

**Гордиевич А. В.**  
**АТИПИЧНАЯ ФОРМА ТРУБНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ**  
**Научный руководитель: д-р мед. наук, проф. Сидоренко В. Н.**  
*Кафедра акушерства и гинекологии*  
*Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

Внематочная беременность является распространенной патологией в гинекологической практике, приводящей к снижению и потере репродуктивной функции. В структуре материнской смертности внематочная беременность занимает 2 место в мире, 3-4 - в странах СНГ. В случаях прерывания и возникновения внутрибрюшного кровотечения диагностика внематочной беременности не представляет значительных трудностей. Однако при атипичных формах внематочной беременности достигнуть снижения осложнений не удается, несмотря на имеющийся прогресс в лечении и диагностике.

Превалирующую долю в этиологии внематочной беременности занимают воспалительные заболевания органов малого таза (47,6 %). Нарушения развития половых органов, дисгормональная патология, опухоли и опухолевидные образования, сопутствующие психические заболевания, связанные с перевозбуждением нервной системы также являются основными в этиологии внематочной беременности.

При осмотре в 95 % случаев внематочной беременности выявляется боль в животе, в 90 % случаев - задержка менструации от нескольких суток до нескольких недель, в 50-80 % случаев - кровянистые выделения из половых путей, постоянный симптом - болезненность придатков матки при бимануальном исследовании нередко сочетается с болезненностью шейки матки при ее смещении, в 25 % случаев - увеличение матки.

Для диагностики внематочной беременности применяются следующие методы: УЗИ (диагностическая чувствительность при трансвагинальной методике 71%), цветное доплеровское картирование (чувствительность 87 %), соноэластография (чувствительность 100%), определение уровня ХГЧ, лапароскопия. Пункция брюшной полости через задний свод и выскабливание полости матки не проводятся.

Наиболее распространённым методом лечения является хирургический (сальпингэктомия, сальпинготомия). В некоторых случаях используется медикаментозное лечение метотрексатом. В настоящее время проходит тестирование препарат летрозол - ингибитор ароматазы третьего поколения, подавляющий выработку эстрогена.

Разбор клинического случая. 25.01.2021 г в 19.00 в приёмное отделение поступила пациентка с жалобами на резкие боли в животе. Острый аппендицит? Состоит на учёте по беременности с недель, 3 раза проведено УЗИ, последний раз накануне.

При осмотре общее состояние пациентки средней степени тяжести, пульс 92 уд/мин, АД 90/70 мм рт ст, ЧД 18 дыханий в минуту, живот при пальпации болезненный во всех отделах, имеется незначительный дефанс мышц передней брюшной стенки. Мочеиспускание затруднено. По результатам общего анализа крови: лейкоцитоз (нейтрофилез, лимфоцитопения, моноцитоз), нормохромная анемия - эритроцитопения, гемоглобин 111, снижение уровня гематокрита (картина острой постгеморрагической анемии), в биохимическом анализе крови: гипопротеинемия, гипокреатинемия, гликемия, гипобилирубинемия, гипонатриемия. Картина геморрагического шока. Выполнено УЗИ в результате которого, было выставлено заключение нарушенная трубная беременность справа 18 недель 3 дня (срок прерывания беременности при типичной форме - 5-6 недели). При гинекологическом осмотре: выделения из половых путей коричневые, умеренные, справа пальпируется болезненное плотное образование размерами 20\*10 см, слева без особенностей.

Учитывая состояние пациентки, было показано экстренное хирургическое лечение: тубэктомия справа, гемотрансфузия. Общий объём кровопотери 1200 мл.

При послеоперационном осмотре состояние пациентки стабилизировалось. Выписана на 6 сутки.