

Ихтиярова Г.А.,
Дустова Н.К.,
Мардонова З.,
Косимова Н.И.

АНАЛИЗ ПРОВЕДЕНИЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО АБОРТА

Бухарский государственный медицинский институт

Искусственное прерывание нежелательной беременности является одним из наиболее значимых медико-социальных факторов, оказывающих негативное влияние на репродуктивное здоровье женщин (1, 2).

Всемирная организация здравоохранения признала аборт серьезной проблемой охраны репродуктивного здоровья женщин во многих странах. В мире, по данным ВОЗ, каждый день происходит более 100 млн. половых актов, приводящих к 910 тысячам зачатий, из которых 50% являются незапланированными, а около 25% нежелательными. Ежедневно около 150 тысяч беременностей заканчиваются искусственным абортом, что ежегодно составляет до 53 млн. По подсчетам демографов, одна треть этих абортов выполняется в небезопасных условиях, что приводит к 50-100 тысячам случаев смерти в год (3, 4). У значительно большего числа женщин возникают осложнения, которые могут иметь долгосрочные последствия для их здоровья. Около 50% всех пар в настоящее время пользуются той или иной формой контрацепции, но часто неудачно, что ежегодно ведет к наступлению 8-10 млн. беременностей. Многие из них заканчиваются искусственным абортом (5, 6).

К сожалению, искусственное прерывание беременности продолжает оставаться основным, хотя и небезопасным, средством регулирования рождаемости в нашей стране.

Одним из основных направлений решения задачи улучшения репродуктивного здоровья женщины является профилактика незапланированной беременности и снижение числа абортов.

Если мы не можем в настоящее время отказаться от выполнения искусственных абортов, то должны, по крайней мере, свести риск возможных осложнений к минимуму.

Одним из наиболее безопасных методов искусственного прерывания беременности является медикаментозный аборт, который с 1988 г. внедрен в широкую медицинскую практику в мире, а с 2000 г. – и в нашей стране.

В соответствии с законодательством РФ искусственное прерывание беременности по желанию женщины (в том числе и медикаментозный аборт) может быть проведено на базе амбулаторных и стационарных отделений ЛПУ акушерско-гинекологического профиля государственной или частной формы собственности. В амбулаторных условиях искусственное прерывание беременности разрешено проводить у женщин безотягощенного соматического и акушерского анамнеза при сроке беременности до 12 недель (медикаментозный аборт до 6 недель беременности). В этих случаях за данным учреждением должен быть закреплен гинекологический стационар, в который может быть госпитализирована пациентка в случае возникновения необходимости оказания экстренной медицинской помощи в связи с возникшими осложнениями.

Прерывание беременности может производиться только врачом акушером-гинекологом, прошедшим обучение методу.

Прерывание беременности у подростков до 15 лет требует согласия родителей (статья 32 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан).

После искусственного прерывания первой беременности (любым методом) женщинам с резус-отрицательной кровью проводят иммунизацию антирезус-иммуноглобулином человека с целью профилактики в будущем резус-конфликта.

Медикаментозное прерывание беременности производится препаратом «Мифепристон» - антигестагеном, действующим на уровне рецепторов прогестерона, в дозе 200 мг, в сочетании с простагландинами. Синтетические аналоги простагландинов (мизопростол - «Сайтотек», «артротек» принимаются дважды через 36 и 48 часов после приема «Мифепристона» в дозе 400 мкг – 2 таблетки. Эффективность медикаментозного аборта по данным Научного Центра Акушерства, Гинекологии и Перинатологии составляет до 96,6%. После первого приема простагландина аборт происходит у 58,9% пациенток. После второго приема простагландинов – еще у 17%. В ближайшие дни аборт наступает еще у 17,4% пациенток.

Рекомендуемые сроки проведения медикаментозного аборта до 62–79 дней от первого дня последней менструации. По данным литературы препарат был эффективен при прерывании беременности при сроке аменореи до 93 дней.

Медикаментозный аборт проводится с 2008 г. Под нашим наблюдением находились 134 женщины в возрасте от 17 до 46 лет. У 33 (25%) из них беременность была первой; 24 (18%) прерывали вторую беременность (первая закончилась искусственным абортом), остальные имели в анамнезе роды или роды и аборты 76 (57%). Количество дней от первого дня последней менструации: менее 42 дней – 117 (88%); от 42 до 59 – 12 (9%); более 49 дней – 4 (3%). Наличие беременности достоверно подтверждалось по УЗИ. Диаметр плодного яйца: менее или = 5 мм – 25 (19%); от 5 до 10 мм – 63 (47%); от 10 до 20 мм – 43 (32,5%); более 20 мм – 2 (1,5%).

Гинекологические заболевания имелись у 39 (29%) пациенток: миома матки небольших размеров (5-15 мм) – 3 (2%); хронические аднекситы и метроэндометриты – 16 (12,4%); генитальный эндометриоз – 1 (0,5%); рубец на матке после к/с – 5 (4%).

Мифепристон (Пенкрофтон) назначали однократно в виде таблеток в дозе 200 мг, а через 24-48 ч пациентки принимали простагландин - мизопростол (сайтотек) в дозе 400 мкг (2 табл. по 200 мкг), спустя 24 ч - еще 400 мкг (2 табл.). Препараты принимались в присутствии врача после получения согласия пациентки. Наблюдение осуществлялось в течение 2-3 часов в условиях дневного стационара, после чего женщины могли покинуть лечебное учреждение, получив необходимые рекомендации. Трудоспособность при этом сохранялась полностью.

Эффективность метода оценивалась на основании констатации положительного исхода, подтвержденного данными объективного исследования, бимануального исследования, УЗИ (отсутствие плодного яйца, а также его элементов в полости матки на 3-й и 10-14-й день).

Экспульсия плодного яйца у 112 (95,9%) из 134 женщин произошла после комбинированного применения пенкрофтона и мизопростола однократно (через 24 часа), 1,9% пациенток - после повторного приема сайтотека (в дозе 400 мг). Таким образом эффективность медикаментозного аборта по нашим наблюдениям составила 97,8%.

Клинически экспульсия плодного яйца проявлялось кровянистыми выделениями из половых путей (скудных или умеренной интенсивности) в первые сутки после приема мифепристона – 1 (1,1%) женщин; на вторые сутки у 132 (98,9%) пациенток. Спустя 40-55 мин после приема мизопростола кровянистые выделения из половых путей усиливались у подавляющего большинства женщин и в 40% случаев сопровождалось схваткообразными болями внизу живота и экспульсией плодного яйца.

Продолжительность кровянистых выделений составляла в большинстве случаев от 7 до 14 дней. У 3 (2,4%) пациенток наблюдались скудные кровянистые выделения до 15-17 дней, и у 4 (3,1%) пациенток мажущие выделения сохранялись до менструации. Кровотечения, потребовавшие проведения консервативной терапии в течение 1-3 дней (дицинон, аскорутин, викасол), были отмечены у 2 (1,6%) пациенток. Кюретаж матки с целью гемостаза потребовалось в одном случае. У 1 (0,6%) пациентки выявлено внематочная беременность.

Следует отметить, что выраженные схваткообразные боли внизу живота наблюдались в основном у нерожавших женщин, а у рожавших пациенток они были выражены слабо или отсутствовали. Купировали схваткообразные боли в низу живота пероральным приемом или парентеральным введением спазмолитических и анальгетических препаратов (но-шпа, анальгин, баралгин).

Положительного результата после приема мифепристона нам не удалось добиться у 2 пациенток (1,6%). По данным УЗИ, в девяти случаях было зафиксировано наличие остатков плодного яйца в полости матки и в двух случаях прогрессирование беременности, по поводу чего пациенткам было проведен аборт в гинекологическом отделении. Следует отметить, что у этих женщин в анамнезе имелся метроэндометрит, миома матки небольших размеров (узлы не более 20 мм), нарушение менструального цикла, приемом КОК в течении длительного времени с отменой за 1-2 месяца до наступления данной беременности. По-видимому, отсутствие достаточного эффекта в данных случаях обусловлено нарушением сократительной способности матки, изменением гормонального фона, а также особенностями рецепторной системы некоторых женщин.

Переносимость препаратов была удовлетворительной. У 13 (10%) женщин отмечены побочные эффекты (тошнота, головокружение, головная боль), которые возникали через 30-40 мин от начала приема препарата и проходили самостоятельно. Рвота при наблюдении в течение 2-х часов была у 1 (1,1%) пациенток (у всех из них произошел полный аборт).

У 3 женщин наблюдались длительные мажущие кровянистые выделения, в связи с чем был проведен электрофорез с хлористым кальцием на низ живота № 5-7, после чего выделения прекратились.

Контрольное УЗИ, выполненное на 10-14 сутки после экспульсии плодного яйца, показало нормальное состояние эндометрия у 111 женщин (95,7%). У 2 (2%) пациенток отмечалось расширение и неоднородность М-эхо и эхонегативные включения в полости матки, в связи с чем женщинам дополнительно назначался гормональный юретаж («дюфастон» по 10 мг два раза в сутки с 16-го по 25-й день от начала кровянистых выделений). После очередной менструации проводилось дополнительное УЗИ, во всех случаях было установлено нормальное состояние М-эхо. Менструация начиналась через 30-40 дней после медикаментозного аборта у всех женщин.

Пациенткам был рекомендован барьерный метод контрацепции до начала следующей менструации. Оральные контрацептивы (регулон, новинет) назначали со следующего менструального цикла.

При сравнении количества проведенных нами абортов путем вакуум-аспирации и медикаментозно за период с 2008 г. по первый квартал 2011 г. отмечено увеличение числа женщин, желающих прервать беременность медикаментозным методом. Увеличение общего количества проводимых в женской консультации абортов связано с обращением женщин из других районов города.

Следует отметить, что прерывание беременности путем вакуум-аспирации и медикаментозный аборт примерно одинаково эффективны при сроках аменореи до 49 дней. Но наиболее безопасным является медикаментозный аборт.

Выводы: Результаты проведенного наблюдения свидетельствуют о том, что комбинированное применение препаратов Мифепристон (Пенкрофтон), и Мизопростол (Сайтотек) является высокоэффективным средством для прерывания нежелательной беременности.

Преимущества метода обусловлены:

- низким процентом осложнений; отсутствием риска, связанного с анестезией;
- исключением инвазивных манипуляций (инъекции, хирургическое вмешательство);
- отсутствием риска осложнений, связанных с самим хирургическим вмешательством: механическое повреждение эндо- и миометрия, травматизация цервикального канала, риск перфорации матки;
- исключением опасности восходящей инфекции при выполнении хирургического вмешательства;
- исключением передачи ВИЧ-инфекции, гепатитов В и С, и др.;
- отсутствие отдаленного неблагоприятного влияния на репродуктивную функцию;
- хорошей переносимостью препаратов, отсутствием психогенной травмы, как при хирургическом прерывании беременности;
- медикаментозный аборт является методом выбора для прерывания нежеланной и несостоявшейся беременности у первобеременных.

Использованная литература:

1. В.В. Абрамченко, Е.Н. Гусева. Медикаментозный аборт. С-Пб., 2005.
2. А.С. Петросян, Т.В. Кузнецова. Применение «Мифепристона» для прерывания беременности на ранних сроках // Медицинский женский центр, кафедра акушерства и гинекологии ММА им. И.М. Сеченова. М., 2003.
3. Медикаментозный аборт. Пособие для врачей. ЗАО. «МИР - ФАРМ». М., 2006.
4. Доступность безопасного аборта и контрацепции: Проблемы общественного здравоохранения // Материалы Международного семинара. ЗАО Пенткрофт – Фарма. Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии. М., 2005.