

ПРИМЕНЕНИЕ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО АБОРТА В I ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ

*Ф.И. Иманказиева, Н.К. Таибулатова,
З.А. Сейталиева, Д.А. Умарбаева*

Анализируется применение медикаментозного аборта в I триместре беременности, снижающее частоту постабортных осложнений, способствующее сохранению репродуктивной функции женщин.

Ключевые слова: медикаментозный аборт; мифепристон; мануальная вакуум-аспирация.

Охрана репродуктивного здоровья населения, в частности проблема аборт, приобретает в Кыргызстане особую медико-социальную значимость.

Медико-социальное значение аборт определяется в основном удельным весом их осложнений. По данным официальной статистики за последние 5 лет, частота аборт в нашей стране растет см. рисунок). Но чтобы представить истинную картину этого явления, это число надо умножить на 5.



Частота прерываний беременности (аборт) за последние 5 лет в Кыргызстане

Прерывание беременности порождает такие проблемы, как септические осложнения и кровотечения, связанные, как правило, с внебольничными абортами или прерыванием беременности в поздние сроки. Осложнения после аборт, согласно определению ВОЗ [1], подразделяют на ранние, (непосредственно во время операции – кровотечения и перфорации матки), отсроченные (в течение 1 месяца после операции – гематометра, эндометрит, остатки плодного яйца, прогрессирование беременности, воспалительные заболевания матки и придатков или обострение хронического воспалительного процесса, нарушение менструального цикла) и отдаленные, (повреждения и рубцовые изменения внутреннего зева и шейного канала, повреждения и дегенерация эндометрия, образование синехий в матке, нарушение проходимости маточных труб, психогенные расстройства, дисфункции гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы), по данным В.Н. Серова [2]. Медицинский аборт часто приводит к таким неблагоприятным отдаленным последствиям, как бесплодие, не-

вынашивание беременности, воспалительные заболевания женских половых органов, внематочная беременность, осложненное течение последующей беременности, родов, послеродового периода, неблагоприятное влияние на состояние плода и новорожденного. Все это обуславливает социальную значимость проблемы, актуальность профилактики как самих аборт, так и их осложнений.

В последние годы проводятся многочисленные исследования, направленные на разработку новых способов искусственного прерывания беременности, уменьшающих риск развития возможных осложнений. Достаточно широко применяется вакуум-аспирация плодного яйца в ранние сроки беременности (мини-аборт) [3], которая менее травматична по сравнению с инструментальным выскабливанием стенок полости матки, но все же является хирургическим вмешательством. Одним из современных щадящих методов является медикаментозное прерывание беременности в ранние сроки с помощью антипрогестинов в комбинации с простагландинами E₂ [4].

Целью настоящего исследования явилась клиническая оценка эффективности применения мифепристона и мизопростола для прерывания беременности в ранние сроки (до 63 дней аменореи) в сравнении с вакуум-аспирацией в аналогичные сроки [5].

Мифепристон и мизопростол применялись для прерывания беременности в ранние сроки у 10 женщин в возрасте от 18 до 45 лет, которые составили основную группу. Из них у 4 (40%) пациенток беременность была первой, у остальных 6 (60%) – повторной. Контрольную группу составили 22 женщины такой же возрастной группы (от 18 до 45 лет), которым проводилось прерывание беременности методом мануальной вакуум-аспирации (МВА, мини-аборт). Первородящих в этой группе было 6 (27,3%), повторнобеременных – 16 (72,7%). Медицинские аборты в анамнезе были у 5 (50%) пациенток основной группы и у 13 (59,0%) женщин контрольной группы.

Соматическое состояние пациенток не имело существенных различий в обеих группах: хронический тонзиллит у 2 (20%) и у 3 (13,6%) пациенток соответственно, хронический пиелонефрит и хронический холецистит у двух (20% и 9,09% соответственно) пациенток в каждой группе. Структура гинекологических заболеваний также была идентичной: хронические воспалительные заболевания придатков матки на-

блюдались у 4 (40%) женщин основной и у 5 (22,7%) женщин контрольной групп, эктопия шейки матки – у 1 (10%) и у 2 (9,09%), кольпит – у 2 (20%) и 1 (4,5%) пациенток в соответственных группах.

Мифепристон назначался по схеме в комбинации с мизопростолом. На первом приеме верифицирован диагноз маточной беременности сроком не более 9 недель (не более 63 дней аменореи). С получением информированного согласия, осуществлялся первый прием мифепристона перорально в дозе 200 мг. Через 36–48 часов после приема мифепристона давали мизопростол в дозе 400 мг. Через 10–14 дней приема мифепристона оценивали эффективность медикаментозного прерывания беременности с помощью объективного осмотра и УЗИ данных.

Прерывание беременности методом вакуум-аспирации осуществляли в условиях специализированного кабинета женской консультации с медикаментозным обезболеванием (1%-ного 4,0 лидокаина цервикально или парацервикально), после чего пациентки наблюдались в стационаре в течение 2–6 часов.

Всем женщинам до прерывания беременности и после него проводились гинекологическое, бактериологическое, ультразвуковое исследование.

Гестационный срок пациенток в обеих группах составлял от 12 до 63 дней аменореи, что подтверждалось результатами УЗИ и определения сывороточного уровня ХГЧ. При бактериоскопическом исследовании у пациенток основной группы мазок I степени чистоты наблюдался у 7 (70%), II степени – у 2 (20%), III степени – у одной (10%) женщин. Пациенткам контрольной группы прерывание беременности методом вакуум-аспирации проводилось при наличии I степени чистоты мазка влагалищной флоры.

У большинства (7, или 70%) пациенток основной группы с продолжительностью аменореи 33–38 дней (в среднем через $34,2 \pm 2,8$ дня) после применения мифепристона произошло прерывание беременности через 42–48 часов (в среднем $47 \pm 1,34$ ч); у 2 (20%) пациенток с длительностью аменореи 12–15 дней (в среднем через $13,5 \pm 1,5$ дня) – через 36 часов, у 1 (10%) беременной медикаментозный аборт произошел через 72 часа с длительностью аменореи 40 дней. Прерывание беременности во всех случаях было подтверждено результатами УЗИ, констатирующего отсутствие плодного яйца в полости матки. Клинически медикаментозный аборт проявлялся

кровянистыми выделениями, более интенсивными, чем при обычной менструации в первые 3 дня. Продолжительность их составляла 5–8 дней (в среднем $7 \pm 1,6$ дня). Кровотечения, требующие применения гемостатических препаратов или хирургического вмешательства, не было ни в одном случае.

Прерывание беременности после приема мифепристона сопровождалось у пациенток умеренными болями внизу живота у 7 (70%), незначительной болезненностью у 2 (20%) и сильными болями, требующими приема анальгетиков, лишь в одном (10%) случае. В большинстве случаев на фоне приема мифепристона не отмечалось побочных явлений, только в одном (10%) случае была предъявлена жалоба на тошноту. Клинически-лабораторных и инструментальных признаков воспалительных осложнений после медикаментозного аборта не было ни у одной пациентки.

У женщин контрольной группы после прерывания беременности методом вакуум-аспирации наблюдались умеренные кровянистые выделения продолжительностью 5–7 дней (в среднем $6,2 \pm 1,2$ дня). В одном случае (4,5%) они были обильными в связи с наличием остатков плодного яйца (по данным УЗИ), что потребовало повторного хирургического вмешательства. Однако у двух (9,09%) женщин контрольной группы послеабортный период осложнился воспалением органов гениталия (эндометрит в одном случае (4,5%) и сальпингоофорит в одном (4,5%) случае). Несмотря на большую эффективность применения вакуум-аспирации, этот метод может представлять риск для здоровья и репродуктивной функции женщин ввиду таких возможных осложнений, как воспалительные заболевания органов гениталий, кровопотери.

Таким образом, результаты наших исследований позволили сделать следующие выводы:

1. Эффективность метода медикаментозного аборта составляет 95–99%.

2. Применение мифепристона безопасно, т.к. не влияет на фертильную функцию, к последующей беременности и будущему плоду.

3. Прерывание беременности происходит через 36–48 часов, причем у повторнобеременных экспульсия плодного яйца происходит быстрее.

4. Преимущества по сравнению с мануальной вакуум-аспирацией:

- позволяет избежать риска, связанного с хирургическим вмешательством и анестезией, механического повреждения эндометрия и миометрия, опасности восходящей инфекции, а также психогенной травмы пациенток;
- значительно снижает частоту постабортных осложнений, что способствует сохранению репродуктивной функции женщин.

5. Высокая эффективность, безопасность и хорошая переносимость мифепристона дает возможность использовать его в амбулаторных условиях как альтернативу хирургическому аборту.

Литература

1. ВОЗ. Терапевтические методы прерывания беременности. Доклад научной группы. Серия технических докладов; ВОЗ-871. Женева. 1999. С. 143.
2. Серов В.Н. Гормональная контрацепция как метод реабилитации после абортов // Гинекология. Журнал для практикующих врачей. 2007. Т. 9. № 6. 10 с.
3. Ashok P.W. A randomized comparison of medical abortion and surgical vacuum aspiration at 10–13 weeks gestation // Human Reproduction. 2002.
4. Агеева М.И. Аборт в I триместре беременности / Под ред. В.Р. Прилепской, А.А. Куземина. М.: ГЭОТАР-Медиа. 2010. 224 с.
5. Bartley J. Double-blind randomized trial of mifepristone in combination with vaginal gemeprost or misoprostol for induction of abortion up to 63 days gestation // Human Reproduction, 2001.