

О МАТОЧНОЙ И ЭКТОПИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ ПОСЛЕ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ

Анджеевская В.А., доц.

При лечении бесплодия методом экстракорпорального оплодотворения с последующим переносом эмбриона в матку матери (ЭО-ПЭ) одним из осложнений является эктопическая беременность, частота которой составляет от 2,1 до 21,7% [1 - 3].

Наблюдали женщину с маточной и одновременно внематочной беременностью после экстракорпорального оплодотворения.

Х., 35 лет, поступила в областную клинический родильный дом г. Сумы 12.07.97г. с диагнозом: нарушенная правосторонняя трубная беременность, маточная беременность 10 - 11 недель, геморрагический шок II степени.

При поступлении Х. указывает на боли внизу живота, которые продолжаются в течение 21 дня. Все это время с диагнозом: прогрессирующая маточная беременность, правосторонний гестационный пиелонефрит больная находилась в стационаре районной больницы. Лечение без эффекта.

Замужем с 30 лет, брак первый. Половая жизнь вне брака с 22 лет. Первая беременность наступила в 24 года, в сроке 5 недель был произведен криминальный аборт (вводился катетер в полость матки с последующей стимуляцией ее сократительной деятельности). Аборт завершился без инструментального выскабливания полости матки. Проводилась антибактериальная терапия в амбулаторных условиях без последующей реабилитации. С 1993 года у больной вторичное бесплодие, по поводу чего при установленном двухстороннем хроническом сальпингоофорите трижды лечилась в стационарных условиях (антибактериальная терапия, гидротубации лечебными коктейлями, массаж тела матки). Оставалась бесплодной.

В Харьковский Украинско-Американский центр репродукции человека обратилась в 1997 году. После тщательного обследования, соответствующей подготовки и ежедневного динамического ультразвукового изучения фолликулогенеза методом пункции через боковой свод влагалища взято 11 яйцеклеток; три из них оплодотворены спермой мужа и внедрены в полость матки (две - 28.04.97г., одна - 1.05.97г.). После инсеминации две из трех оплодотворенных яйцеклеток имплантировались (одна в эндометрий, другая - в правую маточную трубу).

После проведенной инсеминации в течение 12 дней женщина получала прогестерон. Наряду с этим и в дальнейшем в динамике ей проводилось ультразвуковое исследование. Прогрессирующая маточная беременность регистрировалась врачом при УЗИ в 4- 7- 9 недель беременности, после чего контроль был прекращен. С рекомендациями диспансерного наблюдения, режима труда и отдыха беременная возвратилась под наблюдение врача женской консультации по месту жительства.

До 10-12 недель беременности осложнений не отмечалось. Острая боль в животе возникла 22 июня 1997 года, по поводу чего беременная была госпитализирована в центральную районную больницу с диагнозом: беременность 11-12 недель; пиелонефрит беременной. Назначена консервативная терапия (о чем мы уже писали).

В условиях гинекологического отделения областного клинического родильного дома г.Сумы 12 июня 1997 года беременная оперирована по поводу старой нарушенной правосторонней трубной беременности (произведена тубэктомия). Во время чревосечения подтверждена маточная беременность 10-11 недель, при этом левая маточная труба представляла собой гидросальпинкс (сохранена). В послеоперационном периоде была назначена сохраняющая маточную беременность терапия, которая продолжалась 13 дней (папаверин, магнезия, туринал, витамин Е, седативные препараты).

При скрининге (УЗИ 24 июля 1997 года) подтверждена прогрессирующая беременность 13-14 недель, зарегистрировано сердцебиение и движение плода. Женщина выписана по месту жительства под наблюдение врача женской консультации с правильно прогрессирующей маточной беременностью. В последующем при наблюдении осложнений не выявлено. Однако 7 декабря 1997 года беременная падает на льду, а 9 декабря у нее изливаются околоплодные воды в умеренном количестве и в 15 часов этого же дня она поступает в отделение патологии беременности Сумского клинического родильного дома.

Консультирована профессором кафедры акушерства и гинекологии. С диагнозом: беременность 33 недели. Крайне отягощенный акушерский анамнез. Угрожающие преждевременные роды. Высокий надрыв околоплодного пузыря. Анемия беременной I степени. Резус отрицательная принадлежность крови. Монилиазный кольпит. Первородящая старшего возраста (экстракорпоральное оплодотворение развивающейся беременности), беременной назначается профилактика дистрессиндрома респираторных расстройств, пролангирующая, сохраняющая беременность терапия и терапия созревания легочной ткани плода.

В силу излившихся околоплодных вод 11 декабря 1997 года при той же акушерской ситуации беременная оперирована. Произведено кесарево сечение продольным разрезом в нижнем маточном сегменте, без осложнений. Живой мальчик массой 2450,0, длиной 46 см. Состояние по шкале Сильвермана-Андерсена 3 балла. Состояние по шкале Апгар 7 баллов. На 6-е сутки в удовлетворительном состоянии ребенок переведен в отделение недоношенных детей. Родильница Х. выписана из стационара на 10-е сутки после операции кесарева сечения с рекомендацией абсолютной контрацепции, реабилитации, диспансерного наблюдения участковым врачом женской консультации в группе риска невынашивания беременности с синдромом оперированной матки.

Изложенное позволяет относить больных, у которых применяли метод ЭО-ПЭ, к группе высокого риска эктопической беременности. Следовательно, при наступлении имплантации требуется особое тщательное наблюдение за ними с учетом числа перенесенных эмбрионов, вплоть до получения четких представлений о локализации плодного яйца.

SUMMARY

The case of pathological tube pregnancy at developing uterine pregnancy after extrauterine impregnation has been presented. The information is of great practical interest for accoucheur - gynaecologists as to the dispensary conduct of such pregnant, and for the prevention of the same complications at insemination.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Здановский В.М., Кочиян К.Н., Соломатина Е.В., Аншина М.Б., Антипов И.Ю. Эктопическая беременность при лечении бесплодия методом экстракорпорального оплодотворения // Акушерство и гинекология.- М.: Медицина, 1990. - №7. - С.45-47.
2. Соломатина Е.В., Здановский В.М., Кочиян К.Н., Аншина М.Б. Трансвагинальная эхография при лечении бесплодия методом экстракорпорального оплодотворения.- М.: Медицина, 1990. - №7. - С.48-51.
3. Запорожан В.М., Цегельський М.Р. Акушерство і гінекологія: Навчальний посібник для лікарів-інтернів. - Київ: Здоров'я, 1996.