
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

© Чулкова А.Ю., Милов И.М., 2013
УДК 618.2:618.177-089.888.11

**УСПЕШНОЕ ВЫНАШИВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ
ПОСЛЕ ДВУСТОРОННЕЙ АДНЕКСЭКТОМИИ И ПЕРЕСАДКИ
ОПЛОДОТВОРЕННЫХ ДОНОРСКИХ ЯЙЦЕКЛЕТОК**

А.Ю. ЧУЛКОВА, И.М. МИРОВ

**SUCCESSFUL PREGNANCY AFTER BILATERAL ADNEXECTOMY AND
TRANSPLANTING THE FERTILIZED EGG DONATION**

A.Y. CHULKOVA, I.M. MIROV

ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России

Приводится наблюдение о вынашивании беременности у пациентки с двусторонней аднексэктомией после экстракорпорального оплодотворения и с проведением родов естественным путем.

Ключевые слова: двусторонняя аднексэктомия, экстракорпоральное оплодотворение, самопроизвольные роды.

The pregnancy in patient with bilateral adnexectomy after in vitro fertilization and natural birth was observed.

Key words: bilateral adnexectomy, in vitro fertilization, spontaneous delivery.

Замечательным достижением современной медицины является высокоэффективный метод устранения бесплодия у женщин – экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО), когда другие методы оказались неэффективными. Прогресс исследований в этом направлении позволяет обеспечить возникновение беременности и последующее ее вынашивание даже у жен-

щин с двусторонним удалением яичников, что раньше считалось видом абсолютно не восстановимого бесплодия. Возможность преодоления такой ситуации может быть достигнута с использованием донорских яйцеклеток, а количество успешных попыток ЭКО при этом достигает 30 – 40%.

Представляется клиническое наблюдение данной уникальной ситу-

ации. Беременная Е. 32 лет. Перенесенные заболевания: ОРВИ, гастрит, хронический гепатит С. По поводу В-20 с 2000 г. состоит на учете в центре СПИД (с 30.03.2000 г. получает лечение колетрой и комбивиром). В 2004 г. выявлена иммунная тромбоцитопения, по этой причине в 2008 г. произведена спленэктомия. В 2004 г. по поводу двусторонней апоплексии яичников выполнено типичное оперативное лечение, но в связи с повторным внутренним кровотечением была произведена релапаротомия и двухсторонняя аднексэктомия, затем женщина получала заместительную терапию фемостоном. У женщины имелось настойчивое желание материнства, и она в 2012 г. обратилась в частное медицинское учреждение г. Москвы: ООО «А.С. Кон», где был установлен диагноз: Вторичное бесплодие, эндокринный фактор. Гипергонадотропный гипогонадизм. Вторичная аменорея. ВИЧ-инфекция, стадия вторичных заболеваний 4А. Хронический гепатит С (ремиссия).

Ей была предложена единственная возможность вынашивания беременности после получения донорских эмбрионов. Донором яйцеклеток в такой ситуации может быть здоровая женщина в возрасте 20-35 лет, которую предварительно обследуют на отсутствие генитальных инфекций, проводят консультацию генетика. Для синхронизации менструального цикла пациентки и женщины-донора ооцитов применяют гормональные контрацептивы, затем женщине-донору проводят стимуляцию овуляции, чтобы получить несколько ооцитов, путем пункции зрелых фолликулов, что

производят под наркозом. Оплодотворение донорских яйцеклеток выполняют спермой мужа пациентки *in vitro*. Перенос эмбрионов (2 – 3) в матку осуществляют через 2 – 5 дней после оплодотворения яйцеклеток. Процедура не требует анестезии и выполняется на гинекологическом кресле в течение нескольких минут. Эмбрионы переносят в матку, проводя через шейку матки специальный эластический катетер.

В июне 2012 г. пациентке произведен успешный перенос криоконсервированных донорских эмбрионов в полость матки и беременность продолжала развиваться на фоне заместительной гормональной терапии: утрожестан 200 мг 3 раза в день интравагинально; метипред 4 мг 1 раз в день; поливитаминный комплекс. При сроке 12 недель женщина встала на учет в женскую консультацию, продолжала принимать утрожестан до 20 недели, метипред до 16 недели. В сроке 33 недели с диагнозом- угроза преждевременных родов, беременная проходила стационарное лечение в Рязанском областном клиническом перинатальном центре (РОКПЦ). На 8 сутки выписана с сохраненной беременностью в удовлетворительном состоянии.

В связи с развившейся родовой деятельностью, 5. 03. 2012 г. в 4 часа 30 минут утра беременная поступила в РОКПЦ. Произведено влагалищное исследование: наружные половые органы сформированы правильно, шейка матки отклонена кзади, укорочена до 0,5 см, размягчена неполностью, цервикальный канал проходим для 1 поперечного пальца, плодный пузырь цел. Предлагит головка над плоскостью входа в

малый таз, емкость таза удовлетворительная, выделения слизистые, в небольшом количестве. Установлен диагноз: Беременность 1 – 37 недель, роды 1 в 32 года, отягощенный акушерско-гинекологический анамнез (двусторонняя аднексэктомия 2004 год), ЭКО. Предвестники родов, хроническая фетоплацентарная недостаточность, синдром задержки развития плода 2 ст., нарушение маточно-плацентарного кровотока 1А ст. Состояние после спленэктомии (2008). Тромбоцитопения. В-20. Хронический гепатит С.

Обычно, при таком анамнезе и редком методе проведения ЭКО, родоразрешение проводится путем операции кесарево сечение, однако женщина была настроена на проведение родов естественным путем, что и было учтено дежурными врачами при ведении родов, чему способствовали, по их мнению, небольшая масса плода и прогрессивно развивающаяся родовая деятельность. В 19 часов 20 минут, при открытии маточного зева 5 см, произведена амниотомия. В 23 часа 5 минут в переднем виде затылочного предлежания родился живой доношенный мальчик с однократным тугим обвитием пуповины вокруг шеи, с признаками незрелости и задержкой внутриутробного развития плода, масса тела 2070 г, рост 47 см. Оценка по шкале Апгар 6/8 баллов. Продолжительность родов: 1 период – 6 ч; 2 период- 1 час 5 минут; 3 период – 5 минут. Безводный промежуток – 4 часа 5 минут. Кровопотеря – 230 мл. Диагноз у новорожденного: Недоно-

шенность, незрелость, врожденная пневмония средней тяжести, дыхательная недостаточность 0 – 1 степени. На следующий день новорожденный переведен в Областную детскую клиническую больницу имени Н.В. Дмитриевой. После проведения комплексной терапии, ребенок, при вполне удовлетворительном состоянии выписан домой на 21 сутки.

Заключение: Уникальность данного наблюдения состоит не только в успешном вынашивании беременности после двусторонней аднексэктомии и пересадки оплодотворенных донорских яйцеклеток, но и в том, что по желанию женщины, роды проведены естественным путем с благоприятным исходом для матери и ребенка.

Литература

1. Курцер М.А. Девять месяцев / М.А. Курцер. – М., 2009. – С. 5-9.
2. Сидорова И.С. Физиология и патология родовой деятельности / И.С. Сидорова. – М., 2008. – С. 110-115.
3. Абрамченко В.В. Клиническая перинатология / В.В. Абрамченко. – М., 2010. – С. 58-63.
4. Айламазян Э.К. Акушерство: учебник для студентов мед. вузов / Э.К. Айламазян. – СПб., 2007. – С. 256-270.
5. Радзинский В.Е. Акушерство / В.Е. Радзинский. – М., 2007. – С. 430-445.
6. Кулаков В.И. Акушерство и гинекология: клинические рекомендации / В.И. Кулаков. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – С. 198-210.

Миров Игорь Михайлович – д.м.н., проф. кафедры акушерства и гинекологии с курсом акушерства и гинекологии ФДПО ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России.