

УДК 618.39-085(043.3)

ПОСОХОВА С.П., ТУРЕНКО А.В., НАДЕЖДИН М.В., ВАПНЯРЧУК О.В.

Одесский национальный медицинский университет, г. Одесса

Одесская областная клиническая больница, г. Одесса

БЕЗОПАСНЫЙ МЕДИКАМЕНТОЗНЫЙ АБОРТ ВО ВТОРОМ ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ

В статье представлены результаты безопасного медикаментозного прерывания беременности во втором триместре. Во всем мире 10-15% всех индуцированных абортс происходят во втором триместре, две трети всех серьезных осложнений происходят из-за этих процедур. На сегодняшний день не существует стандартной международно-признанной схемы проведения медикаментозного аборта во втором триместре беременности.

Материал и методы исследования. Прерывание беременности проведено 94 женщинам во втором триместре в сроке 13-21 неделя в связи с диагностированными множественными пороками развития плода. Схема прерывания включала прием 200 мг мифепристона перорально и через 24-48 часов применение необходимого числа доз мизопростала по 400 мкг сублингвально каждые 3 часа до полного изгнания плода и последа без хирургического вмешательства и использования окситоцина.

Результаты исследования и их обсуждение. Наибольший процент прерывания беременности происходил в сроке 18-21 неделя – 72,2%. Согласно нашим данным, количество доз мизопростала (от 2 до 11) для полного изгнания плода и последа зависело от сроков беременности. Для нерожавших женщин наиболее благоприятным был срок прерывания беременности 13-15 недель (3 дозы мизопростала и время полного аборта до 6 часов). Для рожавших женщин во всех сроках прерывания беременности среднее количество доз мизопростала колебалось в пределах 3,2 -3,75 и время полного аборта в среднем составило от 8,25 до 6,0 часов. Хирургическое вмешательство (выскабливание полости матки) потребовалось в 3 случаях- 3,2 % по причине неполного аборта и кровотечения.

Выводы. Таким образом, успешный безопасный медикаментозный аборт был в 96,8% случаев.

Ключевые слова: беременность, второй триместр, мифепристон, мизопростол, безопасный аборт.

Ежегодно в мире 205 миллионов беременностей являются нежелательными и около 20% из них заканчиваются индуцированным абортом [3]. Большинство (90%) этих абортс происходят в первом триместре беременности. Во всем мире 10-15% всех индуцированных абортс происходят во втором триместре, две трети всех серьезных осложнений происходят из-за этих процедур [4].

Последние 30 лет постоянно прилагаются усилия к улучшению технологии выполнения аборта в плане его эффективности, безопасности (снижение риска осложнений), упрощения техники выполнения и приемлемости. По поводу оптимального метода выполнения аборта во втором триместре постоянно ведутся дискуссии [5,8,9]. Наилучшую методику важно определить, поскольку абортс, выполненные во втором триместре, отвечают за несоразмерно высокую связанную с ними заболеваемость и смертность [6,10]. В целом риск смерти повышается в 10 раз при выполнении аборта методом дилатации и эвакуации (ДиЭ) по сравнению с

аспирационным кюретажем в первом триместре [7,8], а риск смертельного исхода прогрессивно возрастает с увеличением гестационного возраста [11].

Мифепристон с последующим назначением мизопростала – золотой стандарт медикаментозного аборта первого и второго триместра [2,4, 9,11, 12,13]. Было установлено, что предварительная подготовка мифепристоном за 36-48 часов перед введением простагландина может повысить уровень успешного выполнения операции, сократить промежуток времени между индукцией и собственно абортом и уменьшить дозу простагландина, требующуюся для выполнения аборта во втором триместре [2,5,12]. После медикаментозного аборта во втором триместре рутинное хирургическое выскабливание полости матки не требуется. Его следует проводить только в том случае, когда имеются клинические подтверждения неполного аборта [11]. Во II триместре беременности оптимальным вариантом искусственного аборта является метод, при котором аборт

максимально приближен по течению к родовому акту, не сопряжен с манипуляциями на матке. Такой метод называют не инвазивный управляемый аборт во II триместре беременности. Условно он может быть обозначен как «безопасный» аборт. В стационаре для успешного проведения «безопасного» аборта необходимо обеспечение двух этапов: подготовка (созревание) шейки матки; возбуждение сократительной деятельности матки.

На сегодняшний день не существует стандартной международно-признанной схемы проведения медикаментозного аборта во втором триместре беременности. Недавно пересмотренные рекомендации ВОЗ по безопасному аборту рекомендуют схему 200 мг мифепристона с последующим назначением 800 мкг вагинального мизопростала или 400 мкг перорального мизопростала; вслед за этим каждые 3 часа принимаются доза 400 мкг сублингвального или вагинального мизопростала, максимум 4 таких дозы [11,12]. Согласно украинским стандартам по медикаментозному аборту рекомендуется 200 мг мифепристона с последующим назначением 400 мкг мизопростала каждые 3 часа, максимум 5 таких доз [1].

Цель исследования - оценить эффективность и применимость медикаментозного прерывания беременности в сроке 13-21 неделя с использованием схемы: мифепристон 200 мг перорально с назначением через 24-48 часов повторных доз 400 мкг мизопростала сублингвально каждые 3 часа до полного изгнания плода и последа из матки без хирургического вмешательства или использования окситоцина.

Материал и методы исследования

Прерывание беременности по медицинским показаниям было проведено у 94

женщин во втором триместре беременности в сроке 13-21 неделя. Показанием к прерыванию беременности были диагностированные множественные пороки развития плода. Женщины принимали 200 мг мифепристона дома или в гинекологическом отделении. Через 24-48 часов сублингвально принимали 400 мкг мизопростала каждые 3 часа до полного изгнания плода и последа. Мы оценивали следующие параметры: переносимость и побочные действия препаратов; средний интервал между индуцированием и абортом, т.е. между первой дозой мизопростала до изгнания плода и последа; количество использованных доз мизопростала; болевые ощущения и величину кровотечения; осложнения, а также оценка женщинами приемлемости данного метода. Показатель успешного аборта оценивался через 15-24-48 часов после изначального приема мизопростала, определяемый, как полное изгнание плода и последа без хирургического вмешательства или использования окситоцина.

Результаты исследования и их обсуждение

Средний возраст женщин, которым была прервана беременность во втором триместре, составил $28 \pm 2,2$ года. Среди них, городских жителей было 44,6%, сельских – 55,4%. Первобеременных (не рожавших) было 35-37,2%, многорожавших (более 4 родов) -29–30,9%. Медицинские аборты в анамнезе имели 32 – 34,1%. Женщин с рубцами на матке после кесарева сечения было 8 – 8,5%. Тяжелой экстрагенитальной патологии и противопоказаний для приема препаратов в этих женщин не было. ВИЧ-инфицированных беременных было 5 – 5,3% (2 из них получали антиретровирусную терапию).



Рис. 1. Удельный вес сроков прерывания беременности.

Наибольший процент прерывания беременности происходил в сроке 18-21 неделя – 72,2%, что свидетельствует о поздней диагностике пороков развития и возможном возрастании количества осложнений.

После приема 200 мг мифепристона женщины принимали разное количество доз мизопростала до полного завершения беременности - изгнании плода и последа.

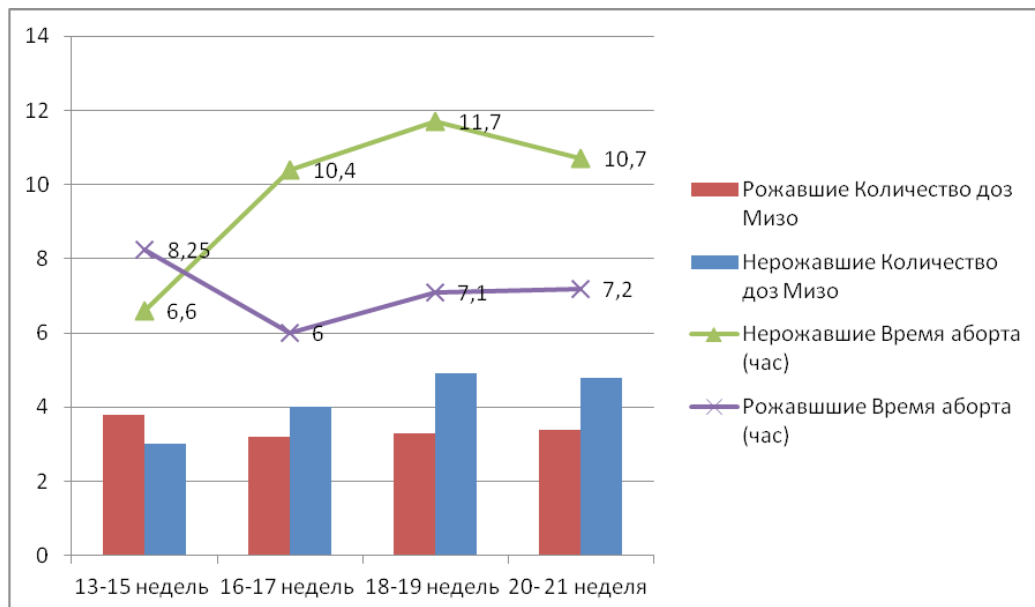


Рис. 2. Среднее количество доз мизопростала для завершения беременности и время полного аборта.

Согласно нашим данным, количество доз мизопростала для полного изгнания плода и последа зависело от сроков беременности. Так, у нерожавших женщин, наибольшее количество доз мизопростала было 11 в сроке 20-21 недель (время аборта 28 часов) в 1 случае. В этом сроке беременности у остальных женщин среднее количество принятых доз мизопростала было 4,8 и время полного изгнания плода и последа 10,7 часов.

В тоже время, у рожавших в сроке беременности 20-21 неделя, количество доз мизопростала для полного изгнания плода и последа было в среднем 3,4, время полного изгнания 7,2 часа.

Для нерожавших женщин наиболее благоприятным был срок прерывания беременности 13-15 недель (3 дозы мизопростала и время полного аборта до 6 часов). Наибольшее среднее количество доз мизопростала в этой группе было необходимо в сроке 18-19 и 20-21 неделя (4,85 и 4,76 соответственно) и время полного аборта было 11,7 и 10,7 часов.

Для рожавших женщин во всех сроках прерывания беременности среднее количество доз мизопростала колебалось в пределах 3,2 - 3,75 и время полного аборта в среднем составило от 8,25 до 6,0 часов.

При оценке болевых ощущений отмечено, что процент женщин, которые требовали обезболивания во время схваток, был в среднем у 25% нерожавших женщин, что в 2 раза выше, чем у рожавших. Наибольшая величина кровопотери была отмечена в обеих группах при прерывании беременности в сроке 18-19 недель. Переливание крови не потребовалось ни в одном случае.

Успешность аборта оценивали после полного изгнания плода и последа без хирургического вмешательства. Всего хирургическое вмешательство (выскабливание полости матки) потребовалось в 3 случаях - 3,2% по причине: неполного аборта и кровотечения у 1 нерожавшей женщины в сроке 16 недель; 2 рожавших в сроке 13-15 недель с многоплодной беременностью и 18-19 недель с рубцом на матке. Гнойно-септических осложнений не было. Средний срок пребывания в стационаре после прерывания беременности составил 2,5 дня. Всем женщинам было проведено консультирование по приемлемым методам контрацепции. Удовлетворенность методом прерывания беременности высказали 85% женщин.

Выводы

Медикаментозное прерывание беременности во втором триместре с помощью 200 мг мифепристона и неограниченных доз мизопростолу 400 мкг сублінгвально является эффективным без хирургического вмешательства и применения окситоцина в 96,8% случаев. Эти данные могут быть рекомендованы для практического применения в клиниках 3 уровня оказания медицинской помощи, где производится прерывание беременности во втором триместре, как безопасный, эффективный и приемлемый метод.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. НАКАЗ МОЗ України від 31.12.2010 N 1177 «Про затвердження клінічного протоколу «Комплексна допомога під час небажаної вагітності».
2. Clinical Policy Guidelines. Washington, D.C.:National Abortion Federation; 2014.
3. Facts on induced abortion worldwide. New York: The Guttmacher Institute; 2007.
4. Gemzell –Danielsson K., Lalitkumar S. Second trimester medical abortion with mifepristone-misoprostol and misoprostol alone: a review of method and management. Report Health Matters 2008;16: 162-72.
5. Lalitkumar S, Bygdeman M and Gemzell-Danielsson K. Mid-trimester induced abortion: a review. Human Reproduction Update 2007;13:37–52.
6. Lawson HW, Frye A, Atrash HK, Smith JC, Shulman HB, Ramick M. Abortion mortality, United States, 1972 through 1987. American Journal of Obstetrics and Gynecology 1994;171:1365-1372.
7. Lohr PA, Hayes JL, Gemzell-Danielsson K. Surgical versus medical methods for second trimester induced abortion. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008; Issue 1. Art. No.: CD006714
8. Ngoc N.T., Shochet T., Raghavan S. et al. Mifepristone and misoprostol compared with misoprostol alone for second trimester abortion: a randomized control trial. Obstet Gynecol 2011; 118:601-8.
9. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. The care of women requesting induced abortion: evidence-based clinical guideline number 7. In London: RCOG; 2011.
10. Strauss LT, Herndon J, Chang J, Parker WY, Bowens SV, Berg CJ. Abortion surveillance – United States, 2002. Morbidity and Mortality Weekly Report 2005; 54:1-31.
11. WHO “Unsafe abortion: Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2000.” In 4th ed. 2004.
12. WHO. Safe abortion: technical and policy guidance for health system. In 2th ed. Geneva. World Health Organization; 2012.
13. Widschut H., Both M.I., Medema S. et al. Medical methods for mid-trimester termination of pregnancy. Cochrane Database Syst Rev 2011:CD005216.

Поступила 1.07.2016

РЕЗЮМЕ**БЕЗПЕЧНИЙ МЕДИКАМЕНТОЗНИЙ АБОРТ У
ДРУГОМУ ТРИМЕСТРІ ВАГІТНОСТІ**

ПОСОХОВА С.П., ТУРЕНКО А.В.,

НАДЕЖДИН М.В., ВАПНЯРЧУК О.В.

У статті представлені результати безпечного медикаментозного переривання вагітності у другому триместрі. У всьому світі 10-15% всіх індукованих абортів відбуваються в другому триместрі, дві третини всіх серйозних ускладнень відбуваються із-за цих процедур. На сьогоднішній день не існує стандартної міжнародно-визнаної схеми проведення медикаментозного аборту в другому триместрі вагітності.

Матеріал та методи дослідження. Переривання вагітності проведено 94 жінок у другому триместрі вагітності у терміні 13-21 тижнів у зв'язку з множинними вадами розвитку плода. Схема переривання включала прийом 200 мг мифепристону перорально і через 24-48 годин застосування необхідного числа доз по 400 мкг мизопростолу сублінгвально кожні 3 години до повного вигнання плоду і посліду без хірургічного втручання та використання окситоцину.

Результати дослідження та їх обговорення. Найбільший відсоток переривання вагітності відбувався у терміні 18-21 тижнів – 72,2%. Згідно з нашими даними, кількість доз мизопростолу (від 2 до 11) для повного вигнання плоду і посліду залежало від термінів вагітності. Для жінок, що не народжували, найбільш сприятливим був термін переривання вагітності 13-15 тижнів (3 дози мизопростолу і час повного аборту до 6 годин). Для жінок, що народжували, у всіх термінах переривання вагітності середня кількість доз мизопростолу коливалася в межах 3,2 -3,75 і час повного аборту в середньому склав від 6,0 до 8,25 годин. Хірургічне втручання (вишкрібання порожнини матки) було проведено в 3 випадках - 3,2 % з причини неповного аборту і кривотечі.

Висновки. Таким чином, успішний безпечний медикаментозний аборт був у 96,8% випадків.

Ключові слова: вагітність, другий триместр, мифепристон, мизопростол, безпечний аборт.

SUMMARY

SAFE MEDICAL ABORTION IN THE SECOND TRIMESTER OF PREGNANCY

POSOKHOVA S.P., TURENKO A.V., NADEZH DIN
M.V., VAPNYARCHUK O.V.

This article presents the results of a safe medical abortion in the second trimester. Worldwide 10-15% of all induced abortions occur in the second trimester, two-thirds of all major complications occur due to these procedures. To date, there is no universal internationally agreed upon regimen for medical abortion in the second trimester of pregnancy.

Material and methods. Interruption of pregnancy conducted 94 women in the second trimester pregnancy 13-21 week in connection with multiple malformations of the fetus. Scheme interruption included administration of 200 mg of mifepristone orally and in 24-48 hours of the application of the required number of doses of 400 mcg misoprostol

sublingually every 3 hours until complete expulsion of the fetus and placenta without operative intervention and use of oxytocin.

Results. The highest percentage of abortions occurred in the period 18-21 week – 72.2 per cent. According to our data, the number of doses of misoprostol (2 to 11) for the complete expulsion of the fetus and of the placenta depended on the pregnancy. For women who did not give birth, the most favorable was the time of interruption of pregnancy of 13-15 weeks (3 doses of misoprostol and abortion up to 6 hours). For parous women, in all term of pregnancy average number of doses of misoprostol ranged from 3,2 -3,75 and abortion averaged from 6.0 to 8.25 hours. Surgical intervention (curettage) was performed in 3 cases, 3.2% for reason of incomplete abortion and bleeding.

Conclusions. Thus, a successful safe medical abortion was at 96.8% of cases.

Key words: pregnancy, second trimester, mifepristone, misoprostol, safe abortion.

УДК 618.14-006.363.03-08

РАКША І.І., КОЛЕСНІЧЕНКО І.С., БАРАНЕЦЬКА І.О.

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології НАМН України», м.Київ

СЕЛЕКТИВНІ МОДУЛЯТОРИ РЕЦЕПТОРІВ ПРОГЕСТЕРОНУ ЯК НОВИЙ КРОК В ЛІКУВАННІ ЛЕЙОМІОМИ МАТКИ

В статті вивчено вплив селективних модюляторів рецепторів прогестерону на лейоміому матки. Уліпристал ацетат є селективним модюлятором рецепторів прогестерону, поряд зі зменшенням об'єму лейоміоми, ефективно запобігає матковій кровотечі та анемії, не викликає побічних ефектів, пов'язаних з дефіцитом естрогенів.

Мета дослідження - покращити результати хірургічного лікування лейоміоми матки у жінок репродуктивного віку.

Матеріал та методи дослідження. Всім обстеженим пацієнткам проведена консервативна міомектомія лапаротомічним доступом, комплексна реабілітаційна терапія в ранньому та пізньому післяопераційному періодах, вивчені ранні та віддалені результати.

В залежності від методу лікування пацієнтки були розподілені на дві групи: I групу склали 20 жінок з лейоміомою матки, які отримували лікування уліпристал ацетатом напередодні хірургічного лікування протягом 3 місяців, II групу - 20 жінок з лейоміомою матки, яким було проведено хірургічне лікування, без застосування уліпристала ацетата.

Результати дослідження та їх обговорення. Патогенетичним чинником у виникненні лейоміоми матки є локальна гіперестрогенія, гіперпрогестеронемія з незбалансованою відносною гіперпролактинемією та зміненим співвідношенням естрадіол/прогестерон до 0,053 (в 5,4 рази вище норми).

Застосування протягом 3 місяців уліпристал ацетата перед проведенням консервативної міомектомії є патогенетично доцільним. Значне зменшення пухлини настає при розмірах міоматозного вузла від 3 см. Уліпристал ацетат пригнічує проліферативну і мітотичну активність та індукцію апоптоза.

Висновки. Призначення доопераційного лікування жінкам з лейоміомою матки призвело до нормалізації концентрації гонадотропних та статевих гормонів, дозволило зменшити крововтрату та більш ефективно провести хірургічне лікування.

Ключові слова: лейоміома матки, селективні модюлятори рецепторів прогестерону, уліпристал ацетат.