

Проблема невынашивания после ВРТ.
М.Б.Аншина
Центр Репродукции и Генетики «ФертиМед»

Женщин, беременность у которых наступила в результате лечения бесплодия методами ВРТ, относят к группе высокого риска по невынашиванию. Причин тому несколько:

1. Средний возраст существенно выше, чем в популяции
2. Применение препаратов -индукторов суперовуляции (кломифена цитарата, гонадотропинов), которые сами по себе являются факторами риска в отношении невынашивания
3. Все факторы, которые являлись причиной бесплодия у данного контингента женщин, одновременно рассматриваются как факторы риска в отношении невынашивания - воспалительный процесс, эндокринные нарушения, нарушения сперматогенеза, иммунологический конфликт и т.д.
4. Применение ВРТ, многие этапы которых представляют собой несомненное насилие над физиологией женщины и эмбриона: резкое изменение гормонального фона в результате навязывания искусственных режимов созревания фолликулов, гиперстимуляция яичников, способ получения гамет (пункция яичников у женщин, мастурбация у мужчин), пребывание гамет и эмбрионов вне организма женщины, микроманипуляции, перенос эмбрионов в матку матери.
5. Высокая частота многоплодия

У беременных после ВРТ все факторы риска присутствуют одновременно.

Если частота *угрозы* невынашивания в популяции составляет 15-35%, то после ВРТ – 25-65%. Тем не менее, суммарная частота невынашивания, сообщаемая различными центрами, как правило, колеблется от 7 до 22%, что сравнимо с популяционными данными. Это свидетельствует о том, что подходы и способы сохранения беременности, применяемые в центрах ЭКО, являются достаточно эффективными.

Можно выделить несколько принципиальных отличий в тактике ведения беременных после ЭКО от обычных беременных:

1. При угрозе прерывания беременности, наступившей *естественным путем*, до 6 недель не рекомендуется, учитывая высокую вероятность генетических и врожденных аномалий, принимать меры, направленные на ее сохранение. Поддержка беременности, наступившей *в результате ВРТ*, начинается очень рано, до или сразу после переноса эмбрионов в матку женщины.
2. Мероприятия, проводимые с целью сохранения беременности, наступившей *после ВРТ*, значительно более "агрессивны", чем общепринятые: дозы эстрогенных и гестагенных препаратов часто кажутся врачам, имеющим навык ведения беременных *после естественного зачатия*, просто пугающими.

Следует подчеркнуть, что схемы и дозы гормональных препаратов, используемых с целью сохранения беременности после ВРТ, сформировались в

большинстве центров эмпирически, как результат осознания низкой эффективности обычных методов с одной стороны и несомненной эффективности высокодозовой заместительной гормонотерапии у беременных без яичников или с нефункционирующими яичниками с другой стороны.

Т.о., в тактике ведения беременности после ЭКО отчетливо прослеживается тенденция, которую можно обозначить как приоритет сохранения беременности перед соображениями осторожности в отношении здоровья потомства. Действительно, чрезвычайно раннее начало гормонотерапии и ее интенсивность теоретически чреваты увеличением частоты врожденных аномалий как за счет поддержания жизнеспособности плодов с генетическими уродствами, так и известного тератогенного действия половых стероидов.

Однако, на значительном материале, который насчитывает уже сотни тысяч детей, родившихся после зачатия *in vitro* и применения интенсивной гормонотерапии, направленной на сохранение беременности, ожидаемого увеличения числа врожденных аномалий не отмечено.

Казалось бы, это ставит под сомнение целесообразность крайне осторожного подхода при использовании рутинных методов сохранения беременности и порождает соблазн переноса методов, принятых для ВРТ, в общую акушерскую практику.

Однако, это было бы неверно. Есть основания предполагать, что экстремальные условия, в которых происходит процесс оплодотворения и первых этапов развития эмбрионов *in vitro*, являются естественным барьером или фильтром для гамет и эмбрионов с генетическими дефектами. В результате, те из эмбрионов, что доходят до стадии переноса и сохраняют потенцию к имплантации, как правило, являются генетически здоровыми.

С другой стороны, применение гормонотерапии у беременных после ВРТ, вероятно, частично нейтрализует те сдвиги в физиологии репродуктивной функции, которые органически присущи самим ВРТ, не создавая при этом патогенного для плода избытка гормонов.

Развитие методов пренатальной диагностики врожденных аномалий плода на возможно более ранних сроках беременности, придала бы врачу уверенность в обоснованности мероприятий, направленных на ее сохранение, независимо от способа зачатия. В то же время, **разработка нормативов содержания гормонов в организме беременной и доступность методов их определения позволила бы отказаться от практики эмпирического применения гормонотерапии.** В настоящее время гормональная коррекция в ранние сроки беременности основывается почти исключительно на клинических признаках – преимущественно кровотечении.

Врачам женских консультаций и гинекологических отделений, куда в основном обращаются беременные с угрозой прерывания беременности после ВРТ, необходимо разъяснять те методы, которые практикуются в центрах ВРТ, обосновав их целесообразность позитивными результатами и отсутствием вредных последствий для плода.

