

## **МЕДИКАМЕНТОЗНЫЙ АБОРТ В РАННИЕ СРОКИ БЕРЕМЕННОСТИ**

**Шмелева Кристина Евгеньевна**

студент, Башкирский Государственный Медицинский Университет, РФ, г. Уфа

**Таюпова Ирина Маратовна**

научный руководитель, канд. мед. наук, Башкирский Государственный Медицинский Университет, РФ, г. Уфа

**Аннотация.** В статье приведены статистические данные, технологии применения, основные осложнения медикаментозного аборта на ранних сроках гестации. Исследование было проведено на базе Клиники БГМУ и включает в себя анализ историй болезни 45 женщин за 2017-2018г.г.

**Ключевые слова:** медикаментозный аборт.

**Актуальность:** в настоящее время отмечается стойкое уменьшение частоты прерывания нежелательной беременности как в РФ, так и в Республике Башкортостан. Так, за последние 4 года (с 2014 по 2017г.г.) в РБ произошло уменьшение абортов в 2 раза, только в 2016г. на 13%.

По статистическим данным среди всех прерываний беременности на сроках до 12 недель 22,5% составил самопроизвольный аборт, 69,5% - медицинский аборт, 2,2% - аборт по медицинским показаниям и в 5,7% - аборт неуточненный (внебольничный) [2,4].

Снижение абортов происходит благодаря использованию современных средств контрацепции, а также активному внедрению эффективных программ планирования семьи и безопасного материнства.

**Цель исследования:** изучение эффективности препарата мифепристона, клинических особенностей, а также комплексной оценки ранних и поздних осложнений.

**Материалы и методы:** для достижения поставленной цели нами было проведено исследование, включающее 45 женщин, которым был проведен медикаментозный аборт в 2017-2018г.г. на базе Клиники БГМУ. Исследование включало: диагностику беременности, определение срока и подтверждение локализации плодного яйца в полости матки, лабораторный скрининг, определения противопоказаний для медикаментозного аборта.

**Результаты и обсуждения:** использование медикаментозного прерывания нежелательной беременности может рассматриваться в современных условиях как качественное оказание медицинской помощи женщинам по вопросам репродуктивного выбора.

Особенно актуальным данный вопрос является в группе молодых нерожавших женщин, планирующих осуществить свою репродуктивную функцию в будущем.

Среди существующих методов прерывания нежелательной беременности на сегодняшний день самым безопасным по праву считается медикаментозный аборт с использованием

антипрогестинов. Данный вид прерывания беременности в нашей стране применяют с 1998г. и благодаря своей безопасности и эффективности перед другими методами прерывания беременности он является достойной альтернативой.

По данным статистики в 2005г. в России количество медикаментозных абортов составляло всего 1,5% от общего количества используемых методов прерывания беременности, к 2011году этот показатель поднялся до 6,2% [1].

Медикаментозное изгнание плодного яйца из полости матки является менее травматичным по сравнению в кюретажем или вакуум-эксхолеацией, он более экономически выгоден, не требует госпитализации женщины в стационар, психологически лучше переносится [3].

Перед проведением медикаментозного аборта пациентка информируется о необходимости оформления информированного медицинского согласия в письменной форме, которая оформляется на отдельном бланке и вкладывается в карту пациентки, в обязательном порядке оформляется соответствующая медицинская документация [1].

Информация представляется максимально полно и доступно для восприятия, причем беседа с пациенткой ведется с соблюдением принципов конфиденциальности.

Проводится обследование женщины, которое включает в себя сбор анамнестических данных, бимануальное исследование с осмотром шейки матки в зеркалах, микроскопического отделяемого женских половых органов, проведения ультразвукового исследования для подтверждения маточной беременности.

При необходимости осуществляются консультации других специалистов с целью выявления заболеваний и состояний, которые могут оказать влияние на течение и исход аборта, а также для принятия мер профилактики возможных осложнений.

Для изучения эффективности препарата мифепристон, клинических особенностей, а также комплексной оценки ранних и поздних осложнений, нами было проведено исследование, включающее в себя анализ амбулаторных карт 45 женщин, которым был проведен медикаментозный аборт в 2017-2018г.г. на базе Клиники БГМУ.

Средний возраст пациенток составил  $26,4 \pm 2,5$  лет, первобеременных из них было 14 человек. Сроки гестации варьировались от 6-8 до 9-13 недель.

В сроки 6-7 недель беременности аборт проводился 24 женщинам, при сроке гестации 8-9 недель беременности 19 пациенткам, 10-13 недель - 2 женщинам.

Сопутствующая экстрагенитальная патология отмечена у 12 пациенток, в структуре преобладали заболевания инфекционно-воспалительного характера (пиелонефрит, тонзиллит, бронхит и др.), болезни пищеварительного тракта (хронический гастрит, язвенная болезнь, холецистит, панкреатит), органов кровообращения (гипертоническая болезнь).

Акушерско-гинекологический анамнез был отягощен у 19 пациенток. Гинекологические заболевания были представлены хроническими воспалительными заболеваниями придатков матки у 9 женщин, миомой матки у 3 пациенток, эндометриозом у 2 женщин, эктопия шейки матки отмечалась у 12 человек. В анамнезе медицинские аборт до 12 недель гестации имелись у 9 женщин, самопроизвольные выкидыши у 4, неразвивающаяся беременность - у 4 человек.

Обследование пациентки включало в себя диагностику беременности, определение срока и подтверждение локализации плодного яйца в полости матки, выявление противопоказаний для медикаментозного аборта.

На втором визите в присутствии врача осуществлялся прием мифепристона 200 мг однократно внутрь согласно клиническому протоколу. Динамическое наблюдение за пациенткой проводилось в течение 1-2 часов после приема препарата, после чего женщину отпускали домой.

Следующий визит проводился через 24-36 часов после приема мифепристона, во время которого осуществляется прием мизопростола внутрь в дозе 400 мкг. Далее также проводилось наблюдение за пациенткой на протяжении 1-2 часов. После приема мизопростола у большинства пациенток начинаются кровянистые выделения из половых путей.

Необходимо отметить, что с пациентками поддерживалась постоянная телефонная связь для оценки эффективности препаратов, наличия болевого синдрома и его выраженности, степени кровопотери.

Замечено, что чем качественнее было выполнено консультирование перед проведением медикаментозного аборта, тем меньше поступало звонков лечащему врачу.

Изгнание плодного яйца при медикаментозном аборте в день приема мизопростола произошло у 42 пациенток, еще у 3-х кровянистые выделения из половых путей начались на 2-е сутки. Обращает на себя внимание характер и длительность выделений.

Большинство обследуемых отмечали увеличение дней кровопотери и ее более яркую ее выраженность. Имелась взаимосвязь между сроком гестации и степенью выраженности кровопотери. Чем он был больше, тем кровотечение было более обильным и длительным. Так, до 10 дней кровянистых выделений было у 27 женщин, до 15-20 дней – у 28 пациенток. Средняя продолжительность кровотечения составила  $8,7 \pm 1,2$  дней.

У женщин с кровянистыми выделениями до 10 дней кровоостанавливающая терапия не проводилась. Пациенткам с кровопотерей, длящейся более 10 дней, было рекомендована симптоматическая терапия (этамзилат, транексамовая кислота) до гемостаза. Болевой синдром различной степени выраженности отмечали 18 женщин, среди которых большинство (13 человек) было нерожавших.

Из побочных эффектов можно отметить чувство дискомфорта, слабость, головную боль, головокружение. В результате воздействия мизопростола на гладкую мускулатуру желудочно-кишечного тракта появлялись жалобы на тошноту (9 человек), диарею (5 женщин). В одном случае была зарегистрирована рвота через 1,5 часа после приема мифепристона.

В беседе с женщиной перед проведением медикаментозного аборта акцентировалось внимание на то, что данные препараты нежелательно принимать на голодный желудок.

Если у пациентки имелись признаки раннего токсикоза, то перед приемом препарата с целью купирования нежелательных побочных эффектов назначался метоклопрамид до еды.

Незначительное повышение температуры тела до субфебрильных значений отмечалось у 8 пациенток и не требовало дополнительного лечения.

Через 12-14 дней от начала кровянистых выделений всем обследуемым пациенткам обязательно проводилось контрольное ультразвуковое исследование для оценки эффективности медикаментозного аборта.

Процедура выполнения медикаментозного аборта считается успешной при отсутствии в полости матки плодного яйца или его элементов.

В единичных случаях были обнаружены элементы детрита, фиксировалось М-эхо не более 15 мм, что не является основанием для неполного аборта при отсутствии клинической картины.

Полным прерыванием беременности после медикаментозного аборта являлись нормальные размеры и консистенция матки, отсутствие болевых ощущений при осмотре, отсутствие или наличие незначительных кровянистых выделений из половых путей.

Восстановление менструального цикла у 42 женщин произошло в течение 35-40 дней, у 3 пациенток менструальный цикл восстановился через 50-60 дней. Всем пациенткам рекомендовались надежные методы контрацепции в течение 3-6 месяцев после проведения

аборта.

Таким образом, использование медикаментозного прерывания нежелательной беременности может рассматриваться в современных условиях как качественное оказание медицинской помощи женщинам по вопросам репродуктивного выбора. Особенно актуальным данный вопрос является в группе молодых нерожавших женщин, планирующих осуществить свою репродуктивную функцию в будущем.

#### **Список литературы:**

1. Дикке Галина Борисовна . Медикаментозный аборт : рук. для врачей / Г. Б. Дикке ; ред. В. Е. Радзинский. - 2-е изд. - Москва : МЕД пресс-информ, 2017. - 343 с
2. Куземин А.А., Дикке Г.Б. Медикаментозный аборт в ранние сроки беременности// *Medica mente. Гинекология и акушерство сегодня.* - 2016.- №2. - С. 42-49.
3. Мустафина Г.Т., Шарафутдинова Н.Х. Уровень и динамика аборт в городах Республики Башкортостан// *Фундаментальные исследования.* - 2014. - №10 (часть 4). - С.710-714.
4. Попова Ю.Н., Кулинич С.И., Стриганова Э.Н. Сравнительный анализ осложнений медикаментозного и медицинского абортов// *Сибирский медицинский журнал.* - 2013. - №6. - С. 119-121.