

Безопасное опорожнение матки при неразвивающейся беременности. Наши возможности сегодня

Профессор Ю.Э. Доброхотова, профессор И.Ю. Ильина, Д.А. Михнева

ФГБОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва

РЕЗЮМЕ

Неразвивающаяся беременность представляет собой особую форму невынашивания беременности, характеризующуюся гибелью эмбриона или плода на сроках до 20 нед. при отсутствии экспульсии элементов плодного яйца из полости матки. Доля неразвивающейся беременности в структуре ранних репродуктивных потерь составляет от 45 до 88,6%, показатель ежегодно возрастает на 7%. Бережное опорожнение полости матки является важным фактором профилактики осложнений неразвивающейся беременности. Для эвакуации плодного яйца из полости матки используют два основных метода: хирургический – вакуум-аспирацию содержимого полости матки и консервативный – медикаментозную индукцию выкидыша. Возможны различные варианты опорожнения полости матки, и при всех видах хирургического метода в большинстве случаев необходима дилатация шейки матки. Она может быть механической и медикаментозной. В последние годы с этой целью используется гигроскопический цервикальный дилататор Dilapan-S, сделанный из гидрогеля. В статье представлен клинический случай успешного применения дилататора Dilapan-S при большом сроке неразвивающейся беременности в сочетании с использованием антипрогестагенов с простагландинами. Использование дилататора Dilapan-S сокращает продолжительность процедуры прерывания беременности, способствует более бережному открытию шейки матки и опорожнению ее полости, обеспечивая уменьшение риска травматизации шейки матки и, таким образом, профилактику истмико-цервикальной недостаточности.

Ключевые слова: неразвивающаяся беременность, репродуктивные потери, выкидыш, истмико-цервикальная недостаточность, Dilapan-S.

Для цитирования: Доброхотова Ю.Э., Ильина И.Ю., Михнева Д.А. Безопасное опорожнение матки при неразвивающейся беременности. Наши возможности сегодня // РМЖ. 2017. № 26. С. 1983–1985.

ABSTRACT

Safe uterus emptying in non-developing pregnancy. Our opportunities today

Dobrokhotova Yu.E., Ilina I.Yu., Mikhneva D.A.

Russian National Research Medical University named after N.I. Pirogov, Moscow

Non-developing pregnancy is a special form of miscarriage, characterized by the death of an embryo or fetus for up to 20 weeks without the expulsion of the elements of the ovum from the cavity of uterus. The proportion of non-developing pregnancy in the structure of early reproductive losses ranges from 45 to 88.6%, the rate increases by 7% annually. For evacuation of the ovum from the cavity of uterus, two main methods are used: surgical - vacuum aspiration of the contents of the uterus cavity, and conservative - medication induction of the miscarriage. Safe uterus cavity emptying is an important factor in preventing complications of a non-developing pregnancy. There are various ways of emptying the uterus cavity and in most cases, in all types of surgical methods the cervix dilatation is necessary. There are mechanical and medicated cervix dilatation. In recent years, the hygroscopic cervix dilator Dilapan-S containing hydrogel has been used. The article presents a clinical case of the successful use of Dilapan-S for long periods of non-developing pregnancy combined with the use of antiprogestagens with prostaglandins. The use of Dilapan-S reduces the terms of the termination of pregnancy, promotes more careful opening of the cervix and emptying its cavity, reducing the risk of cervical injury, and thus preventing cervical incompetence.

Key words: non-developing pregnancy, reproductive loss, miscarriage, cervical incompetence, Dilapan-S.

For citation: Dobrokhotova Yu.E., Ilina I.Yu., Mikhneva D.A. Safe uterus emptying in non-developing pregnancy. Our opportunities today // RMJ. 2017. № 26. P. 1983–1985.

Неразвивающаяся беременность – одна из главных проблем мировой медицины. Доля неразвивающейся беременности в структуре ранних репродуктивных потерь составляет от 45 до 88,6%, причем показатель ежегодно возрастает на 7%. Поэтому на сегодняшний день проблема репродуктивных потерь продолжает оставаться социально значимой и актуальной в практике акушера-гинеколога.

Неразвивающаяся беременность – гибель эмбриона или плода на сроках до 20 нед. при отсутствии экспульсии элементов плодного яйца из полости матки, представляет собой особую форму невынашивания беременности [1, 2].

Установлен факт, что с каждой прервавшейся беременностью риск потери последующей желанной беременности возрастает в 2 раза и составляет 36–38%. Это заставляет рассматривать проблему неразвивающейся беременности как социально значимую [3].

Для эвакуации плодного яйца из полости матки используют два основных метода: хирургический – вакуум-аспирацию содержимого полости матки и консервативный – медикаментозную индукцию выкидыша. При неразвивающейся беременности отмечается высокий риск развития коагулопатического кровотечения и эндометрита либо как исходного состояния, послужившего причиной неразви-

вающейся беременности, либо как результата воздействия патологически измененных тканей при их длительном нахождении в полости матки. Риск потери последующей беременности возрастает в 2 раза, и связано это с развитием хронического эндометрита как результата механического воздействия на стенки матки при проведении хирургического опорожнения ее полости [2, 4].

На основании вышеизложенного можно сделать вывод, что бережное опорожнение полости матки является чрезвычайно важным фактором профилактики осложнений развивающейся беременности.

После тщательного обследования и соответствующей подготовки женщины (проведение лечебно-профилактических мероприятий, направленных на снижение риска развития возможных осложнений) необходимо прерывание развивающейся беременности [4]. Возможны различные варианты бережного опорожнения полости матки при развивающейся беременности, главное – при применении различных хирургических методов в большинстве случаев необходима дилатация шейки матки, которая осуществляется нижеуказанными способами [5]:

1. Расширение шейки матки и вакуумная аспирация содержимого полости матки.

2. Подготовка шейки матки с помощью простагландинов или гидрофильных расширителей и вакуумная аспирация.

3. Использование антипрогестагенов в сочетании с простагландинами.

Дилатация шейки матки может быть механической и медикаментозной. Механическое расширение осуществляется с помощью инструментов или средств, расширяющих цервикальный канал, проводится с помощью металлических и пластмассовых расширителей. Также возможно использование природных дилататоров (ламинарии), в литературе есть сведения об использовании в качестве механического расширителя катетера Фолея [5, 6].

В последние годы с целью дилатации используется гистероскопический цервикальный дилататор Dilapan-S, сделанный из гидрогеля [7]. Это ригидная гидрофильная палочка с пластиковой ручкой, которая после введения в цервикальный канал через 2–4 ч разбухает, впитывая влагу из близлежащих тканей, оказывает радиальное давление и расширяет шейку матки [8].

В качестве медикаментозного расширения шейки матки при прерывании развивающейся беременности используются антипрогестагены и аналоги простагландина.

В рекомендациях 2013 г. Всемирная организация здравоохранения признала положительный эффект осмотических расширителей (ламинарии и Dilapan-S) и фармакологических средств (мизопростол, антигестагенные препараты). Российские ученые также рекомендуют к использованию вышеперечисленные методы дилатации шейки матки [9].

Наиболее бережным методом прерывания развивающейся беременности, на наш взгляд, является комбинированное использование антипрогестагенов и простагландинов с гидрофильным расширителем Dilapan-S. Это значительно сокращает сроки самой процедуры прерывания беременности, способствует более бережному опорождению полости матки и, что особенно ценно, уменьшает риск травматизации шейки матки, что чрезвычайно важно для последующих беременностей и профилактики развития истмико-цервикальной недостаточности.

Клиническое наблюдение

Пациентка П.Е.В., 28 лет, поступила 10.01.2017 г. в ГКБ № 1 им. Н.И. Пирогова по направлению врача женской консультации с диагнозом: «Беременность 21–22 недели. Бихориальная диамниотическая двойня. Неразвивающаяся. Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез (ОАГА). Рубец на матке после операции кесарева сечения в 2013 г. Анемия легкой степени тяжести». При поступлении пациентка предъявляла жалобы на отсутствие шевеления плодов с 01.01.2017 г.

Из анамнеза: менструации с 14 лет, по 5 дней, через 28 дней, установились сразу, регулярные, умеренно болезненные. Начало половой жизни с 18 лет, в браке. Перенесенные гинекологические заболевания: кандидозный кольпит. Данная беременность – 2-я, 1-я беременность в 2013 г. закончилась своевременными оперативными родами по поводу первичной слабости родовой деятельности (со слов пациентки), без осложнений.

По поводу данной беременности состоит на учете в женской консультации с 10 нед., наблюдается регулярно. При скрининге в 12 нед. патологии не обнаружено. В сроке 16 нед. беременности перенесла острую респираторно-вирусную инфекцию, без подъема температуры тела. С 10.12.2016 г. отмечала шевеление плодов. Соматический анамнез не отягощен. С 01.01.2017 г. не ощущала шевеление плодов. 09.01.2017 г. обратилась в женскую консультацию с жалобами на отсутствие шевеления плодов. При ультразвуковом исследовании (УЗИ) сердцебиение плодов не обнаружено. Для дальнейшего обследования направлена в ГКБ № 1 им. Н.И. Пирогова.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожа обычной окраски и влажности. Лимфатические узлы не увеличены, безболезненны. Молочные железы мягкие, отделяемого нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхательных движений 17 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. Артериальное давление 120/80 мм рт. ст. Язык влажный, не обложен. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах, увеличен за счет беременной матки до 22 нед. Симптом поколачивания – отрицателен с обеих сторон. Физиологические отправления – в норме. Гинекологический статус: оволосение по женскому типу. Наружные половые органы развиты правильно. Влагалище узкое. При осмотре с помощью зеркал – шейка матки чистая, цилиндрической формы, не гипертрофирована, плотная, наружный зев закрыт. Тело матки увеличено до 22 нед. беременности. Матка при пальпации мягкая, безболезненна во всех отделах. Придатки с обеих сторон не определяются. Своды глубокие, свободные. Выделения из половых путей слизистые, скудные.

Диагноз: беременность 22 нед. Бихориальная диамниотическая двойня. Неразвивающаяся. ОАГА. Рубец на матке после операции кесарева сечения в 2013 г.

После проведения клинико-лабораторного обследования принято решение об индукции медикаментозного выкидыша. 10.01.2017 г. в 9:00 с целью подготовки шейки матки к позднему медикаментозно-индуцированному выкидышу пациентке назначен антигестагенный препарат однократно. 11.01.2017 г. в 8:00 пациентка отметила тянущие боли внизу живота. При гинекологическом осмотре отмечено укорочение шейки матки до 2 см, шейка мягковатая, цервикальный канал проходим для 1 пальца с трудом. С учетом данных влагалищного исследования и с целью дальнейшей подготовки шейки матки к позднему медикаментозно-индуцированному выкидышу в 9:00 в цервикальный канал за внутренний зев введен Dilapan-S в количестве 1 шт. 12.01.2017 г. в 8:00 шейка матки цилиндрической формы, не гипертрофирована, мягкая, цервикальный канал проходим для 2 пальцев. 12.01.2017 г. с целью индукции позднего медикаментозного выкидыша пациентке назначен мизопростол 400 мг внутрь одно-

кратно в 9:00 и дополнительно 400 мг внутрь однократно в 12:00. 12.01.2017 г. с 14:00 появились жалобы на схваткообразные боли внизу живота. Матка при пальпации безболезненна во всех отделах.

12.01.2017 г. в 15:10 на высоте схватки произошел выкидыш мертвым плодом мужского пола массой 305,0 г, длиной 12,5 см; через 3 мин на высоте схватки произошел выкидыш мертвым плодом мужского пола массой 295,0 г, длиной 12,0 см. Через 5 мин самостоятельно отделилась плацента и выделились послеродовые. Кровопотеря – 100 мл.

13.01.2017 г. проведено контрольное эхографическое исследование полости матки. По его результатам патологии не обнаружено, пациентка с рекомендациями выписана из стационара под наблюдение гинеколога по месту жительства.

Таким образом, очевидно, что при индукции медикаментозного выкидыша на больших сроках беременности целесообразно сочетанное использование антипрогестагенов с простагландинами и гидрофильного расширителя Dilapan-S, что может сокращать сроки процедуры прерывания беременности. При позднем выкидыше при использовании медикаментозного метода прерывания беременности процесс эвакуации содержимого полости матки занимает более 2,5–3 сут (60–72 ч), иногда требуется использование повторного курса простагландинов. В данном клиническом случае весь процесс (от момента приема антипрогестагена до момента самостоятельной эвакуации содержимого полости матки) занял 54 ч, что указывает на сокращение продолжительности проведения аборта в таком сроке. Также

быстрое опорожнение полости матки необходимо при неразвивающейся беременности, что будет способствовать профилактике синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания, прогрессирования воспалительных заболеваний и септических осложнений [10]. Кроме того, данный комбинированный метод способствует более бережному открытию шейки матки и опорожнению ее полости, обеспечивает уменьшение риска травматизации шейки матки и, таким образом, профилактику истмико-цервикальной недостаточности. Применение одной палочки, обеспечивающей адекватное расширение цервикального канала, является технически более удобным. И, наконец, гидрогелевая основа гипоаллергенна.

Таким образом, правильное использование современных методов прерывания беременности сопровождается минимальными побочными эффектами и осложнениями.

Литература

1. Ранние сроки беременности / под ред. В.Е. Радзинского, А.А. Оразмурадова М.: Status Praesens, 2009. 480 с. [Rannie sroki beremennosti / pod red. V.E. Radzinskogo, A.A. Orazmuradova. M.: Status Praesens, 2009. 480 s. (in Russian)].
2. Носкова И.Н., Онишевская Г.П., Тришкин А.Г., Артымук Н.В. Неразвивающаяся беременность, основные причины abortивного исхода // *Мать и дитя в Кузбассе*. 2010. № 4 (43). С. 39–42 [Noskova I.N., Onishevskaja G.P., Trishkin A.G., Artyumuk N.V. Nerazvivajushhajasja beremennost', osnovnye prichiny abortivnogo ishoda // *Mat' i ditja v Kuzbasse*. 2010. № 4 (43). S. 39–42 (in Russian)].
3. Мандрыкина Ж.А. Ранние эмбриональные потери. Возможные этиологические факторы: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2010. 25 с. [Mandrykina Zh.A. Rannie jembrional'nye poteri. Vozmozhnye jetiologicheskie faktory: Avtoref. dis. ... kand. med. nauk. M., 2010. 25 s. (in Russian)].

Полный список литературы Вы можете найти на сайте <http://www.rmj.ru>

Правила оформления статей, представляемых к публикации в «РМЖ»

Журнал «РМЖ» принимает к печати оригинальные статьи и обзоры по всем разделам медицины, которые ранее не были опубликованы либо приняты для публикации в других печатных и/или электронных изданиях. Все материалы, поступившие в редакцию и соответствующие требованиям настоящих правил, подвергаются рецензированию. Статьи, одобренные рецензентами и редколлегией, печатаются на безвозмездной основе для авторов. На коммерческой основе в журнале помещаются информационные и/или рекламные материалы отечественных и зарубежных рекламодателей.

Последовательность оформления статьи следующая: титульный лист, резюме, текст, библиографический список, таблицы, иллюстрации, подписи к иллюстрациям.

Титульный лист должен содержать:

1. Название статьи. В названии не допускается использование сокращений, аббревиатур, а также торговых (коммерческих) названий препаратов и медицинской аппаратуры.
2. Фамилия и инициалы авторов, их ученая степень, звание и основная должность.
3. Полное название учреждения и отдела (кафедры, лаборатории), в котором выполнялась работа, а также полный почтовый адрес учреждения.
4. Фамилия, имя, отчество и полная контактная информация автора, ответственного за связь с редакцией.

Далее информация, описанная в пп. 1–4, дублируется на английском языке. В английских названиях учреждений не следует указывать их полный государственный статус, опустив термины типа федеральное учреждение, государственное, бюджетное, образовательное, лечебное, профилактическое, коммерческое и пр.).

5. Источники финансирования в форме предоставления грантов, оборудования, лекарственных препаратов или всего перечисленного, а также сообщение о возможном конфликте интересов.

Резюме должно содержать не менее 250 слов для оригинальных статей и не менее 150 слов для обзоров и быть структурированным, т. е. повторять заголовки рубрик статьи: цель, методы, результаты, заключение.

Резюме к обзору литературы не структурируется.

Ниже помещаются ключевые слова (около 10), способствующие индексированию статьи в информационно-поисковых системах. Акцент должен быть сделан на новые и важные аспекты исследования или наблюдений.

Резюме и ключевые слова полностью дублируются на английском языке. Переводу следует уделять особое внимание, поскольку именно по нему у зарубежных коллег создается общее мнение об уровне работы. Рекомендуется пользоваться услугами профессиональных переводчиков.

Текстовая часть статьи должна быть максимально простой и ясной, без длинных исторических введений, необоснованных повторов, неологизмов и научного жаргона. Для обозначения лекарственных средств нужно использовать международные непатентованные наименования; уточнить наименование лекарства можно на сайте www.regmed.ru. При изложении материала рекомендуется придерживаться следующей схемы: а) введение и цель; б) материал и методы исследования; в) результаты; г) обсуждение; д) выводы/заключение; ж) литература. Для более четкой подачи информации в больших по объему статьях необходимо ввести разделы и подзаголовки внутри каждого раздела.

Все части рукописи должны быть напечатаны через 1,5 интервала, шрифт – Times New Roman, размер шрифта – 12, объем статей – до 10 страниц (до 24000 знаков).

Список литературы необходимо размещать в конце текстовой части рукописи и оформлять согласно ГОСТ Р 7.0.5.-2008. Источники в списке литературы необходимо указывать строго в порядке цитирования и нумеровать в строгом соответствии с их нумерацией в тексте статьи. Ссылку в тексте рукописи, таблицах и рисунках на литературный источник приводят в виде номера в квадратных скобках (например, [5]). Русскоязычные источники должны приводиться не только на языке оригинала (русском), но и на английском. Англоязычные источники публикуются на языке оригинала.

В список литературы следует включать статьи, преимущественно опубликованные в последние 10–15 лет в реферируемых журналах, а также монографии и патенты. Рекомендуется избегать цитирования авторефератов диссертаций, методических руководств, работ из сборников трудов и тезисов конференций.

Автор должен сохранить копии всех материалов и документов, представленных в редакцию.

Статьи, оформленные не по правилам, не рассматриваются.

Материалы для публикации в электронном виде следует направлять на адрес: postmaster@doctormedia.ru