

Редкий случай сочетания маточной и внематочной беременности после проведения ЭКО

Д.Н.Баканова, Т.М.Долина, Н.А.Колесник, Е.Н.Зарубина
ФГБУ «Центральная клиническая больница с поликлиникой» УД Президента РФ

Приведен случай успешной диагностики и лечения развивающейся гетеротопической беременности на сроке 11 нед 5 дней с помощью лапароскопической тубэктомии у женщины, участвующей в программе ЭКО, после подсадки 2 криоконсервированных эмбрионов.

Ключевые слова: вспомогательные репродуктивные технологии, ЭКО, ТВУЗИ, внематочная беременность, гетеротопическая беременность.

A case of successful diagnostics and treatment of developing heterotopic pregnancy at gestation of 11 weeks 5 days is described. A woman had the laparoscopic tubectomy for in vitro fertilization (IVF) and had two implanted cryo-conserved embryos.

Key words: assisted reproductive technology, IVF, transvaginal ultrasound examination, ectopic pregnancy, heterotopic pregnancy.

Внутриматочная беременность (ВБ) по статистике встречается в 1 случае на 30 тыс. беременностей, однако при вспомогательных репродуктивных технологиях ее частота возрастает до 1 случая на 100 беременностей [1, 2]. Относительный риск летального исхода при ВБ примерно в 10 раз выше, чем при родах, и в 50 раз выше, чем при искусственном аборте [2]. ВБ по-прежнему является основной причиной смерти женщин в I триместре беременности. Рост числа беременных старшей возрастной группы (от 35 лет) с высоким риском ВБ, возрастающее число индуцированных беременностей после стимуляции овуляции и широкое внедрение технологий экстракорпорального оплодотворения обусловили неуклонный рост числа внематочных беременностей на протяжении последних 15 лет [3]. При выявлении ВБ у пациентки, включенной в протокол ВРТ, нельзя полностью исключать и возможность наличия одновременно и маточной и внематочной беременности при подсадке 2 эмбрионов. В связи с развитием ВРТ частота сочетаний маточной и внематочной беременности в ближайшее время будет увеличиваться. Поэтому строгий контроль при мониторинге роста и развития эмбриона в матке у пациенток при ВРТ должен проводиться с целью исключения гетеротопической беременности, которая может вызвать угрожающие осложнения как для жизни матери, так и для плода.

Анатомические формы внематочной беременности делят на часто и редко встречающиеся. Наиболее частая форма — трубная эктопия плодного яйца, она наблюдается в 98,5–99% случаев. В зависимости от места имплантации плодного яйца в трубе выделяют также интерстициальную (интрамуральную), истмическую, ампулярную и фимбриальную беременность. Ампула маточной трубы — наиболее типичное место имплантации трофобласта — от 60 до 95,3% всех случаев. Реже встречается истмическая трубная беременность (15,3%)

и совсем редко (1–3%) — интерстициальная беременность [4]. Могут также встречаться многоплодная и двусторонняя трубная беременность. При нарушении трубной беременности эмбрион с сохраненной хориальной оболочкой попадает в брюшную полость и тогда возможна вторичная брюшная беременность, которая чрезвычайно редко бывает доношенной. Частота брюшной беременности очень невелика. В 3,18% бывает яичниковая беременность и беременность в несообщающемся рудиментарном роге матки, а также сочетание яичниковой и маточной беременности. Крайне редко (1:30 000) наблюдается сочетание маточной и внематочной (гетеротопической) беременности, когда в полости матки имеется нормально развивающаяся маточная беременность в сочетании с трубной [5, 6].

Во время проведения УЗИ, определив плодное яйцо в матке, врачи нередко не обращают внимания на второе плодное яйцо, которое может быть расположено вне матки. Причем результаты многократного исследования уровня бета-субъединицы ХГТ при гетеротопической беременности не отличаются от таковых при нормальной беременности, и соответственно заподозрить гетеротопическую беременность по данным лабораторного и клинического исследований не представляется возможным. Зачастую диагноз устанавливается в операционной, и такая запоздалая диагностика приводит к нежелательным осложнениям как со стороны матери, так и со стороны второго плода, развивающегося в матке.

В связи с этим своевременная и точная диагностика сочетанных состояний маточной и внематочной беременности актуальна и представляет интерес для врачей акушеров-гинекологов, врачей ультразвуковой диагностики и других специалистов.

Клинический случай редкой формы сочетания маточной и внематочной беременности (представлен

по материалам гинекологического отделения №2 ЦКБ).

П а ц и е н к а Т., 31 года, наблюдалась по поводу первичного бесплодия (7 лет), мужской фактор. 05.04.12 в отделении ВРТ проведена трансвагинальная пункция обоих яичников, криоконсервация эмбрионов. Подсадка не была произведена в связи с наличием полипа эндометрия, выявленно при УЗИ (на фоне стимуляции овуляции).

25.04.12 были проведены гистероскопия, удаление полипа эндометрия, раздельное диагностическое выскабливание. По результатам гистологического исследования: железисто-фиброзный полип эндометрия.

20.07.12 произведена подсадка двух криоконсервированных эмбрионов.

С 06.08 по 10.08.12 пациентка находилась на лечении в стационаре по поводу угрозы прерывания беременности с диагнозом: беременность 5–6 нед после ЭКО и ПЭ, угроза прерывания беременности. При УЗИ на данном сроке была диагностирована только маточная беременность.

14.09.12 в поликлинике диагностировано сочетание маточной и внематочной беременности по данным ТВУЗИ. Была произведена экстренная лапароскопическая операция: тубэктомия справа. Интраоперационный диагноз: правосторонняя трубная беременность, нарушенная по типу разрыва маточной трубы с формированием плодместилища в дугласовом пространстве при беременности 12 нед в сочетании с развивающейся маточной беременностью 12 нед после ЭКО и подсадки 2 эмбрионов.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Проводилась антибиотикотерапия, симптоматическая терапия и продолжалось лечение, назначенное врачами ОВРТ.

При выписке состояние удовлетворительное. По данным ТВУЗИ в полости матки 1 плод, сердечная деятельность определяется, двигательная активность в норме, размеры плода соответствуют сроку беременности 11 нед 5 дней.

01.03.13 поступила в АГК ЦКБ с жалобами на излитие околоплодных вод. Произведено кесарево сечение. Родилась живая недоношенная девочка массой 2140 г, длиной 48 см, с оценкой по шкале Апгар 7/8 баллов. 05.03.13 пациентка выписана из роддома.

Обсуждение

В последнее десятилетие отмечены значительный рост и развитие вспомогательных репродуктивных технологий. На этом фоне повышается риск возникновения ВБ. По данным мировой статистики, частота ВБ за последнее десятилетие возросла в 2–3 раза и составляет в индустриально развитых странах в среднем 12–14 на 1000 беременностей [7]. Старый постулат, гласящий, что при нали-

чии маточной беременности внематочной быть не может, больше не работает. Гетеротопическая беременность — это заболевание, частота которого постоянно возрастает у бесплодных женщин, направленных на участие в программах ВРТ [8]. Поэтому информирование пациентки о возможности наступления такой беременности целиком ложится на врача, проводящего ВРТ.

ВБ может вызывать осложнения, угрожающие жизни беременной, и ее диагностика всегда затруднительна. Гетеротопическую беременность практически невозможно распознать клинически. ТВУЗИ имеет преимущества перед трансабдоминальным УЗИ в ее диагностике. А новые технологии, такие как УЗ-ангиография и соноэластография, помогают определить локализацию эктопически расположенного плодного яйца более точно [9].

Первый случай гетеротопической беременности после индукции овуляции кломифеном был описан в 1971 г. [6]. На сегодняшний день имеется уже более 200 публикаций. В публикации Silva случай гетеротопической беременности был выявлен случайно при ТВУЗИ, и пациентке была выполнена лапароскопическая частичная тубэктомия и впоследствии рожден здоровый ребенок [7]. В исследовании Rizk, который описал 20 случаев гетеротопической беременности в программах ВРТ в своей клинике, клинической симптоматики у 45% пациенток не отмечалось. Трубная беременность у 1 пациентки подверглась спонтанному регрессу. В 2 случаях в плодное яйцо вводили NaCl, а в остальных 17 случаях была проведена тубэктомия. После проведенного лечения у 10 женщин беременность завершилась благополучно родами в срок, а у других 10 закончилась спонтанным абортom [10]. Большинство гетеротопических беременностей, к сожалению, были выявлены случайно уже в условиях операционной. В аналогичных публикациях по этой тематике прервавшаяся спонтанно трубная беременность была удалена лапароскопически или при лапаротомии с минимальным воздействием на матку [11, 12]. В случае, который приводит Addar, гетеротопическая беременность возникла после индукции овуляции кломифен-цитратом и рекомбинантным фолликулостимулирующим гормоном. Через 5 нед на фоне аменореи у пациентки появились выраженные боли внизу живота и маточное кровотечение. При лапаротомии проведена тубэктомия в связи с разрывом маточной трубы на фоне эктопической беременности. Известно, что гиперстимуляция яичников под влиянием кломифена увеличивает частоту появления двойни, внематочных беременностей и гетеротопической беременности [4, 5]. В случае Isha гетеротопическая беременность не была вовремя распознана, несмотря на то, что имелись клинические симптомы — пациентка испытывала боли внизу живота. При УЗИ выявлено

только маточная беременность и не установлена эктопической беременности. С острыми болями и в синкопальном состоянии беременную доставили в операционную для проведения диагностической лапароскопии, в ходе которой обнаружены нарушенная эктопическая трубная беременность и гемоперитонеум [12].

Мы хотим еще раз подчеркнуть важность обследования и полости матки, и маточных труб, яичников и брюшной полости после наступления беременности при применении вспомогательных репродуктивных технологий. После диагностики такой беременности основная проблема состоит в том, чтобы не навредить матери и нормально развивающемуся плоду в матке. Тактика лечения таких пациенток заключается в экстренной хирургической помощи - производят операцию по поводу внематочной беременности и не прерывают маточную. На ранних этапах возможна консервативная терапия с лапароскопией или инъекция NaCl в эктопически расположенное плодное яйцо под контролем ТВУЗИ [7,8]. На примере данного клинического случая можно сделать вывод, что лишь при наличии тщательного обследования с применением ТВУЗИ возможно выявление сочетания маточной и внематочной беременности, что было сделано в приводимом случае в ранние сроки и позволило своевременно произвести хирургическое лечение, сохранить маточную беременность, столь желанную для пациентки.

Данный случай иллюстрирует необходимость тщательного наблюдения за беременной в программах ВРТ для исключения на ранних сроках внематочной беременности в связи с возможным возникновением острых ситуаций, угрожающих жизни пациентки.

Знание о потенциальной возможности формирования гетеротопической беременности и факторов риска, с ней связанных, поможет гинекологам, врачам УЗИ избежать многих осложнений и вовремя поставить правильный диагноз.

Литература

1. Ghandi S., Ahmadi R., Fazel M. Heterotopic pregnancy following induction of ovulation with clomiphene citrate. *International Journal of Reproductive BioMedicine (Impact Factor: 0.19)*. 09/2015; 9(4): 319-21.
2. Bright D.A., Gaupp F.B. Heterotopic pregnancy: A reevaluation. *J. Am. Board. Fam. Pract.* 1990; 3: 125-128.
3. Tal J., Haddad S., Gordon N., Timor-Tritsch I. Heterotopic pregnancy after ovulation induction and assisted reproduction technologies: a literature review from 1971 to 1993. *Fertil Steril.* 1996; 66: 1-12.
4. Glassner M.J., Aron E., Eskin B.A. Ovulation induction with clomiphene and the rise in heterotopic pregnancies: A report of two cases. *J. Reprod. Med.* 1990; 35: 175-178.
5. Above O.I., Sotiloye O.S. Heterotopic pregnancy following ovulation stimulation with clomiphene: a report of three cases. *West. Afr. J. Med.* 2000; 19: 77-79.
6. Payne S., Duge J., Bradbury W. Ectopic pregnancy concomitant with term intrauterine pregnancy. *Obstet Gynecol.* 1971; 38: 905-906.
7. Silva P.D., Meisch A.I. Laparoscopic treatment of heterotopic pregnancy. *J. Am. Assoc. Gynecol. Laparosc.* 1995; 2: 213-221.
8. Barnhart K.T., Katz I., Hummel A., Gracia C.R. Presumed Diagnosis of ectopic pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2002; 100: 505-510.
9. С.О. Чуркина, Е.Б. Савинова, Е.А. Хохлова, М.А. Антошечкина, В.Е. Гажонова, А.В. Зубарев Соноэластография в ранней диагностике внематочной беременности. *Кремлевская медицина. Клинический вестник.* 2009, 3, 37-40.
10. Rizk B., Tam S.L., Morcos S., Riddle A., Brinsden P., Mason B.A., Edwards R.G. Heterotopic pregnancies after in vitro fertilization and embryo transfer. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1991; 164: 161-164.
11. Addar M. Heterotopic pregnancy following induction of ovulation in PCOS. *Mid East Fertil. Soc. J.* 2004; 9: 173-175.
12. Ibha K., Poonam G. Heterotopic Pregnancy following induction of ovulation with clomiphene. *J. Obstet. Gynecol. Ind.* 2004; 54: 87-88.