

УДК 618.25-02 : 618.177-089.888.11]-007

МАНАСОВА Г.С., ЗЕЛИНСКИЙ А.А., СЛАВЯНЧУК А.Л.,
РЯЗАНЦЕВ И.И., ЖОВТЕНКО О.В.

Одесский национальный медицинский университет,
кафедра акушерства и гинекологии №2

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ, НАСТУПИВШЕЙ С ПОМОЩЬЮ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ У ЖЕНЩИНЫ С АНОМАЛИЯМИ РАЗВИТИЯ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ

Представлен клинический случай с описанием особенностей тактики ведения и родоразрешения пациентки с аномалиями развития мочеполовой системы у женщины 36 лет с полным удвоением матки и неполным удвоением единственной правой почки. Анамнез также отягощен субклиническим гипотиреозом, хроническим пиелонефритом единственной почки. В возрасте 21 года удалены оба яичника по причине воспалительных опухолей (пиовариум, пиосальпинкс). В 28 лет первая беременность с помощью ВРТ, родоразрешение кесаревым сечением в 38 недель. Данная многоплодная беременность также с помощью ВРТ, с расположением плодов в 2-х матках. Родоразрешена абдоминальным путем в сроке 33-34 недель нижнесрединным доступом с поэтапным корпоральным разрезом левой и правой матки.

Выводы. Многоплодную беременность в настоящее время можно отнести к осложнениям вспомогательных репродуктивных технологий. Необходимо внедрение более широких междисциплинарных консилиумных биоэтических обсуждений при принятии пациенткой и ее семьей информированного решения о многоплодной беременности с учетом оценки общесоматического состояния женщины и адаптационно-компенсаторно-возможностей ее организма в условиях гестационного процесса.

Ключевые слова: многоплодная беременность, аномалии развития мочеполовой системы, вспомогательные репродуктивные технологии

Аномалии развития репродуктивных органов рассматриваются как многофакторные пороки, связанные с генетическими и хромосомными нарушениями, с воздействием вредных факторов во внутриутробном периоде, с нарушениями гормональной регуляции; в 33 % случаев аномалии органов мочевой системы сочетаются с аномалиями половых органов вследствие общего зародышевого зачатка (нефротомы) [1].

Серьезной медико-социальной проблемой в настоящее время является бесплодие: во всем мире более 70 миллионов человек являются бесплодными и нуждаются в лечении. В центрах ВРТ около 40- 50% пациентов являются инородными и после переноса эмбрионов возвращаются к себе домой, под наблюдение акушеров. В связи с высокой частотой невынашивания и другими осложнениями многоплодной беременности в большинстве стран Западной Европы в настоящее время введен закон, запрещающий введение в полость матки более двух, а в некоторых странах и более одного эмбриона [2, 3].

Предлагаем описание клинического случая с особенностями тактики ведения и родоразрешения пациентки с аномалиями развития мочеполовой системы.

Беременная С., 36 лет, обратилась впервые 11.01.2018 г. на консультативный прием на кафедру акушерства и гинекологии №2 Одесского национального медицинского университета.

Из анамнеза: Менархе с 12 лет, цикл 5/28 дней, без нарушений. Половая жизнь с 18 лет, в браке. У пациентки врожденный порок развития (ВПР) мочеполовой системы – полное удвоение матки; неполное удвоение единственной правой почки.

В 2003 г. (в возрасте 21 года) в ургентном порядке оперирована по поводу 2-сторонних воспалительных опухолей яичников, левостороннего пиосальпинкса. Объем операции: левосторонняя аднексэктомия, удаление правого яичника, дренирование брюшной полости. Гистологический диагноз: пиовариум, пиосальпинкс слева; справа

– тубоовариальная воспалительная опухоль. Последующая терапия с использованием фитопрепаратов.

Экстрагенитальная патология: хронический пиелонефрит единственной почки в ст. ремиссии. Субклинический гипотиреоз.

В 2009 г. путем ЭКО у пациентки наступила 1-ая беременность, которая завершилась операцией кесарева сечения в сроке 38 недель рождением живой доношенной девочки с синдромом задержки внутриутробного развития, весом 2050 г, длиной 48 см. Послеоперационный период протекал без осложнений. Грудное вскармливание в течение 12 месяцев с последующим восстановлением менструального цикла; ребенок здоров, развивается соответственно возрасту.

Данная беременность вторая, также с применением ВРТ – ЭКО, донорские яйцеклетки. Со слов пациентки, был осуществлен перенос 3 эмбрионов: 2-х в одну матку и 1-го эмбриона – во вторую матку (выписка о протоколе ЭКО у пациентки отсутствовала). Один из эмбрионов – ауторедукция на ранних этапах. Для полного первичного обследования пациентки была госпитализирована в гинекологическое отделение КУ «Родильный дом №5».

Данные антропометрии: телосложение правильное, рост – 160 см; вес т – 52,9 кг, ИМТ – 20,3. Развитие вторичных половых признаков, оволосение – по женскому типу, молочные железы округлой формы (M2).

Данные УЗИ от 11.01.2018 г. (первичное обращение): полное удвоение матки. В каждой из маток визуализируется по плоду. Фетометрически размеры плодов соответствуют 13-14 неделям. В правой матке плацента по задней стенке, расположена нормально; в левой – плацента в дне, левой задней стенке, толщина 17-19 мм. В шейке матки визуализируется 2 цервикальных канала, длина 32 мм, каналы сомкнуты. Область рубца на матке (в левой матке) – миометрий однородный, без особенностей.

После полного клинико-лабораторного обследования консилиумом установлен клинический диагноз: Беременность 2-ая, 13-14 недель, после ЭКО. Аномалия развития мочеполовой системы: полное удвоение матки (2 шейки, одно влагалище). Многоплодная беременность (двойня), с расположением плодов в разных матках. Рубец на матке (левой) после кесарева сечения (2010 г.). Состояние после левосторонней аднексэктомии и удаления правого яичника. Неполное удвоение единственной правой почки. Хронический

пиелонефрит единственной почки в ст. ремиссии. Субклинический гипотиреоз. Врожденная тромбофилия.

На момент обращения пациентка по рекомендациям клиники, где проводилось ЭКО, принимала следующие препараты: дивигель (1,5 мг/сутки), прогинова (2 мг/сутки), эндометрин (200 мг), низкомолекулярный гепарин (эноксапарин натрия - клексан 20 мг п/к 1раз/сутки). Дополнительно был назначен лоспирин (100 мг/сутки).

Обследована на генез тромбофилии (16.02.2018 г.): плазменное звено гемостаза характеризуется гетерозиготным носительством по гену FGB (фибриногена); гомозиготной вариацией в системе фибринолиза гена активатора плазминогена (PAI-1 – серпаина); в тромбоцитарном звене гемостаза – гетерозиготным сочетанием гена интегрин (ITGB3). В совокупности полученные результаты свидетельствуют о повышенном риске тромбофилических осложнений.

Обследование гормонов щитовидной железы (16.01.2018 г.) показало снижение уровня Т4 (тироксина свободного) – 0,63 нг/мл (норма: 0,82 – 1,63 нг/мл). Эндокринологом рекомендована терапия йодомарином (250 мг/сутки).

После первичного обследования было рекомендовано снижение дозы эстрогенов до полной их отмены к 16 неделе беременности с учетом завершения плацентации и ее функционального становления как самостоятельной эндокринной железы; прием гестагенов продолжен в дозе 200 мг эндометрина.

Пациентка консультирована в перинатальном центре 3-го уровня, КУ «Одесская областная клиническая больница»; мультидисциплинарной командой согласован дальнейший план ведения, который предусматривал проведение ультразвуковой фето-плацентометрии и цервикометрии каждые 2 недели, продолжение приема гестагенов, НМГ, лоспирина и йодомарина; постоянный прием поливитаминно-минерального комплекса (фолиевая кислота, железо, кальцитриол в т.ч.).

В 20 недель переболела ОРВИ с подъемом температуры до 39°C и клиникой трахеита. Проведено лечение в условиях специализированного стационара, был назначен озельтамивир по 150 мг два раза в день в течении 5 дней), выписана в удовлетворительном состоянии.

В 27-28 недель беременности женщины госпитализирована в отделение патологии беременных КУ «Родильный дом №5» в связи с клиникой угрожающих преждевременных родов,

анемией (снижение гемоглобина до 96 Г/л); многоводием 2-го плода. Проведена токолитическая магниальная терапия, профилактика синдрома дыхательных расстройств у плодов (бетаметазон 24 мг); антибактериальная терапия с учетом чувствительности (цефуроксим по 250 мг/2 раза в сутки), препараты железа (сульфат железа); продолжен прием препаратов прогестерона, низкомолекулярного гепарина, антиагреганта (лоспирин), йодомарина, поливитамино-минерального комплекса.

В сроке беременности 33-34 недели в связи с преждевременным разрывом плодных оболочек госпитализирована в областной перинатальный центр, родоразрешена 31.05.2018 г. путем операции кесарева сечения. Особенности операции: были произведены два корпоральных разреза в левой и затем правой матке. Извлечены две недоношенные девочки весом 1930 г и 1770 г соответственно, длиной 45 см и 41 см, с оценкой по шкале Апгар 6-8 баллов. Продолжительность операции составила 55 мин, объем кровопотери 570 мл – 0,58% от массы тела. Послеоперационный период протекал без осложнений. Выписана домой в удовлетворительном состоянии с рекомендациями. Дети переведены на 13-е сутки на 2-й этап выхаживания. У одной из новорожденных неонатальный период осложнился тяжелым некротическим энтероколитом.

Заключительный диагноз: Беременность 2-я, 33-34 недели, после ЭКО, многоплодная (двойня) с расположением плодов в разных матках. Тазовое предлежание I-го плода. Ножное предлежание II-го плода. Аномалии развития органов мочеполовой системы. Полное удвоение матки. Неполное удвоение правой почки. Хронический пиелонефрит единственной почки в стадии стойкой ремиссии. Рубец на левой матке (после операции кесарева сечения в 2009 г). Состояние после левосторонней аднексэктомии и удаления правого яичника. Субклинический гипотиреоз. Преждевременный разрыв плодных оболочек. Роды 2, преждевременные, оперативные. Нижнесрединная лапаротомия. Кесарево сечение (корпоральное, поэтапное в 2-х матках).

ВЫВОДЫ

В данном клиническом случае у пациентки с экстрагенитальной патологией (гипотиреоз, хронический пиелонефрит единственной почки), врожденными аномалиями мочеполовой системы (полное удвоение матки, неполное удвоение единственной почки), отягощенным акушерско-гине-

кологическим анамнезом (оперативное удаление левых придатков, правого яичника, рубец на матке после кесарева сечения) в итоге ЭКО получена многоплодная беременность в разных матках. Многоплодную беременность в настоящее время можно отнести к отягощающим последствиям вспомогательных репродуктивных технологий, так как существует тенденция недооценки общесоматического и репродуктивного потенциала женщины и адаптационно-компенсаторных возможностей ее организма в условиях гестационного процесса. Необходимо внедрять более широкие междисциплинарные консиллиумные биоэтические обсуждения при принятии пациенткой и ее семьей информированного решения о многоплодной беременности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Адамян Л.В., Кулаков В.И., Хашукоева А.З. Пороки развития гениталий.- М., 1999.
2. Наказ МОЗ України від 08.04.2015 № 205 «Про затвердження Порядку надання медичної допомоги жінкам з багатоплідною вагітністю».
3. Heino A., Gissler M. et al. Variations in Multiple Birth Rates and Impact on Perinatal Outcomes in Europe // PLoS One. 2016; 11(3): e0149252.

РЕЗЮМЕ

ВИПАДОК БАГАТОПЛІДНОЇ ВАГІТНОСТІ ЗА ДОПОМОГОЮ ДРТ У ЖІНКИ З АНОМАЛІЯМИ РОЗВИТКУ СЕЧОСТАТЕВОЇ СИСТЕМИ.

МАНАСОВА Г.С., ЗЕЛІНСЬКИЙ О.О.,
СЛАВЯНЧУК О.Л., РЯЗАНЦЕВ І.І.,
ЖОВТЕНКО О.В.

Представлений клінічний випадок з описом особливостей тактики ведення та розродження вагітної з аномаліями розвитку сечостатевої системи у жінки 36 років з повним подвоєнням матки і неповним подвоєнням єдиної правої нирки. Анамнез також обтяжений субклінічним гіпотиреозом, хронічний піелонефрит єдиної нирки. У віці 21 року видалені обидва яєчники у зв'язку з наявністю запальних пухлин (піоварум, піосальпінкс). У 28 років - ЕКЗ, розродження кесаревим розтином в 38 тижнів. Дана багатоплідна вагітність за допомогою ДРТ, з розташуванням плодів в 2-х матках. Розроджена абдомінальним шляхом в терміні 33-34 тижнів нижньосрединним

доступом з поетапним корпоральним розтином лівої і правої матки.

Висновки. Багатоплідну вагітність в даний час можна віднести до ускладнень допоміжних репродуктивних технологій. Необхідно впроваджувати обговорення міждисциплінарним консиліумом при прийнятті пацієнткою і її сім'єю інформованого рішення про багатоплідної вагітності з урахуванням оцінки питань біоетики, соматичного стану жінки і адаптаційно-компенсаторних можливостей її організму в умовах гестаційного процесу..

Ключові слова: багатоплідна вагітність, аномалії розвитку сечостатевої системи, допоміжні репродуктивні технології

SUMMARY

THE CLINICAL CASE OF MULTIPLE PREGNANCY, WHICH IS OCCURRED BY THE HELP OF ASSISTED REPRODUCTIVE TECHNOLOGIES IN A WOMAN WITH ANOMALIES OF THE DEVELOPMENT OF THE GENITOURINARY SYSTEM.

MANASOVA G.S., ZELINSKY A.A.,
SLAVYANCHUK A.L., RYAZANTSEV I.I.,
ZHOVTENKO O.V.

In article description of features of conducting and delivery of the patient with abnormalities of the genitourinary system's development in a 36-year-old woman with a full doubling of the uterus and incomplete doubling of the single right kidney is presented. The anamnesis is also complicated with subclinical hypothyroidism, chronic pyelonephritis of a single kidney. At the 21-year-old both ovaries were removed because there were of inflammatory tumors (pyovarum, pyosalpinx). In 28-year-old patient had pregnancy by IVF, delivery by caesarean section in 38 weeks. This multiple pregnancy is occurred by IVF too, with the location of fetus in 2 uterus. She was delivered at the 33-34 weeks by lower-medial access with a phased corporal incision of the left and right uterus.

Conclusions. Multiple pregnancy at the present time, apparently, can be attributed to the complications of IVF. It may be necessary to think about broader interdisciplinary consultative bioethical discussions when the patient and her family make an informed decision about a multiple pregnancy, taking into account the assessment of the woman's overall somatic state and the adaptive-compensatory capabilities during pregnancy.

Key words: multiple pregnancy, anomalies of the genitourinary system's development, assisted reproductive technologies.