

УДК 618.39 – 089.888.14 (575.2) (04)

БЕЗОПАСНЫЙ МЕДИКАМЕНТОЗНЫЙ АБОРТ: МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ

А.А. Аскеров – канд. мед. наук, доцент,
Т.А. Мельничук – аспирант

This article presents actual problems of abortion and the ways of solving them by providing effective and safe medical interruption pregnancy.

В структуре материнской смертности ведущими причинами являются аборты, кровотечения и гипертензивные нарушения. При этом, по данным экспертов, две трети случаев смерти предотвратимы [1]. Поэтому одним из важных условий безопасного материнства является адекватная организация акушерско-гинекологической помощи, внедрение современных технологий. Актуальность поднятых проблем явилась основанием для поиска более эффективных методов искусственного прерывания беременности, так как число абортотворцев все еще очень велико, их дальнейшее снижение идет крайне медленно. Отечественная и зарубежная практика показала, что любые меры, ограничивающие возможность произвести легальный аборт, приводят к росту криминальных абортотворцев со всеми вытекающими последствиями. Динамика роста числа женщин, умерших после аборта, определяется осложнениями криминальных абортотворцев (сепсис, септический шок, перитонит, кровотечения) [2].

Первые исследования, касающиеся применения биологически активных веществ, в частности простагландинов, с целью прерывания беременности ранних сроков, как альтернатива хирургическим вмешательствам, были предприняты и описаны в 1971 г. В дальнейшем были синтезированы синтетические стероидные препараты, обладающие выраженной антипрогестероновой активностью – антипрогестины [3]. В начале 80-х годов французской

фирмой Roussel Uclaf синтезирован антипрогестин RU-486 (мифепристон). В настоящее время этот препарат под торговым названием мифегин выпускается французской фирмой Ehelgyn. В России в 90-е годы был воспроизведен аналог мифепристона – панкрофтон. Оба препарата разрешены для клинического применения с целью прерывания беременности ранних сроков (до 6 недель). Механизм их действия основан на антипрогестероновом эффекте. Обладая выраженным сродством к рецепторам прогестерона, мифепристон действует как конкурентный антагонист этого гормона. Антипрогестероновый эффект обусловлен блокированием действия прогестерона на уровне его рецепторов в децидуальной ткани, миометрии и трофобласте, что приводит к подавлению развития последнего, отторжению децидуальной ткани и появлению маточного кровотечения по типу менструальноподобной реакции. Помимо влияния на миометрий и децидуальную ткань мифепристон способствует размягчению и расширению шейки матки. Важным шагом в изучении механизма действия явилось обнаружение способности мифепристона повышать чувствительность миометрия к простагландинам. Это послужило основой для применения мифепристона в сочетании с аналогами последних. Кроме антипрогестеронового эффекта мифепристон обладает антиглюкокортикоидным

действием, а также слабо выраженным антиандрогенным эффектом [1].

Эффективность прерывания беременности с помощью антипрогестинов зависит от срока беременности. Так, в случае применения мифепристона в форме монотерапии при сроке беременности 7–8 недель эффективность составляет 70%, при сроке 6 недель – 88%, в 5 недель – 93%, при сроке 2–3 недели – 98%.

Комбинация с синтетическими аналогами простагландинов позволяет повысить эффективность медикаментозного аборта до 98–100%. Оптимальная доза мифепристона для эффективного и безопасного медикаментозного аборта равна 600 мг.

При прерывании беременности ранних сроков (до 6 недель) мифепристон может применяться в виде монотерапии (600 мг одномоментно), либо в сочетании с синтетическими аналогами простагландинов (600 мг мифепристона с последующим назначением через 48 часов 400 мкг мизопростола).

Основными условиями для медикаментозного прерывания беременности являются:

- наличие маточной беременности, подтвержденный данными ультразвукового исследования;
- соответствие размеров матки предполагаемому сроку беременности;
- срок аменореи не должен превышать 42 дней с первого дня последней менструации.

Противопоказания для медикаментозного аборта могут быть разделены на абсолютные и относительные.

Абсолютные противопоказания: внематочная беременность или подозрение на нее; беременность на фоне гормональной контрацепции; миома матки больших размеров; недостаточность надпочечников; длительная кортикостероидная терапия; нарушения свертывающей системы крови, анемия; декомпенсированная форма сахарного диабета; почечная и печеночная недостаточность; наличие острых воспалительных заболеваний.

Относительные противопоказания: наличие рубца на матке после оперативных вмешательств; миома матки небольших размеров; беременность на фоне внутриматочной контрацепции; беременность на фоне отмены гормональной контрацепции. Кроме того, при

проведении медикаментозного аборта следует избегать применения нестероидных противовоспалительных средств, включая аспирин. Особую осторожность необходимо соблюдать при наличии у пациенток категорий риска (астматические и другие хронические обструктивные заболевания легких, сердечно-сосудистые заболевания и наличие предрасположенности к ним) [4].

В клиническом течении медикаментозного аборта выделяют два клинических периода.

I период (латентный) – от момента приема препарата до появления первых клинических признаков прерывания беременности; характеризуется отсутствием клинической симптоматики, продолжительность от 24 до 48 часов.

II период (основной) – протекает по типу менструальноподобной реакции, начинающейся с кровотечения, по интенсивности равного или незначительно превышающего обычную менструальную кровопотерю и продолжающегося в течение 1–8 дней.

Продолжительность и выраженность кровотечения находятся в прямой зависимости от срока беременности. При сроке беременности 3–4 недели у 95% пациенток аборт протекает как обычная менструация. С увеличением срока кровотечения может быть обильнее, чем во время менструации, в связи с этим у 5% пациенток может возникнуть необходимость в проведении гемостатической терапии в виде назначения кровоостанавливающих и сокращающих средств (дицинон, викасол, аминокaproновая кислота, окситоцин, и др.). Маточное кровотечение, требующее немедленного проведения выскабливания или инфузионной терапии, может наблюдаться у 0,2–1% женщин.

Большинство пациенток (85%) не предъявляют каких-либо жалоб. Побочные реакции (тошнота, рвота, диарея, слабость, головокружение, лихорадка) могут отмечаться у 2–10% женщин. Абдоминальные боли, требующие дополнительной обезболивающей терапии, могут быть в 5–15% случаев. Частота инфекционных осложнений (эндометрит) составляет менее 1% [4].

Оценка клинической эффективности медикаментозного аборта должна осуществляться по данным динамического наблюдения за состоянием пациентки через 1 и 2 недели по-

сле приема препарата. Критериями оценки эффективности являются:

- положительный исход прерывания беременности, подтвержденный при втором контрольном визите;
- отсутствие плодного яйца или его элементов в полости матки по данным ультразвукового исследования;
- снижение уровня бета-субъединиц хорионадотропина в периферической крови;
- нормальные размеры матки, отсутствие болезненных ощущений, возможны незначительные слизисто-кровянистые выделения.

При неудачном исходе медикаментозного аборта (неполный аборт, продолжающаяся беременность), которые могут наблюдаться в 0,4–13% случаев, должно быть произведено хирургическое (вакуум-аспирация или кюретаж) прерывание беременности [1].

Таким образом, применение антипрогестинов (мифепристона) является эффективным и безопасным методом прерывания беременности. Преимуществами медикаментозного аборта являются: отсутствие механического повреждающего действия на эндометрий, миометрий и шейку матки; отсутствие риска, связанного с

анестезиологическими осложнениями; снижение риска восходящей инфекции; отсутствие психоэмоциональной травмы, имеющей место при хирургическом аборте; отсутствие неблагоприятного влияния на дальнейшую репродуктивную функцию, что особенно важно для первобеременных женщин.

Литература

1. Кулаков В.И. Руководство по безопасному материнству / В.И. Кулаков, В.Н. Серов, Ю.И. Барашнев, О.Г. Фролова и соавторы. – М.: Триада-Х, 1998. – 531 с.
2. Бурдули Г.М. Репродуктивные потери в акушерстве. Проблемы в ходе родоразрешения, материнская смертность, гибель плода, пути их снижения. – М.: Триада-Х, 1998. – 231 с.
3. Волгина В.Ф. Медико-социальные аспекты характеристики аборта в современных условиях: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1984. – 21 с.
4. Николаева Е.Н. Медико-социальные проблемы искусственного аборта в России // Азиатский вестник акушер-гинекологов. – 1998. – № 3. – С. 35–36.