

УДК 618.39:616-085.2/.3

## МЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ МЕТОДЫ ПРЕРЫВАНИЯ ЗАМЕРШЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ В ПЕРВОМ ТРИМЕСТРЕ

*А.М. Аманова*

Проведено проспективное обследование женщин с замершей беременностью, которым было произведено медикаментозное прерывание беременности. Отмечено приоритетное медикаментозное прерывание беременности с целью сохранения репродуктивной функции женщины.

*Ключевые слова:* замершая беременность; мифепристон; мизопропростол.

---

## MEDICAL METHODS OF INTERRUPTION OF MISSED ABORTION IN THE FIRST TRIMESTER

*A.M. Amanova*

It is conducted the prospective study of pregnant with missed abortion, which produced medical abortion. It is noted the priority medical abortion for the purpose of preservation of reproductive function of the woman.

*Keywords:* missed abortion; mifepristone; misoprostol.

**Введение.** В последние годы имеется тенденция к увеличению замершей беременности в структуре ранних репродуктивных потерь. Частота данной патологии составляет 10–20 % [1]. Проблема замершей беременности (ЗБ) остается актуальной, поскольку отмечаются привычное невынашивание беременности, гнойно-септические, геморрагические осложнения [2]. Длительное пребывание погибшего плода в полости матки приводит к коагулопатическим нарушениям. Установлено, что спустя 2–3 недели после гибели плода развивается подострый ДВС-синдром [3]. Традиционным методом прерывания замершей беременности является мануальная вакуум-аспирация, реже – выскабливание полости матки [4].

Несмотря на эффективность хирургического метода лечения ЗБ, он имеет свои недостатки: воспалительно-инфекционные осложнения матки (в том числе хронический эндометрит), перфорация матки, синдром Ашермана, бесплодие. Н.М. Подзолкова (2012), В.Е. Радзинский и соавт. (2009) рассматривают хронический эндометрит в генезе ЗБ. При травматизации эндометрия нарушается его рецепторная способность, в этом случае нарушается имплантация плодного яйца [5, 6].

В последние годы рассматривается медикаментозное прерывание ЗБ с использованием мифепристона в комбинации с мизопропростом. А. Weeks

(2007) считает, что прервать замершую беременность в первом триместре можно при помощи мифепристона 200 мкг + мизопростола 600 мкг через каждые три часа сублингвально [7]. Л.С. Тулаева (2011) в своем исследовании отмечает эффективность мизопростола в дозе 200 мкг у 95,2 % женщин [8]. Согласно данным Р.Р. Юлбарисовой (2014), до 9 недель беременности с использованием мифепристона в дозе 200 мг и через 36–48 часов 400 мкг мизопростола перорально эффективно в 96,3 % случаев [9]. Международная федерация акушеров-гинекологов (FIGO) в 2012 г. предложила медикаментозное прерывание замершей беременности до 12 недель путем применения мизопростола 800 мкг вагинально через каждые 3 часа (максимум 2 дозы) или сублингвально 600 мкг через каждые 3 часа (максимум 2 дозы).

С учетом вышеперечисленного, акушерам-гинекологам предстоит задача разработки наиболее эффективного и безопасного метода прерывания замершей беременности в первом триместре с минимальными рисками для жизни женщины.

Цель работы – изучить эффективность медикаментозного метода прерывания замершей беременности до 12 недель с использованием схемы мифепристона 200 мкг с последующим использованием мизопростола 400–600 мкг.

**Материал и методы исследования.** Проведено проспективное исследование 165 беременных

женщин репродуктивного возраста, которым было произведено медикаментозное прерывание беременности.

Основную группу составили 100 пациенток с замершей беременностью, обратившихся в клинический родильный дом № 2 г. Бишкек в сроке 4–12 недель гестации в 2014 г. Контрольную группу составили 65 беременных с физиологическим течением беременности в сроке 4–12 недель. Они обратились в клинику «Альянса репродуктивного здоровья» г. Бишкек в 2014 г. В основной и контрольной группах прерывание происходило путем применения мифепристона 200 мг в комбинации с мизопростолом 400–600 мкг перорально или сублингвально.

*Критерии включения* пациенток в основную группу:

- возраст 17–37 лет;
- срок беременности 4–12 недель;
- подтвержденный диагноз замершей беременности.

*Критериями исключения* являлись:

- тяжелая экстрагенитальная патология;
- острые инфекции органов малого таза;
- кровотечение.

У всех женщин обследуемых групп с ЗБ проведен анализ клинических проявлений после аборта. Оценивались количество, длительность кровянистых выделений и сроки элиминации плода. Выявлены осложнения в постабортном периоде. Проведены общеклинические и лабораторные обследования. Всем пациенткам выполнялось ультразвуковое исследование до и после прерывания замершей беременности. Ультразвуковая диагностика включала в себя оценку состояния плодного яйца, матки, яичников, а также определение срока беременности по размерам плодного яйца и на основании измерения копчико-теменного размера (КТР) эмбриона.

Состояние микробиоценоза влагалища оценивали при помощи микроскопии мазков.

Статистическая обработка проводилась на персональном компьютере с использованием систем программного обеспечения анализа данных: «STATISTICA v. 6.0».

#### **Результаты исследования и их обсуждение.**

Все пациентки обеих групп были сопоставимы по возрасту. Перед проведением процедуры медикаментозного прерывания все пациентки ознакомились с возможными осложнениями, а также дали письменное согласие.

В основной группе пациенток при поступлении в стационар основные жалобы были на боли внизу живота и мажущие кровянистые выделения (39 %). Чаще всего женщины отмечали жалобы в течение нескольких дней, в среднем  $3 \pm 1,5$ . При задержке плодного яйца более 3–4 недель, у 7 % пациенток отмечалось повышение температуры до  $37,5^\circ\text{C}$ .

При изучении гинекологического анамнеза средний возраст наступления менархе составил  $13 \pm 1,2$  года (12–15 лет) в обеих группах. Продолжительность менструального цикла составила  $28,4 \pm 2,0$  дня, длительность менструации –  $4,2 \pm 0,9$  дня (3–5 дней). В основной группе частота воспалительных заболеваний выше (20 %), чем во 2-й группе (6,1 %). Сальпингоофорит, эндоцервицит и бактериальный вагиноз чаще встречаются в основной группе, по сравнению с группой контроля. Среди гинекологических заболеваний были также выявлены: миома матки (6 %), загиб матки (5 %), киста яичника (5,5 %), эрозия шейки матки (3,3 %), эндоцервицит (13 %), двурогая матка (1 %).

При анализе акушерского анамнеза у 70 % женщин основной группы беременность протекала с осложнениями: угроза прерывания беременности (30 %), ОРВИ с повышением температуры (15 %), анемией (30 %), многоводие или маловодие (3 %), гестационный пиелонефрит (12 %). Резус-отрицательной кровью была у 2,6 % женщин.

Воспалительные изменения крови наблюдались у 6 % в 1-й и 2-й группах и в 3-й – 11 %. Коагулопатии по типу гиперкоагуляции и гипокоагуляции наблюдались в первой группе (22 %).

При микробиологическом исследовании посева из влагалища и цервикального канала выявлен воспалительный тип мазка у женщин с замершей беременностью по сравнению с показателями у здоровых беременных (47 %). Выявлены были также грибы рода *Candida albicans* (6 %), трихомонады (1,8 %), гарднереллы (2,6 %) и гонорея (0,1 %). В 41 % случаев определялась условно-патогенная и сапрофитная флора. По результатам ПЦР-диагностики, у 10 % пациенток наблюдалось сочетание ВПГ, ЦМВ с микоплазмами, уреоплазмами и хламидиями.

Медикаментозное прерывание замершей и физиологической беременности в сроке 4–9 недель (до 63 дней) происходило в комбинации: мифепристон 200 мг + мизопростол 400 мкг сублингвально или буккально через 24–48 ч после приема мифепристона. При сроке беременности 9–12 недель (63–84 дня) применялась комбинация мифепристона в дозе 200 мг внутрь и через 36–48 ч мизопростол 600 мкг интравагинально.

В группе после приема мифепристона некоторые пациентки отмечали незначительные тупые боли в нижней части живота, диспептические расстройства в виде тошноты (5 %).

Средняя продолжительность кровянистых выделений в 1-й группе была достоверно дольше и составила  $7,3 \pm 4,5$  дня, по сравнению со 2-й –  $5 \pm 2,5$  дня. В постабортном периоде, в 1-й группе длительность кровянистых выделений составила от 7 до 12 дней, во 2-й – 6–8 дней. Обнаружено, что в основной

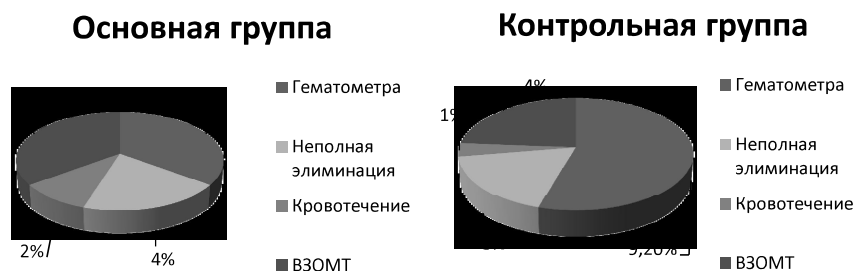


Рисунок 1 – Структура осложнений медикаментозного аборта

группе выделение кровянистых выделений происходит дольше, по сравнению с контрольной.

Эффективность медикаментозного аборта в 4–9 недель беременности составил 96 %, а в сроках 10–12 недель беременности – 93 %. В группе сравнения полный аборт завершился у 94 % пациенток соответственно.

Среднее пребывание в стационаре в основной группе составило  $5,1 \pm 3,4$  койко-дня. В контрольной группе медикаментозный аборт был проведен в амбулаторных условиях.

В результате исследования в постабортном периоде выявлены такие осложнения, как остатки плодного яйца, гематометра и кровотечение. Осложнения в 1-й группе медикаментозного прерывания замершей беременности выявлены в 20 % случаях, во 2-й группе – в 9,2 % (рисунок 1). На 7–10-е сутки проводилось УЗИ полости матки. При гематометре всем пациенткам назначались: утеротоники (сайтотек 200 мкг – 2 раза в день, 3–5 дней) и спазмолитики (но-шпа 2%-ная – 2,0 мл внутримышечно 2 раза в день). Элиминация плодного яйца происходила в среднем 4–6 часов. По поводу неполной элиминации плодного яйца была проведена мануальная вакуум-аспирация у 4 % женщин в 1-й группе и в 3 % случаев – в контрольной.

После медикаментозного аборта всем пациенткам обследуемых групп в 98 % случаях назначалась антибактериальная терапия и противогрибковые препараты. В 96 % случаев в течение 3–6 месяцев пациенткам назначены монофазные КОК (регулон, линдинет 20, 30). В течение 2-го месяца после медикаментозного аборта у всех пациенток отмечен полноценный овуляторный цикл.

Таким образом, медикаментозный аборт является высокоэффективным методом прерывания замершей беременности до 12 недель, его клиническая эффективность при сроке 4–9 недель замершей беременности составляет 96 %, а при 10–12-недельном сроке – 93 %. Медикаментозное прерывание замершей беременности является приоритетным, особенно в прерывании первой беременности с целью сохранения репродуктивной функции женщины и профилактики травматизации эндометрия.

### Литература

1. Доброхотова Ю.Э. Неразвивающаяся беременность: тромбофилические и клиничко-иммунологические факторы: руководство / Ю.Э. Доброхотова, Э.М. Джобава, Р.И. Озерова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. С. 144.
2. Проданчук, Е.Г. Тактика ведения беременных с несостоявшимся выкидышем: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Е.Г. Проданчук. Омск, 2010. С. 24.
3. Мукова Б.Б. Оптимизация тактики ведения и восстановительного лечения женщин с неразвивающейся беременностью в первом триместре: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Б.Б. Мукова. М., 2003. С. 24.
4. Odeh M. Early pregnancy failure: factors affecting successful medical treatment / M. Odeh, R. Tendler, M. Kais, O. Maximovsky, E. Ophir, J. Bornstein // *Isr. Med. Assoc. J.* 2010 Jun. 12 (6): P. 325–328.
5. Подзолкова Н.М. Невынашивание беременности: руководство для врачей / Н.М. Подзолкова, М.Ю. Скворцова, Т.В. Шевелева. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. С. 128.
6. Радзинский В.Е. Неразвивающаяся беременность / В.Е. Радзинский, В.И. Димитрова, И.Ю. Майскова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.
7. Ho P.C., Gómez Ponce de León R., Weeks A., Winikoff B. Misoprostol to treat missed abortion in the first trimester / K. Gemzell-Danielsson, P.C. Ho, Gómez Ponce de León R., A. Weeks, B. Winikoff // *Int. J. Gynaecol. Obstet.*, 2007. Dec; 99 Suppl. 2. P. 182–185.
8. Тулаева Л.С. Оптимизация технологии медикаментозной эвакуации продуктов зачатия при неразвивающейся беременности: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Л.С. Тулаева. Душанбе, 2011. С. 22.
9. Юлбарисова Р.Р. Оптимизация ведения пациенток с неразвивающейся беременностью: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Р.Р. Юлбарисова Уфа, 2014. С. 23.