



КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

УДК 618.31:618.177-089.888.11

М.К. ИСМАЙЛОВА

Центр женского здоровья Центральной клиники, AZ1106, Азербайджан, г. Баку, ул. Э. Бабаева, д. 32

Эктопическая беременность после экстракорпорального оплодотворения

Исмайлова Махира Камиль кызы — кандидат медицинских наук, заведующая Центром женского здоровья Центральной клиники, тел. +994-506-70-11-25, e-mail: Yuliyamd@rambler.ru

В статье освещена проблема развития эктопической беременности (ЭБ) как осложнения после экстракорпорального оплодотворения, возникшего у 4% пациенток из 410 женщин, использовавших методы вспомогательных репродуктивных технологий. Авторами разработаны методы своевременной диагностики патологии, что позволяет предупредить возможность повторного наступления осложнения после ЭКО.

Ключевые слова: *внематочная беременность, вспомогательные репродуктивные технологии, бесплодие.*

M.K. ISMAYLOVA

Center for Women's Health of Central Hospital, 32 E. Babaeva St., Baku, Azerbaijan AZ1106

Ectopic pregnancy after in vitro fertilization

Ismaylova M.K. — Cand. Med. Sc., Head of Center for Women's Health of Central Hospital, tel. +994-506-70-11-25, e-mail: Yuliyamd@rambler.ru

The article is about the problem of the development of ectopic pregnancy (EP) as a complication of in vitro fertilization, that emerged in 4% of patients of 410 women who used methods of assisted reproductive technologies. The authors have developed methods for early diagnosis of pathology, that can prevent the possibility of re-occurrence of complications after in vitro fertilization.

Key words: *ectopic pregnancy, assisted reproductive technologies, infertility.*

Внематочная беременность (ВБ) — одно из наиболее частых и серьезных осложнений при использовании вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ). Частота наступления ВБ у женщин, участвующих в программе ЭКО, достигает 2-10%, что в несколько раз превышает частоту внематочной беременности в общей популяции. Особенность эктопической беременности (ЭБ) после ЭКО — увеличение редких форм с локализацией в интерстициальном отделе или культе маточной трубы, двухсторонними трубными беременностями, а также с различными другими вариантами гетеротопической беременности. Указанное обстоятельство связано с тем, что в популяции женщин, страдающих бесплодием, существенно увеличена доля пациенток, имеющих следующие факторы риска внематочной беременности: 1) хроническое воспаление органов малого таза; 2) спаечный процесс в малом тазу после перенесенных воспалительных заболеваний, передающихся половым путем, и оперативных вмешательств на органах малого таза, прежде всех на маточных трубах; 3) доброкачественные заболевания матки и придатков матки; 4) эндометриоз маточных труб и яичников. Все перечисленные состояния могут приводить к нарушению транспорта оплодотворенной яйцеклетки и имплантации ее вне полости матки. Кроме того, при применении ВРТ

вследствие искусственного введения оплодотворенной яйцеклетки в полость матки и невозможности учета всех особенностей и условий, в которых происходит миграция яйцеклетки и имплантация в эндометрий, частота потерь плодного яйца и наступления внематочной беременности значительно повышаются. В связи с этим при наступлении беременности в результате применения ВРТ следует уже с ранних сроков точно определить локализацию плодного яйца.

Наблюдали 18 случаев ЭБ из 410 беременностей, наступивших в результате ЭКО у женщин с бесплодием. Частота ЭБ составила 4,4% от общего числа беременностей. Возраст женщин был от 24 до 34 лет. У 7 женщин было первичное, у 12 — вторичное бесплодие. У 12 женщин была проведена первая попытка ЭКО, а у 6 — вторая. Показанием для ЭКО у 15 пациенток явилась трубно-перитонеальная форма бесплодия, у 2 — генитальный эндометриоз, у 1 — идиопатическое бесплодие. Хроническое воспаление маточных труб с нарушением их проходимости, длительный анамнез (до 10 лет) безуспешного консервативного и оперативного лечения бесплодия имели 10 больных. Маточные трубы были удалены у 7 больных: с обеих сторон — у 3 (у 2 больных по поводу гидросальпинкса, у 1 — в разные годы в связи с 2 трубными беременностями), с



одной стороны — у 4, причем у одной из них вторая труба была резецирована при повторной беременности. Всем пациенткам для индукции суперовуляции применяли человеческий менопаузальный гонадотропин (меноур, меногон, меригон) на 2–3-й день менструального цикла по антагонист-протоколу. В качестве антагониста ГнРГ использовали ганиреликс, для овуляции применяли препараты хорионического гонадотропина. Толщина эндометрия на день назначения ХГ у пациенток с эктопической беременностью составила $6,7 \pm 0,1$ мм против $7,7 \pm 0,2$ мм среди всех пациенток. В полость матки было пересажено 2 эмбриона 8 пациенткам, 3 эмбриона — 10 пациенткам. При переносе эмбрионов катетер вводился на глубину, соответствовавшую середине полости матки. Прогрессирующая внематочная беременность была установлена у всех 18 женщин. Алгоритм диагностики включал определение уровня β -ХГ в сыворотке крови через 12–14 дней после переноса эмбрионов. При диагностически значимых уровнях β -ХГ через 7–10 дней проводилось контрольное УЗИ. Если при УЗИ не удавалось обнаружить плодное яйцо, назначалось повторное исследование на β -ХГ. При анализе результатов этого исследования учитывались абсолютные значения концентрации и темп прироста β -ХГ. В среднем ВБ была диагностирована через 33 дня (23–46 дней) после переноса эмбриона в полость матки. Визуализировать при ультразвуковом исследовании эктопически расположенное плодное яйцо удалось у 15 больных. У 3 больных диагноз был установлен на основании клинических признаков прогрессирующей беременности, отсутствия плодного яйца в матке при стабильно высоких концентрациях β -ХГ (300 мЕ/л, 1000 мЕ/л). У 3 больных внематочная беременность была обнаружена только при появлении симптомов ее прерывания через 47, 55 и 61 день после переноса эмбрионов. Сведения о вариантах локализации эктопической беременности представлены в табл. 1.

Таблица 1.

Локализация эктопической беременности в группе женщин после ЭК

Локализация беременности	Число случаев
Истмический или ампулярный отдел маточной трубы	9
Культя маточной трубы	2
Интерстициальный отдел маточной трубы	2
Интерстициальный и истмический отделы маточной трубы	1
Маточная труба и полость матки	4
Всего	18

Оперативному лечению были подвергнуты 15 больных: удаление единственной маточной трубы было выполнено у 5 больных, тубэктомия с оставлением второй трубы — у 1 больной, двусторонняя тубэктомия — у 7 больных, удаление культи маточ-

ной трубы с иссечением трубного угла матки — у 2 больных; 6 больной была проведена операция лапароскопическим доступом. Чревосечение по экстренным показаниям было произведено 3 беременным. У 15 пациенток вмешательства были проведены в плановом порядке. Консервативное лечение метотрексатом проведено 3 больной (эктопически расположенное плодное яйцо было обнаружено через 26, 30 и 31 день после переноса эмбрионов). Метотрексат (50 мг препарата) вводился в/м однократно. В случае высоких цифр ХЧГ — по 50 мг в/м через день трижды. В дальнейшем проводился динамический контроль с помощью ультразвукового исследования и определения β -ХГ в сыворотке крови. При ультразвуковом контроле уже с первых суток после начала лечения наблюдалась фрагментация плодного яйца, исчезновение которого происходило к концу второй недели. Кровянистые выделения из половых путей, свидетельствующие о начале отторжения децидуальной оболочки, появились у всех пациенток в течение первых 24 часов после процедуры. Снижение концентрации β -ХГ происходило постепенно и достигало нулевых значений в случаях с интерстициальной беременностью к 40–60-му дню после введения метотрексата. У больной с локализацией плодного яйца в истмическом отделе маточной трубы падение уровня β -ХГ произошло к 60-му дню.

Проведенные исследования показали, что частота ЭБ в ЭКО существенно превышает популяционный уровень. По нашим данным, частота ЭБ составила в среднем 4,4%. В литературе обсуждаются различные причины возникновения этой патологии: от положения катетера в полости матки при переносе эмбрионов до воспалительных заболеваний придатков матки и операций на маточных трубах в анамнезе. Однако, как попадают эмбрионы из полости матки в маточную трубу, в культях удаленной трубы остается непонятным. Было отмечено, что подавляющее число ЭБ (14 из 18 пациенток) наступило у женщин с толщиной эндометрия на день назначения ХГ менее 8 мм, в среднем $6,7 \pm 0,1$ мм против $7,7 \pm 0,2$ среди всех беременных. Этот факт свидетельствует не только о важной роли процессов, связанных с пролиферацией эндометрия, в патогенезе эктопической беременности, но является еще одним подтверждением большой значимости степени пролиферации (толщины) эндометрия в день начала ХГ для исхода ЭКО. Отличительной особенностью эктопических беременностей после ЭКО является высокая частота редких локализаций. Из 17 случаев 9 были редкими: сочетанные гетеротопические беременности — у 5, интерстициальные — у 2, в культях удаленных ранее маточных труб — у 2. Одна интерстициальная беременность наступила у женщин с удаленными с обеих сторон маточными трубами. Эти наблюдения побудили обратить внимание на технику удаления маточных труб. При тубэктомии рекомендуется после удаления трубы произвести термо- или электрокоагуляцию интерстициального отдела трубы с помощью игольчатого электрода. С позиции ранней диагностики внематочной беременности представляется предпочтительным наблюдение за беременными этой группы в течение 1 триместра в центрах, где была проведена процедура ЭКО. В случае невозможности выполнения этого условия должна быть обеспечена преемственность в диспансерном наблюдении.