менее инвазивным методом с хорошей эффективностью. При проведении консервативного лечения проблемой является доступность места расположения внематочно расположенного эмбриона для иглы, хлорид калия или гиперосмолярная глюкоза являются агентами выбора при резорбтивном лечении. Фармакологического лечения метотрексатом следует избегать из-за риска его тератогенности.