

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 дилатор Dilapan-S, сделанный из гидрогеля. В статье представлен клинический случай успешного применения дилатора Dilapan-S при большом сроке неразвивающейся беременности в сочетании с использованием антипрогестагенов с простагландинами. Использование дилатора 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. № 15. С. 1–1.

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 an 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. № 15. P. 1–1.

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 гигроскопический цервикальный дилататор Dilapan-S, сделанный из гидрогеля [7]. Это ригидная гидрофильная палочка с пластиковой рукояткой, 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 (мизопропрост, 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 опорожнению 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 шевеления 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. Шейка матки 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 вы-

кидыша пациентке назначен мизопропрост 400 мг внутрь однократно 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, 12,0 см. Через 5 мин самостоятельно отделилась плацента и выделились последы. 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. Оразмуродова 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)].
4. Агаркова И.А. Неразвивающаяся беременность: оценка факторов риска и прогнозирование (обзор) // *Медицинский альманах*. 2010. № 4(13). С. 82–88 [Agarkova I.A. Nerazvivajushhajasja beremennost': ocenka faktorov riska i prognozirovanie (obzor) // *Medicinskij al'manah*. 2010. № 4(13). S. 82–88 (in Russian)].
5. Кармышев А.О., Рыскельдиева В.Т. Современные методы прерывания беременности в I триместре // *Наука и новые технологии*. 2014. № 4. С. 114–118 [Karmyshev A.O., Ryskel'dieva V.T. Sovremennye metody preryvanija beremennosti v I trimestre //

Nauka i novye tehnologii. 2014. № 4. S. 114–118 (in Russian)].

6. Hayat T. A comparative Study of vaginal Misoprostol and Cervical Catheter for Priming the Cervix in First Trimester Missed Abortion // *ANNALS*. 2010. Vol. 16 (3). P. 179–183.

7. Wang Y.-X., Huang M.-J., He T. et al. Comparison of clinical efficacy of three methods for cervical ripening followed by surgical evacuation in early missed abortion // *Journal of Reproduction and Contraception*. 2012. Vol. 23 (2). P. 103–110.

8. Дикке Г.Б., Сахаутдинова И.В. Современные методы прерывания беременности в поздние сроки // *Акушерство и гинекология*. 2014. № 1. С. 83–88 [Dikke G.B., Saha-utdinova I.V. Sovremennye metody preryvanija beremennosti v pozdnie sroki // *Akusherstvo i ginekologija*. 2014. № 1. S. 83–88 (in Russian)].

9. Агаркова И.А. Неразвивающаяся беременность: проблема предгравидарной подготовки и снижения репродуктивных потерь // *Новости медицины и фармации*. 2011. № 1. С. 381 [Agarkova I.A. Nerazvivajushhajasja beremennost': problema pred-gravidarnoj podgotovki i snizhenija reproduktivnyh poter' // *Novosti mediciny i farmacii*. 2011. № 1. S. 381 (in Russian)].

10. Доброхотова Ю.Э., Джобова Э.М., Озерова Р.И. Неразвивающаяся беременность. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. 144 с. [Dobrohotova Ju.E., Dzhobova Je.M., Ozerova R.I. Nerazvivajushhajasja beremennost'. M.: GEOTAR-Media, 2010. 144 s. (in Russian)].