

ЗАМЕТКИ ИЗ ПРАКТИКИ

© Коллектив авторов, 2017

С.В. БАРИНОВ¹, Ю.И. ТИРСКАЯ¹, И.В. ШАМИНА¹, И.В. МЕДЯННИКОВА¹, Л.Л. ШКАБАРНЯ²ПРИМЕНЕНИЕ ОСМОТИЧЕСКОГО РАСШИРИТЕЛЯ
ПРИ НЕСОСТОЯВШЕМСЯ ВЫКИДЫШЕ У ЖЕНЩИН
С ТЯЖЕЛОЙ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ
ДЛЯ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ¹ФГБОУ ВО Омский государственный медицинский университет Минздрава России²БУЗ Омской области Областная клиническая больница, г. Омск, Россия

Актуальность. Сложность прерывания неразвивающейся беременности заключается в неподготовленности шейки матки и инертности миометрия, которые ведут к пролонгированной неспособности матки к эмбрио- или плодизгнанию. При лечении пациенток с данной патологией используется большой арсенал медикаментозных средств, эффективность которых оказывается не всегда достаточной, что обусловлено тяжестью процесса, снижением иммунной реактивности и наличием тяжелой экстрагенитальной патологии.

Описание клинических наблюдений. Представлено описание трех сложных клинических наблюдений прерывания беременности при внутриутробной гибели плода/эмбриона при наличии тяжелой сопутствующей патологии с помощью дилатора нового поколения — осмотического расширителя Dilapan-S.

Обсуждение. Отмечено, что Dilapan-S не только вызывает расширение цервикального канала, но и в ряде случаев самостоятельно приводит к индуцированному выкидышу.

Заключение. Данный препарат можно отдельно использовать для прерывания несостоявшегося выкидыша при наличии тяжелой экстрагенитальной патологии.

Ключевые слова: неразвивающаяся беременность, дилаторы шейки матки, осмотический расширитель Dilapan-S.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Барinov С.В., Тирская Ю.И., Шамина И.В., Медяникова И.В., Шкабарня Л.Л. Применение осмотического расширителя при несостоявшемся выкидыше у женщин с тяжелой сопутствующей патологией для прерывания беременности. Акушерство и гинекология. 2017; 3: 160–4. <http://dx.doi.org/10.18565/aig.2017.3.160-4>

S.V. BARINOV¹, Yu.I. TIRSKAYA¹, I.V. SHAMINA¹, I.V. MEDYANNIKOVA¹, L.L. SHKABARNYA²USE OF AN OSMOTIC DILATOR IN CASES OF INCOMPLETE ABORTION
TO TERMINATE MISCARRIAGE IN WOMEN WITH SEVERE COMORBIDITY¹Omsk State Medical University, Ministry of Health of Russia, Omsk 644099, Lenina str. 12, Russia²Omsk Regional Clinical Hospital, Omsk 644111, Berezovaya str. 3, Russia

Background. The complexity of terminating non-developing pregnancy is that the cervix uteri is not ready and the myometrium is inert, which lead to the prolonged inability of the uterus to expulse an embryo or fetus. The treatment of patients with this pathology uses a large range of drugs, the efficacy of which is not always sufficient, which is due to the severity of the process, reduced immune reactivity, and the presence of severe extragenital diseases.

Case reports. The paper describes three complex clinical cases of abortion in cases of intrauterine fetus/embryo death in the presence of severe comorbidity, by applying a Dilapan-S osmotic dilator.

Discussion. It is noted that DILAPAN-S not only causes cervical canal dilatation, but, in some cases, results in self-induced miscarriage.

Conclusion. This instrument can be separately used to resolve an incomplete abortion in the presence of severe extragenital diseases

Keywords: non-developing pregnancy, cervical dilators. Dilapan-S.

Authors declare lack of the possible conflicts of interests.

For citations: Barinov S.V., Tirskaia Yu.I., Shamina I.V., Medyannikova I.V., Shkabarnya L.L. Use of an osmotic dilator in cases of incomplete abortion to terminate miscarriage in women with severe comorbidity. Akusherstvo i Ginekologiya/Obstetrics and Gynecology. 2017; (3): 160–4. (in Russian) <http://dx.doi.org/10.18565/aig.2017.3.160-4>

Актуальность

Развитие беременности всегда связано с многочисленными изменениями в организме женщины. Это и гормональная перестройка, и адаптационно-приспособительные реакции всех органов и систем. К сожалению, не всегда эти изменения благоприятно сказываются на здоровье женщины. В некоторых случаях беременность может привести к тяжелым осложнениям сопутствующих заболеваний. В иных ситуациях заболевания будущей матери оказывают крайне негативное влияние на развитие плода, вплоть до его гибели и самопроизвольного прерывания беременности. Неразвивающаяся беременность является одним из наиболее тяжелых осложнений гестационного периода. Сложность заключается в неподготовленности шейки матки и инертности миометрия, которые ведут к пролонгированной неспособности матки к эмбрио- или плодизгнанию (в среднем $2,8 \pm 0,1$ недель). Неразвивающаяся беременность чревата возникновением массивных коагулопатических кровотечений, воспалительных заболеваний женской половой сферы в раннем и позднем послеродовом/послеродовом периодах, ведущих к повышенной материнской заболеваемости и смертности [1]. При лечении пациенток с данной патологией используется большой арсенал медикаментозных средств, эффективность которых оказывается не всегда достаточной, что обусловлено тяжестью процесса, снижением иммунной реактивности и наличием тяжелой экстрагенитальной патологии. В связи с этим продолжается поиск эффективных современных методов, позволяющих прервать беременность с минимальным воздействием на весь организм женщины и не усугубляющих течение сопутствующих заболеваний.

Хирургическое прерывание беременности с дилатацией цервикального канала с помощью металлических расширителей Гегара с последующим удалением плодного яйца нередко приводит к серьезному травмированию эндоцервикальной коллагеновой структуры и даже к перфорации матки.

Использование ламинариев для цервикального расширения уменьшает риск травматизации эндоцервикса и нивелирует риск перфорации матки. Недостатками применения ламинарий являются нечасто сопутствующая их введению острая боль, а также умеренно выраженная боль спастического характера во время нахождения палочек в цервикальном канале [2, 3]. Возможны экспульсия палочек во влагалище, ущемление разбухшей ламинарии в шейке. Кроме того, для достаточного расширения цервикального канала необходимо неопределенное количество палочек (от 2–3 до 10–12), и требуется длительное время для получения клинического эффекта (до 16–24 часов и более), имеется риск инфекционных осложнений, а также аллергических реакций [4].

При расширении цервикального канала — возможно использование дилатора — осмотического расширителя Dilapan-S. Его преимуществами является достаточное нетравматическое воздей-

ствие на шейку матки, предсказуемый эффект, быстрое начало действия, возможность использования и в первом, и во втором триместре беременности [4].

Препарат мизопропростол (синтетический аналог простагландина E1) используется как самостоятельный метод прерывания беременности или в сочетании с мифепристоном. Утеротонический эффект мизопростола также может использоваться после расширения цервикального канала осмотическими дилаторами. Два метода введения препарата (*per os* (под язык) и *per vaginalis*) обладают сопоставимой эффективностью [5]. Однако сублингвальное применение мизопростола вызывает большее количество побочных эффектов, при этом возрастает и длительность временного периода от введения препарата до появления первых клинических эффектов [5]. Медикаментозное прерывание беременности имеет свои ограничения, в частности, при артериальной гипертензии использование простагландинов противопоказано. Кроме того, их применение в 2–3% сопровождается следующими побочными эффектами: тошнота, рвота, диарея, головная боль, бронхоспазм, вазомоторные расстройства, эпилептиформные судороги.

Представляем описание трех клинически сложных случаев прерывания беременности при внутриутробной гибели плода/эмбриона при наличии тяжелой сопутствующей патологии.

Описание клинических наблюдений

Пациентка А., 39 лет. Поступила в стационар с диагнозом: Беременность 13–14 недель. Антенатальная гибель плода. Гипертоническая болезнь 3-й степени, стадия 2, риск 3. Метаболическая кардиомиопатия, хроническая сердечная недостаточность 0. Узловой зоб. Ожирение 2-й степени. Назначение мизопростола данной пациентке ограничено в связи с наличием артериальной гипертензии. С целью подготовки шейки матки перед прерыванием беременности 31 мая 2016 года в 20:00 интрацервикально введены 3 палочки Dilapan-S, через 14 часов удалены. Через час после удаления Dilapan-S без назначения мизопростола произошел выкидыш. Постабортный период протекал без осложнений. Выписана домой в удовлетворительном состоянии.

Пациентка В., 30 лет. Поступила в стационар с диагнозом: Острый панкреатит. Очаговый панкреонекроз. Парапанкреатический инфильтрат. Острое парапанкреатическое жидкостное скопление. Распространенный ферментативный асцит-перитонит. Синдром системной воспалительной реакции. Беременность 17 недель. 25.03.2016 г. проведено оперативное вмешательство: лапароскопия, санация и дренирование брюшной полости и сальниковой сумки. По данным лабораторных методов исследования — альфа-амилаза крови 491 е/л; альфа-амилаза мочи 3780 е/л. После оперативного вмешательства, на фоне ухудшения состояния, обусловленного формированием абсцесса головки поджелудочной железы, проведена повторная операция 31.03.16: вскрытие,

дренирование абсцесса головки поджелудочной железы, секвестрэктомия, санация и дренирование сальниковой сумки, дренирование брюшной полости. Послеоперационный период осложнился аррозивным кровотечением из сальниковой сумки, на фоне которого диагностирована анемия смешанного генеза (постгеморрагическая и интоксикационная) средней степени тяжести и антенатальная гибель плода в сроке беременности 18 недель (УЗИ от 10.04.2016 г.). В связи с чем проведено третье оперативное вмешательство: 14.06.16 Санация сальниковой сумки, остановка кровотечения путем прошивания, редрирование полостей абсцессов поджелудочной железы (головка, хвост). После окончания оперативного вмешательства принято решение провести удаление погибшего плодного яйца. С целью подготовки шейки матки интрацервикально введены 3 палочки Dilapan-S на 12 часов. После извлечения Dilapan-S без дополнительного введения запланированных препаратов произошел индуцированный выкидыш, осложнившийся гематометрой. Параллельно диагностировано осложнение послеоперационного периода: Абсцесс области хвоста поджелудочной железы, разлитой серозный перитонит. Операция 16.06.16: Пункционное дренирование абсцесса области хвоста поджелудочной железы под контролем УЗИ. Вакуум-аспирация содержимого полости матки. После проведенного лечения состояние пациентки улучшилось, через 3 недели выписана домой в удовлетворительном состоянии.

Пациентка С., 30 лет. В сроке беременности 10 недель на фоне варикозного расширения вен ног появилась отечность и болезненность левой ноги, незначительное затруднение дыхания, в связи с чем госпитализирована в стационар. Проведено дообследование: на МСКТ ОГК с внутривенным контрастированием диагностирована тромбоэмболия правой нижнедолевой артерии с формированием инфаркт-пневмонии в S8-9. Начато лечение низкомолекулярными гепаринами. По результату контрольного ультразвукового исследования диагностирована антенатальная гибель плода в сроке 10 недель. Диагноз: Беременность 10 недель. Антенатальная гибель плода. Тромбоэмболия правой нижнедолевой артерии с формированием инфаркт-пневмонии в S8-9 правого легкого. Носительство ДНК полиморфизмов в генах: MTHFR: 677-CT, MTRR: 66 AG, ITGB3:1565 TC, PAI-1: 4G4G. Варикозная болезнь вен нижних конечностей, хроническая венозная недостаточность — 0. С целью подготовки шейки

матки к индуцированному выкидышу интрацервикально введены 3 палочки Dilapan-S на 12 часов. После извлечения Dilapan-S через 3 часа произошел выкидыш. Контрольное УЗИ — патологии полости матки не выявлено. Получала утеротоническую и антибактериальную терапию, эпохарпин sodium с последующим переводом на варфарин.

Обсуждение

Таким образом, нами отмечено, что Dilapan-S не только вызывает расширение цервикального канала, но и в ряде случаев самостоятельно приводит к индуцированному выкидышу. Воздействуя на ткани шейки, одновременно с расширением цервикального канала, Dilapan-S способствует высвобождению эндогенного простагландина в следствие деградации коллагена, что приводит к размягчению, созреванию шейки матки и в ряде случаев к индуцированному выкидышу, в том числе при антенатальной гибели плода.

Заключение

Таким образом, данный препарат может получить широкое применение в акушерской практике для прерывания несостоявшегося выкидыша при наличии тяжелой экстрагенитальной патологии.

Литература/References

1. Newmann S., Dalve-Endres A., Drey E.A.; Society of Family Planning. Clinical guidelines. Cervical preparation for surgical abortion from 20 to 24 weeks' gestation. Contraception. 2008; 77(4): 308-14. doi: 10.1016/j.contraception.2008.01.004.
2. Lichtenberg E.S. Complications of osmotic dilators. Obstet. Gynecol. Surv. 2004; 59(7): 528-36.
3. Samuel M.I., Parsons J.H. Hygroscopic dilator (Dilapan-S) and misoprostol combination for the early first-trimester termination of pregnancy: a pilot study. J. Fam. Plann. Reprod. Health Care. 2009; 35(1): 45-7. doi: 10.1783/147118909787072234.
4. Fox M.C., Krajewski C.M. Cervical preparation for second-trimester surgical abortion prior to 20 weeks' gestation: SFP Guideline #2013-4. Contraception. 2014; 89(2): 75-84. doi: 10.1016/j.contraception.2013.11.001.
5. Allen R.H., Goldberg A.B.; Board of Society of Family Planning. Cervical dilation before first-trimester surgical abortion (<14 weeks' gestation). SFP Guideline 2007.1. Contraception. 2007; 76(2): 139-56. doi: 10.1016/j.contraception.2007.05.001.

Поступила 07.02.2017

Принята в печать 17.02.2017

Received 07.02.2017

Accepted 17.02.2017

Сведения об авторах:

Баринов Сергей Владимирович, д.м.н., профессор, зав. кафедрой акушерства и гинекологии № 2 ФГБОУ ВО ОмГМУ Минздрава России.

Адрес: 644099, Россия, Омск, ул. Ленина, д. 12. Телефон: 8 (3812) 24-06-58. E-mail: barinov_omsk@mail.ru

Тирская Юлия Игоревна, д.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии № 2 ФГБОУ ВО ОмГМУ Минздрава России.

Адрес: 644099, Россия, Омск, ул. Ленина, д. 12. Телефон: 8 (3812) 24-06-58. E-mail: yulia.tirskaya@yandex.ru

Шамина Инна Васильевна, к.м.н., ассистент кафедры акушерства и гинекологии № 2 ФГБОУ ВО ОмГМУ Минздрава России.

Адрес: 644099, Россия, Омск, ул. Ленина, д. 12. Телефон: 8 (3812) 24-06-58. E-mail: innadocsever@rambler.ru

Медянникова Ирина Владимировна, к.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии № 2 ФГБОУ ВО ОмГМУ Минздрава России.

Адрес: 644099, Россия, Омск, ул. Ленина, д. 12. Телефон: 8 (3812) 24-06-58. E-mail: mediren@mail.ru

Шкабарня Людмила Леонидовна, зав. отделением гинекологии БУЗОО Областная клиническая больница.

Адрес: 644111, Россия, Омск, ул. Березовая, д. 3. Телефон: 8 (3812) 23-22-37. E-mail: innadocsever@rambler.ru

Мягкое и предсказуемое воздействие
Dilapan-S[®]
гигроскопичный расширитель

ПОДГОТОВКА ШЕЙКИ МАТКИ:

для индукции родов;

при аборте в 1 и 2
триместрах;

при внутриутробной
гибели плода;

при гистероскопии;

при введении
и удалении
ВМС.



ЗАО «ПЕНТКРОФТ ФАРМА»
Тел./факс: (495) 788-77-46
www.dilapans.ru
www.ru486.ru

medicem

About the authors:

Barinov Sergey Vladimirovich, MD, Professor, Head of the Department of Obstetrics and Gynecology № 2, Omsk State Medical University.
644099, Russia, Omsk, Lenina str. 12. Tel.: +738126-2458. E-mail: barinov_omsk@mail.ru
Tirskaya Yuliya Igorevna, MD, Associate Professor, Department of Obstetrics and Gynecology № 2, Omsk State Medical University.
644099, Russia, Omsk, Lenina str. 12. Tel.: +7381262458. E-mail: yulia.tirskaya@yandex.ru
Shamina Inna Vasilevna, PhD, Assistant, Department of Obstetrics and Gynecology № 2, Omsk State Medical University.
644099, Russia, Omsk, Lenina str. 12. Tel.: +73812240658. E-mail: innadocsever@rambler.ru
Medyannikova Irina Vladimirovna, PhD, Associate Professor, Department of Obstetrics and Gynecology № 2, Omsk State Medical University.
644099, Russia, Omsk, Lenina str. 12. Tel.: +73812240658. E-mail: mediren@mail.ru
Shkabarnya Lyudmila Leonidovna, head of the department of gynecology, Regional Clinical Hospital.
644111, Russia, Omsk, Berezovaya str. 3. Tel.: +73812232237. E-mail: innadocsever@rambler.ru

© Коллектив авторов, 2017

Т.В. КИРСАНОВА¹, Н.Ф. КРАВЧЕНКО¹, Н.К. РУНИХИНА², Г.А. ЭЛЕНШЛЕГЕР¹,
Р.М. ЕСАЯН¹, Л.В. КОШЕЛЬ³, М.А. ВИНОГРАДОВА¹, И.Е. КАНДИДОВА⁴

БЕРЕМЕННОСТЬ У ПАЦИЕНТКИ С ПОЧЕЧНЫМ АЛЛОТРАНСПЛАНТАТОМ, САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ПЕРВОГО ТИПА И КОМБИНИРОВАННЫМ ПОРОКОМ СЕРДЦА: СЛОЖНОСТИ ТЕЧЕНИЯ, ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ

¹ФГБУ Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова Минздрава России

²ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Российский геронтологический научно-клинический центр

³ГБУЗ Московский клинический научный центр ДЗМ

⁴ФГБУ Научный центр трансплантологии и искусственных органов имени академика В.И. Шумакова Минздрава России

Актуальность. Каждый случай успешной беременности у женщин с почечным аллотрансплантатом представляет практический интерес для специалистов разного профиля.

Описание клинического случая. Представлено редкое в клинической практике наблюдение за течением беременности у крайне соматически отягощенной пациентки: с тяжелым сахарным диабетом 1-го типа на помповой подаче инсулина, с почечным аллотрансплантатом со сниженной функцией, с артериальной гипертонией 3-й степени, сложно поддающейся трехкомпонентной терапии, и выявленным во время беременности пороком сердца с умеренной легочной гипертензией.

Заключение. Продемонстрированное нами наблюдение иллюстрирует трудности, с которыми сталкиваются врачи разного профиля при ведении беременности у пациенток с экстрагенитальной патологией. Описаны особенности течения беременности, а также возможности благоприятного исхода для матери и плода при условии командной работы специалистов разного профиля.

Ключевые слова: аллотрансплантат, сахарный диабет 1-го типа, инсулиновая помпа, приобретенный порок сердца, легочная гипертензия, беременность.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Кирсанова Т.В., Кравченко Н.Ф., Рунихина Н.К., Эленшлегер Г.А., Есаян Р.М., Кошель Л.В., Виноградова М.А., Кандидова И.Е. Беременность у пациентки с почечным аллотрансплантатом, сахарным диабетом первого типа и комбинированным пороком сердца: сложности течения, подходы к терапии. Акушерство и гинекология. 2017; 3: 165-70. <http://dx.doi.org/10.18565/aig.2017.3.165-70>

T.V. KIRSANOVA¹, N.F. KRAVCHENKO¹, N.K. RUNIKHINA², G.A. ELENHLEGER¹,
R.M. ESAYAN¹, L.V. KOSHEL³, M.A. VINOGRADOVA¹, I.E. KANDIDOVA⁴

PREGNANCY IN A PATIENT WITH RENAL ALLOGRAFT, TYPE 1 DIABETES MELLITUS, AND COMBINED HEART DISEASE: COURSE COMPLEXITIES, THERAPY APPROACHES

¹Research Center of Obstetrics, Gynecology, and Perinatology, Ministry of Health of Russia, Moscow 117997, Ac. Oparina str. 4, Russia

²Russian Gerontology Research Center, N.I. Pirogov Russian National Research Medical University, Ministry of Health of Russia, Moscow 129226, 1st Leonova str. 16, Russia

³Moscow Clinical Research Center, Moscow Healthcare Department, Moscow 111123, Enthusiasts shosse 86, Russia

⁴Academician V.I. Shumakov Research Center of Transplantology and Artificial Organs, Ministry of Health of Russia, Moscow 123182, Schukinskaya str. 1, Russia

Background. Every case of successful pregnancy in women with renal allograft is of practical interest to specialists of different profiles.

A case report. The paper describes a rare clinical observation of the course of pregnancy in a patient with a compromised somatic history of severe type 1 diabetes mellitus on insulin pump delivery with renal allograft, reduced function, grade 3 hypertension that is difficult to cure with triple therapy, and heart defect identified during pregnancy with moderate pulmonary hypertension.

Conclusion. Our demonstrated case illustrates the difficulties the physicians of different profiles face when managing pregnancy in patients with extragenital diseases. The paper describes the characteristics of the course of pregnancy, as well as the possibility of a favorable outcome for the mother and her fetus, provided the teamwork of specialists of different profiles.