

ID: 2017-06-257-A-14816

Клинический случай

Суворова О.В., Иванова А.В.

Редкие осложнения вспомогательных репродуктивных технологий

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

Научный руководитель: к.м.н. Паршин А.В.

Резюме

В данной работе произведен разбор клинического случая сочетания маточной и внематочной беременности как редкого осложнения ВРТ.

Ключевые слова: ЭКО, эктопическая беременность, редкое осложнение

Введение

В настоящее время бесплодие является серьезной медико-социальной проблемой: во всем мире более 70 миллионов человек являются бесплодными и нуждаются в лечении. Многие годы разрабатываются различные методы консервативного и оперативного лечения бесплодия. Огромным прорывом в медицине явилось рождение в 1978 году Луизы Браун – первого «ребенка из пробирки» [1].

Актуальность темы связана с увеличением использования ВРТ в лечении бесплодия и как следствие возрастает количество осложнений после ЭКО.

Обстоятельства, обуславливающие развитие осложнений, связанных с процедурой ЭКО(ВРТ):

1. В России ,как и во всем мире, растет число проводимых лечебных циклов ВРТ.
2. В центрах ВРТ около 40- 50% пациентов являются иногородними и после переноса эмбрионов возвращаются к себе домой.
3. Большинство осложнений процедур ВРТ возникает не сразу, а через несколько дней и даже недель после завершения лечебного цикла.

Осложнения вспомогательных репродуктивных технологий: синдром гиперстимуляции яичников, внутрибрюшное кровотечение, гнойно-септические осложнения, внематочная беременность, многоплодная беременность.

Частота эктопической беременности при ЭКО составляет от 2% до 10% и почти в 10 раз превышает общепопуляционную (1-1,6%).

Факторы риска эктопической беременности при ЭКО: хроническое воспаление органов малого таза, спаечный процесс в малом тазу, эндометриоз.

Непосредственно искусственное введение оплодотворенной яйцеклетки в полость матки (что нельзя считать физиологичным) может способствовать нарушению перистальтики маточной трубы и наступлению внематочной беременности.

При проведении вспомогательных репродуктивных технологий возможна гетеротопическая локализация беременности, т.е. одновременное наличие плодного яйца в матке и маточной трубе

Популяционная частота этой патологии составляет 1 случай на 6000 - 7000 беременностей [1,4]. На основании анализа литературы, опубликованной с 1971 по 1993 гг. J. Tal и соавт. [5], заключили, что частота гетеротопической беременности составляет около 1% от всех беременностей, наступивших в результате лечения бесплодия. По данным N. Abusheikh и S.F. Marcus [3] частота гетеротопической беременности в программах ВРТ достигает 14,8% среди всех случаев эктопической беременности.

За последнее десятилетие частота внематочной беременности возросла в 2-3 раза . Эктопическая беременность представляет серьезную опасность для здоровья и жизни женщины в связи с возможностью внутрибрюшинного кровотечения и может стать одной из причин материнской смертности. Сочетание маточной и внематочной беременности относится к казуистическим наблюдениям.

Описание клинического случая

Пациентка Б., 28 лет. Обратилась в 1 ГКБ им. Ю.Я. Гордеева 06.01.16 г. с направительным диагнозом: Беременность 9 недель (ЭКО 19.11.2015 в ОЦПСИР). Острый аппендицит?

Жалобы при поступлении: боли в эпигастрии, с иррадиацией в пупок и правую подвздошную область.

В приемном отделении была осмотрена консилиумом в составе отв. хирурга и отв. акушера-гинеколога , и учитывая симптоматику, характерную для острого аппендицита, была госпитализирована в хирургическое отделение.

Из гинекологического анамнеза:

Менструации с 14 лет, по 4 дня , в течение последнего года нерегулярные-с задержками до 50 дней. Половая жизнь с 18 лет.

Беременностей-1, закончилась искусственным абортom при сроке 2 недели (2003 год).

2013 год-в клинике Парамонова произведена пластика маточных труб по поводу вторичного бесплодия.

Март 2014 года-тубэктомия слева по поводу внематочной беременности.

Август 2014 года-удалена правая маточная труба(подготовка к ЭКО).

2015 год-ЭКО, неудачная попытка.

Ноябрь 2015 года-ЭКО, подсадка 3х эмбрионов от 19.11.15 с гиперстимуляцией яичников.

17.12.15-23.12.15- стационарное лечение в 1 г/о 1 ГКБ им. Ю.Я. Гордеева по поводу: Беременность 7 недель.(после ЭКО от 19.11.15 в ОЦПСИРч). Угрожающего аборта. ОАГА (беременность сохранена).

В хирургическом отделении в ургентном порядке больной произведена диагностическая лапароскопия.

Интраоперационно: В малом тазу по боковым каналам обнаружена темная кровь со сгустками. Матка умеренно увеличена, деформирована за счет округлого образования в области правого угла. Там же имеется разрыв серозной оболочки матки. Маточные трубы отсутствуют. В операционную приглашен отв. гинеколог, выставлен диагноз интерстициальная беременность.

В асептических условиях под ЭТН после обработки операционного поля выполнена нижне-срединная лапаротомия.

По вскрытии брюшной полости обнаружено: в малом тазу около 450 мл темной крови. Правый и левый яичники обычной структуры, маточные трубы отсутствуют. Матка увеличена до 9 недель беременности, мягковатая по консистенции, серозный покров ее не изменен. В правом маточном углу имеется плодоемкостильце размером 3.0x3.0 см с линейным разрывом в 0.5 см. Учитывая заинтересованность женщины в сохранении репродуктивной функции, решено произвести иссечение правого маточного угла с плодоемкостильцем. Рана на матке ушита двурядным полисорбовым швом. Контроль гемостаза - сухо.

Во время операции отмечалась повышенная кровоточивость тканей, что потребовало дополнительного гемостаза и проведения интраоперационной плазматрансфузии.

Интраоперационно выполнено УЗИ - маточная беременность 9 недель.

В послеоперационном периоде была продолжена терапия, направленная на пролонгирование беременности, проведен курс антибиотиков. В течение трех дней беспокоили небольшие тянущие боли внизу живота и наблюдались сукровичные выделения из половых путей. На 5 день послеоперационного периода выполнено ультразвуковое исследование.

Подтверждено прогрессирование маточной беременности 9-10 недель, плодное яйцо без признаков отслойки.

Выписана в удовлетворительном состоянии с прогрессирующей беременностью 10-11 недель с рекомендациями: продолжить терапию, направленную на пролонгирование беременности; обследование согласно стандарту с обязательным контролем рубца на матке.

При сроке 25 недель беременности находилась на стационарном лечении по поводу угрозы прерывания беременности.

При сроке 38-39 недель оперирована в перинатальном центре. Ребенок родился в удовлетворительном состоянии.

Заключение

Пациентку после проведения иссечения интерстициального отдела маточной трубы следует вести как пациентку с рубцом на матке. В дальнейшем рекомендуется динамическое наблюдение за состоянием рубца на матке в течение всего периода беременности.

При ЭКО после двусторонней тубэктомии, пересадке двух и более эмбрионов и редукции двух плодов, верификации одного плода в матке по УЗИ, необходимо тщательно исследовать интерстициальные отделы маточных труб.

После редукции многоплодной беременности и верификации одного из плодов, рекомендуется исследовать ХГЧ, чтобы срок беременности совпадал с уровнем ХГЧ.

Литература

1. Щербачева Л. Н., Осложнения вспомогательных репродуктивных технологий, - с.1-2
2. Корсак В.С., Коршунов М.Ю., Михайлов А. В., Исакова Э.В., Кирсанов А.А., Полянин А. А. О проблеме эктопической беременности после ЭКО. //Проблемы репродукции. - 1997. - т.3.-N 2. - С. 61 – 64
3. Abusheikha N., Marcus S. Ectopic pregnancy following assisted reproductive technology. //A textbook of in vitro fertilization and assisted reproduction. Edited by Brinsden P.R. - The Parthenon Publishing Group. London – 1999. - p. 333 - 342.
4. Handbook of Obstetrics and Gynecology. Edited by C. Benson. - Los Altos, California 94022. - 1983. - p. 259
5. Tal J, Hadad S, Gordon N, et al. Heterotopic pregnancy after ovulation induction and assisted reproductive technologies: a literature review from 1971 to 1993. //Fertil. Steril. -1996. - 66: 1-12