

Статья поступила в редакцию 20.09.2017 г.

Жамсоева И.Б., Алексеева Л.Л.
*Бурятский государственный университет,
Республиканский перинатальный центр,
г. Улан-Удэ, Россия*

КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ В ПОЗДНИЕ СРОКИ В РЕСПУБЛИКЕ БУРЯТИЯ

Выявление многих врожденных пороков развития (ВПР) плода возможно лишь после 18-21 недель беременности и поэтому прерывание беременности на данном сроке является вынужденной, неизбежной, т.к. некоторые генетические

заболевания и врожденные уродства детей не совместимы с жизнью и являются причиной младенческой смертности. В других случаях ВПР у детей серьезно отражается на качестве всей жизни ребенка и семьи. Проблема «безопасного» искусственного прерывания беременности в поздние сроки сегодня остается одной из актуальных и сложных проблем в акушерско-гинекологической практике.

Цель исследования – провести сравнительную оценку эффективности и осложнений медикаментозного прерывания беременности на поздних сроках (до 22 недель) с использованием различных схем сочетания мифепристона в комбинации с мизопростолом.

Материал и методы. В исследование вошли 152 женщины репродуктивного возраста, направленные перинатальным консилиумом на прерывание беременности во втором триместре по медицинским показаниям в гинекологическое отделение ГАУЗ РПЦ МЗ РБ в период с 2015 по 2017 гг. Основными критериями включения в исследование были срок беременности с 16 нед. до 22 нед., отсутствие противопоказаний для медикаментозного прерывания беременности. Пациентки были разделены на 2 группы в зависимости от схемы приема мифепристона в комбинации с мизопростолом.

Результаты исследования. Экспульсия плода и плаценты произошла у 95,51 % (86/91) пациенток I группы и у 95,08 % (58/61) женщин, получивших препараты согласно схеме 2.

Заключение. Мифепристон является дозозависимым препаратом с абортивным эффектом, идентичным при высокой и низкой дозе. Снижение дозы мифепристона не увеличивает количество его осложнений. Оптимальная схема проведения медикаментозного прерывания беременности: мифепристон 200 мг орально, через 24 часа мизопростол 200 мкг вагинально с эффективностью 95,08 %. Данные исследования демонстрируют перспективность метода для снижения осложнений и материнской смертности среди женщин, вынужденных прервать беременность во втором триместре.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: медикаментозное прерывание беременности; поздние сроки беременности; мифепристон; мизопростол; дилатация; эвакуация.

Zhamsoeva I.B., Alekseeva L.L.

*Buryat State University,
Republican Perinatal Center, Ulan-Ude, Russia*

CLINICAL EXPERIENCE OF INTRODUCING MEDICAL ABORTION IN THE LATER STAGES IN THE REPUBLIC OF BURYATIA

Currently, the detection of many malformations of the fetus is possible only after 18-21 weeks. pregnancy, and so abortion at this time is forced, unavoidable, since some genetic diseases and congenital deformities in children is not compatible with life and are the cause of infant mortality. In other cases of malformations in children seriously affects the quality of life of both the child and the family. The problem of «safe» abortion in the later stages remains today one of the most urgent and difficult problems in obstetric practice.

The aim of the study was to comparatively evaluate the effectiveness and complications of medical abortion for late term (22 week) using different schemes of combination of mifepristone in combination with misoprostol.

Materials and methods. The study included 152 women of reproductive age to perinatal consultation on termination of pregnancy in the second trimester for medical indications in gynecology Department of SAHIRPC MZ RB for the period from 2015 to 2017, the Basic criteria for inclusion in the study was the pregnancy from 16 weeks before 22 weeks, absence of contraindications to medical abortion. The patients were divided into 2 groups according to regimens of mifepristone in combination with misoprostol.

The results of the study. Expulse of the fetus and placenta occurred in 95,51 % (86/91) patients in the first group, 95,08 % (58/61) of women who received drugs according to the scheme 2.

Conclusion. Mifepristone is bosonisation a drug with abortifacient effects, are identical at high and low dose. A lower dose of mifepristone does not increase the number of its complications. Optimal regimen for medical abortion: T. mifepristone 200 mg orally 24 hours so misoprostol 200 mcg vaginally with efficiency 95,08 %. These studies demonstrate a promising method to reduce complications and maternal mortality among women forced to terminate pregnancy in the second trimester.

KEY WORDS: medical abortion; late terms of pregnancy; mifepristone; misoprostol; dilatation; evacuation.

Учитывая современную отрицательную демографическую тенденцию в нашей стране, на сегодняшний день приоритетным направлением деятельности Минздрава России является сфера охраны материнства и детства, где ключевую роль играет репродуктивное здоровье женщин и получение перспективного потомства.

В настоящее время выявление многих врожденных пороков развития (ВПР) плода возможно лишь после 18-21 недель беременности, и поэтому прерывание беременности на данном сроке является вы-

нужденным, неизбежным, т.к. некоторые генетические заболевания и врожденные уродства детей не совместимы с жизнью и являются причиной младенческой смертности. В других случаях ВПР у детей серьезно отражаются на качестве всей жизни ребенка и его семьи. Таким образом, проблема «безопасного» искусственного прерывания беременности в поздние сроки остается одной из актуальных и сложных проблем в акушерско-гинекологической практике.

В России ежегодно производится 746736 аборт (2015 г.), в Республике Бурятия – 6865 аборт (2015 г.), более 20 % из них приходится на прерывание беременности во II триместре. При этом риск для здоровья женщины возрастает в 3-4 раза. До сих пор доля аборт в структуре материнской смертности достаточно высока – 10 %.

Корреспонденцию адресовать:

ЖАМСОЕВА Ирина Базаровна,
670031, г. Улан-Удэ, ул. Геологическая, д. 28а, кв. 36.
Тел.: +7-924-553-71-34.
E-mail: zhamsoeva.ira@mail.ru

Сегодня для прерывания беременности сроком более 12 недель Минздрав России, ВОЗ, RCOG рекомендуют как хирургический (дилатация и эвакуация), так и медикаментозные методы [1].

До 2015 года в Республике Бурятия основным методом прерывания беременности во втором триместре были интраамниальное введение гипертонического раствора или внутривенное введение больших доз окситоцина с последующим выскабливанием полости матки большой кюреткой. Также проводилась дилатация и эвакуация содержимого полости матки или гистеротомия при наличии рубца на матке или предлежании плаценты. Данные методы в настоящее время являются устаревшими, хотя в свое время были достаточно эффективными. Тем не менее, эти методики сопровождалась рядом отрицательных последствий, таких как травматизация эндометрия, шейки матки, наличие картины неполного аборта, недостаточное сокращение матки после удаления плода, эндометриты, перфорация стенки матки, некроз стенки матки, гистерэктомия, избыточная кровопотеря и ряд других серьезных осложнений, связанных с анестезиологическими пособиями.

На основании многочисленных исследований, проведенных в последние годы, были разработаны, изучены и рекомендованы ВОЗ (2012 г.) схемы медикаментозного прерывания беременности в сроках беременности до 22 недель [1, 2]. На базе гинекологического отделения ГАУЗ РПЦ МЗ Республики Бурятия были разработаны несколько схем медикаментозного прерывания беременности до 22 недель по медицинским показаниям.

Цель исследования — провести сравнительную оценку эффективности и осложнений медикаментозного прерывания беременности на поздних сроках (до 22 недель) с использованием различных схем сочетания мифепристона в комбинации с мизопростолом.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Для реализации поставленной цели выполнено исследование, в которое вошли 152 женщины репродуктивного возраста, направленные перинатальным консилиумом на прерывание беременности во втором триместре по медицинским показаниям. Охвачен период с 2015 по 2017 гг. Основными критериями включения в исследование были срок бере-

менности с 16 нед. до 22 нед., отсутствие противопоказаний для медикаментозного прерывания беременности.

Прерывание беременности производилось в гинекологическом отделении ГАУЗ РПЦ МЗ Республики Бурятия. Перед госпитализацией и проведением процедуры медикаментозного аборта всем женщинам выполнены ультразвуковое исследование (УЗИ) и перинатальный консилиум. Лабораторное исследование перед абортom включало общепринятые методы, регламентированные Приказом Минздрава России № 572, и включало анализ мазка на степень чистоты влагалищного секрета (микроскопия окрашенных по Граму мазков), общий анализ крови (ОАК), биохимический анализ крови, коагулограмма, общий анализ мочи (ОАМ), анализ крови на RW, гепатиты В и С, ВИЧ, определение группы крови и резус-фактора, электрокардиография (ЭКГ), консультация терапевта, кал на яйца глистов, кал по КАТО. Во всех случаях фармакологический аборт выполнен при наличии добровольного информированного согласия пациентки.

Первую группу составили 91 пациентка, медикаментозный аборт которым выполнен по схеме I в 2015-2016 гг.: Мифепристон 200 мг орально, через 24 часа Мифепристон 200 мг орально, через 24 часа Мизопростол 400 мкг орально.

Вторая группа состояла из 61 женщины, которым прерывание беременности производили согласно схеме II в 2016-2017 гг.: Мифепристон 200 мг орально, через 24 часа Мизопростол 200 мкг вагинально.

Динамическое наблюдение за выкидышем проводилось с момента поступления пациентки до раннего постабортного периода в круглосуточном режиме в гинекологическом отделении ГАУЗ РПЦ МЗ РБ. Контрольное ультразвуковое обследование выполнялось в среднем на 3-4-е сутки после выкидыша.

Статистический анализ полученных результатов проводили с помощью пакета комплексной обработки данных STATISTICA 6.1 (Stat Soft Inc). Уровень значимости принимался за 5 % ($P \leq 0,05$).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Средний возраст пациенток 1-й группы составил $27,99 \pm 2,55$ лет, 2-й — $30,69 \pm 1,87$ лет. Количество нерожавших женщин составило: I группа — 31 (34,07 %), II группа — 15 (24,59 %).

Сведения об авторах:

ЖАМСОЕВА Ирина Базаровна, врач акушер-гинеколог, гинекологическое отделение, ГАУЗ РПЦ МЗ РБ, г. Улан-Удэ, Россия. E-mail: zhamsoeva.ira@mail.ru

АЛЕКСЕЕВА Лилия Лазаревна, доктор мед. наук, доцент, кафедра акушерства и гинекологии с курсом педиатрии, ФГБОУ ВО «БГУ», и/о главного врача, ГАУЗ РПЦ МЗ РБ, г. Улан-Удэ, Россия. E-mail: l.alekseeva09@mail.ru

Information about authors:

ZHAMSOEVA Irina Bazarovna, obstetrician-gynecologist, gynecology department, Republican Perinatal Center, Ulan-Ude, Russia. E-mail: zhamsoeva.ira@mail.ru

ALEKSEEVA Lilia Lazarevna, doctor of medical sciences, docent, chair of obstetrics and gynecology with course of pediatrics, Buryat State University, the acting chief physician, Republican Perinatal Center, Ulan-Ude, Russia. E-mail: l.alekseeva09@mail.ru

Причины прерывания беременности в I группе: ВПР у плода – 80 женщин (87,91 %), экстрагени- тальная патология (ЭГП) у матери – 11 (12,09 %). Во II группе причинами стали замершая беремен- ность – 12 случаев (19,67 %), ВПР у плода – 28 (45,9 %), ЭГП у матери – 6 (9,84 %), начавшийся самопроизвольный выкидыш – 15 (24,59 %).

Срок беременности в клинических группах был сопоставим и колебался от 15 до 22 недель: 15-16 не- дель – 6 женщин (9,8 %) во 2-й группе; 16-18 не- дель – 14 женщин (15,4 %) в I группе и 10 беремен- ных (16,4 %) во II группе; 18-20 недель – 19 (20,9 %) и 12 (19,7 %), соответственно; 20-22 недель – 58 (63,5 %) и 33 (54,1 %) пациенток в I-й и II-й груп- пах. Дилатация цервикального канала ламинарными палочками проводилась у 92 % женщин независимо от схемы и срока прерывания беременности.

Экспульсия плода и плаценты произошла у 95,51 % (86/91) пациенток I группы и у 95,08 % (58/61) женщин, получивших препараты согласно схеме 2.

Сроки экспульсии плодного яйца в сравниваемых клинических группах не имели статистически зна- чимых отличий. У основной части наблюдаемых жен- щин II-й группы аборт произошел в течение 10 час- сов 20 минут после приема Мизопростола.

Если аборт не происходит в течение 24 часов, тог- да вновь вводится Мизопростол 200 мкг вагинально. Основной причиной отсутствия аборта на вторые и тре- тьи сутки было поперечное положение плода, выпадение мелких частей: 3 случая в I-й группе и 2 случая во II-й группе. У этих пациенток аборт заканчивался эвакуацией плода без дилатации цервикального кана- ла, т.к. в этих случаях цервикальный канал открыт, тем самым для хирурга создаются «благоприятные ус- ловия» при проведении инструментального опорожне- ния полости матки без травматизации шейки матки.

Вполне ожидаемым побочным эффектом при про- ведении индуцированного позднего аборта является кровотечение, которое, как правило, не бывает чрез- мерным. Обильное кровотечение (более 500 мл), тре- бующее переливания крови, у наших пациенток не встречалось, т.к. выкидыш происходил под круглосу- точным динамическим наблюдением в гинекологичес- ком стационаре ГАУЗ РПЦ МЗ РБ, где при возник- новении кровотечения аборт заканчивали экстренным инструментальным опорожнением полости матки: 2 случая в I-й группе и один во II-й группе. Таких осложнений, как разрыв шейки или тела матки, эн- дометриты при медикаментозном выкидыше у исс-

ледованных женщин не было. Однако, по некоторым научным данным, разрывы шейки матки при меди- каментозном аборте возможны, как и в случаях ис- пользования дилатации и эвакуации, с той же часто- той (0,1-0,2 %) [1, 2]. Разрыв тела матки встречается крайне редко и обычно возникает при наличии не- состоятельного рубца на матке.

Вопрос о проведении профилактической антиби- отикотерапии при медикаментозном аборте в насто- ящее время рассматривается отрицательно, так как в современной медицине обсеменение матки патоген- ными микроорганизмами непосредственно во время аборта, выполненного в лечебном учреждении, край- не редко. Однако недавно было показано, что базо- вый риск серьезной инфекции при медикаментозном аборте был снижен с 0,093 % до 0,006 % при рутин- ной антибиотикопрофилактике [1, 2]. Публикации 2011-2012 годов подтверждают необходимость такой меры [1, 2]. Однако не все исследователи разделя- ют эту точку зрения, признавая необходимость рутин- ной антибиотикопрофилактики лишь для женщин с высоким риском инфекционных заболеваний, пе- редаваемых половым путем, и развития инфекцион- ных осложнений [3, 5]. В нашем исследовании ру- тинная антибактериальная терапия не применялась, а проводилась только женщинам высокой группы рис- ка по гнойно-септическим инфекциям.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, по результатам нашего исследо- вания медикаментозный метод прерывания беремен- ности является не только эффективным (I – 95,51 %, II – 95,08 %), но и «безопасным». И даже при от- сутствии выкидыша создаются «благоприятные ус- ловия» для успешной эвакуации плода. Мифепристон является дозозависимым препаратом с abortивным эффектом, идентичным при высокой и низкой дозе. Снижение дозы Мифепристона не увеличивает ко- личество его осложнений. Оптимальная схема про- ведения медикаментозного прерывания беременнос- ти во втором триместре: Мифепристон 200 мг орально, через 24 часа Мизопростол 200 мкг вагинально с эф- фективностью 95,08 %.

Данные исследования демонстрируют перспектив- ность метода для сохранения репродуктивного здо- ровья, снижения осложнений и материнской смерт- ности женщин, вынужденных прервать беременность во втором триместре.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES:

1. Dicke GB, Sakhautdinova IV. Modern methods of abortion in late terms. *Obstetrics and gynecology*. 2014; 1: 83-88. Russian (Дикке Г.Б., Са- хаутдинова И.В. Современные методы прерывания беременности в поздние сроки // Акушерство и гинекология. 2014. № 1. С. 83-88.)
2. Kravchenko EN, Kolombet EV, Kuklina LD. Modern aspects of abortion in late terms. *Mother and Baby in Kuzbass*. 2016; 1: 9-13. Russian (Крав- ченко Е.Н., Коломбет Е.В., Куклина Л.Д. Современные аспекты прерывания беременности в поздние сроки // Мать и Дитя в Кузбас- се. 2016. № 1. С. 9-13.)
3. Kan NE, Baranov II, Dicke GB, Tyutyunnik VL. Drug end of pregnancy in late terms. Indications, methods and results. *Obstetrics and Gyne- cology*. 2016; 4: 11-15. Russian (Кан Н.Е., Баранов И.И., Дикке Г.Б., Тютюнник В.Л. Медикаментозное завершение беременности в поз- дние сроки. Показания, методики и результаты // Акушерство и гинекология. 2016. № 4. С. 11-15.)
4. Dicke GB, Yarotskaya EL, Erofeeva LV. Strategic assessment of policies, programs and services in the sphere of unplanned pregnancy, aborti- on and contraception in the Russian Federation. *Problems of reproduction*. 2010; 3: 92-108. Russian (Дикке Г.Б., Яроцкая Е.Л., Ерофеева Л.В. Стратегическая оценка политики, программ и услуг в сфере непланируемой беременности, абортов и контрацепции в Российской Фе- дерации // Проблемы репродукции. 2010. № 3. С. 92-108.)

5. Dicke GB, Yarotskaya EL, Erofeeva LV. Introduction of modern methods of abortion in domestic practice. *Obstetrics and Gynecology*. 2014; 2: 67-72. Russian (Дикке Г.Б., Яроцкая Е.Л., Ерофеева Л.В. Внедрение современных методов прерывания беременности в отечественную практику //Акушерство и гинекология. 2014. № 2. С. 67-72.)
6. Belokrinitskaya TE, Frolova NI, Belokrinitskaya IA, Sukhinina VV. Comparative evaluation of the clinical course of medical abortion with 200 and 600 mg of mifepristone: prospective cohort study. *Obstetrics and Gynecology*. 2014; 3: 81-86. Russian (Белокриницкая Т.Е., Фролова Н.И., Белокриницкая И.А., Сухинина В.В. Сравнительная оценка клинического течения медикаментозного аборта с 200 и 600 мг мифепристона: проспективное когортное исследование //Акушерство и гинекология. 2014. № 3. С. 81-86.)
7. Egamberdieva LD, Galimova IR, Polushkina AYu. Abortion in the 2nd trimester. Difficulties and the ways of solution. *Practical medicine*. 2016; (4-2): 145-148. Russian (Эгамбердиева Л.Д., Галимова И.Р., Полушкина А.Ю. Прерывание беременности во II триместре. Трудности и пути решения //Практическая медицина. 2016. № 4-2. С. 145-148.)
9. Ashok PW, Templeton A, Wagaarachchi PT, Flett GM. Midtrimester medical termination of pregnancy: a review of 1002 consecutive cases. *Contraception*. 2004; 69(1): 51-58.

* * *