

диагностика гнойно-воспалительных заболеваний» под редакцией профессора Н. И. Коротяева, заведующего кафедрой микробиологии Кубанского государственного медицинского института. Участвовали в составлении этого пособия не только ученые: М. Л. Ханин, В. Ф. Максимов, Л. Г. Рыбкина, В. И. Койков, но и специалисты санитарно-эпидемиологической службы: Е. В. Стриханова, В. Н. Прозоровская (Ниякая), Н. И. Пономаренко и Г. И. Воеводина.

К сожалению, не всю информацию удалось найти в архивах, в последующем возможны уточнения и добавления в рассматриваемом материале. Данная статья не претендует на охват 200-летней истории санитарно-эпидемиологической и инфекционной службы на Кубани, она позволяет специалистам медико-профилактического профиля вникнуть в проблемы профилактики инфекционной заболеваемости и сравнить данную реальность с достижениями и ошибками наших коллег в прошлом.

**N. P. SAFONOV, V. N. NIYAKAYA,
A. G. KOVALSKAYA, A. S. SKORBOVENKO,
V. V. SKORBOVENKO**

TO QUESTION ABOUT STRUGGLE AGAINST INFECTIOUS DISEASE ON KUBAN

In article «To question about struggle against infectious disease on Kuban», N. P. Safonov, A. S. Skorbovenko (FGFH «the Center of hygiene and epidemiology in Krasnodar territory»), V. V. Skorbovenko (Management Rospotrebnadzor across Krasnodar territory), A. G. Kovalskaya (the Kuban state medical university), investigated the famous pages of history of creation and development quarantine, infectious and sanitary-and-epidemiologic service on Kuban during the period with IX till XX century.

В. М. СИМАНОВА, А. И. ПОНОМАРЕВА, О. Г. КОМПАНИЕЦ

АНАЛИЗ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АНТИПРОГЕСТИНОВ С ЦЕЛЬЮ ПРЕРЫВАНИЯ НЕЖЕЛАТЕЛЬНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

*Кубанский государственный медицинский университет,
медико-фармацевтическое объединение «Клиника «На здоровье», г. Краснодар*

Хирургический аборт – одна из частых причин развития гинекологической патологии и нарушения репродуктивной функции [2, 3]. С недавнего времени с целью прерывания нежелательной беременности применяются антипрогестины [1]. Мифепристон подавляет действие прогестагенов на уровне рецепторов прогестерона, способствует усилению сократительной активности миометрия с последующей отслойкой плодного яйца и его экспульсией из полости матки [7, 8]. В настоящее время в России широко применяются оригинальный препарат мифепристона мифегин (Франция) и дженерик пенкрофтон (Россия). Выявлено множество фактов, свидетельствующих о неоднозначности эффекта оригинальных препаратов и дженериков, необходимости оценки фармацевтической, фармакокинетической эквивалентности [4]. С учетом медико-социальной важности проблемы аборта [5], относительно недавнего появления в России препаратов с направленностью медикаментозного прерывания беременности представляет интерес сравнительный анализ терапевтической эквивалентности мифегина и пенкрофтона. **Целью настоящей работы** является оценка эффективности и безопасности мифегина и пенкрофтона при применении с целью прерывания нежелательной беременности.

В исследовании участвовали 104 женщины, развившие желание прервать беременность. Перед процедурой прерывания беременности всем женщинам проводилось общеклиническое обследование согласно методическим рекомендациям Минздрава РФ. У всех пациенток при первом визите на 1, 2 и 14-е сутки была взята кровь для определения уровня лютеинизирующего гормона (ЛГ) и прогестерона. Около половины пациенток прерывали первую бере-

менность (49,04%). Возрастной состав пациенток распределен следующим образом: 18–21 год – 32,69%, 22–29 лет – 44,23%, 30–35 лет – 17,31%, старше 35 лет – 5,77%. Эрозию шейки матки имели в настоящее время 19,23% женщин.

Прерывание беременности в анамнезе имели 40,38% (1 аборт – 19,23%, 2 аборта – 6,73%, 3 и более абортов – 11,54%). 2 женщины имели прерывание беременности в позднем сроке, одной ранее был произведен медикаментозный аборт. Осложнения после абортов в анамнезе в виде воспалительных заболеваний гениталий имели 12,5% пациенток.

Не использовали контрацепцию 74,04%. Из использовавших четверть женщин пользовалась гормональной контрацепцией, при этом почти все применяли препараты экстренной контрацепции, и только единицы указали на использование постоянной, что, к сожалению, соответствует общей негативной тенденции в России [6].

Прерывание беременности с помощью мифегина проводилось у 57,69% пациенток, пенкрофтона – в 42,31% случаев. При приеме антипрогестинов день задержки менструации до 7 дней – у 3 человек, 7–14 дней – у 18 человек, 14–21 дня – у 54 человек, более 21 дня – у 29 человек. Экспульсия плодного яйца в течение первых 24–35 часов произошла у 30 человек. В течение последующих двух суток – у 66 человек. И лишь у 8 человек – спустя 48 часов после приема антипрогестина. В группах пациентов, принимающих мифегин или пенкрофтон, достоверных отличий по вышеуказанным параметрам и уровню гормонов не выявлено. При ультразвуковом исследовании гипертонус миометрия был выявлен в 14,42% случаев, частичная отслойка плодного

яйца – в 8,65%, в одном случае обнаружена анэмбриония, в 14,42% случаев имелись признаки хронического воспалительного заболевания гениталий. Указанная патология не имела корреляции с течением периода медикаментозного прерывания беременности. Отмечено постепенное повышение уровня ЛГ к 14-м суткам до 8,2 mIU/ml и постепенное снижение уровня прогестерона к 14-м суткам до 0,21–0,51 ng/ml. При применении антипрогестинов ни у одной из пациенток не было тошноты и рвоты, у половины отмечались боли при начале кровянистых выделений. Нами было выявлено, что при приеме антипрогестинов в первую фазу предполагаемого менструального цикла экспульсия плодного яйца происходила в более короткий срок, не было выявлено осложнений после прерывания беременности, не потребовалось длительной реабилитации, и субъективно процедура переносилась женщинами легче; срок беременности при этом составлял от 2 до 5 недель.

Для реабилитации после медикаментозного аборта в 28,85% случаев был назначен экстракт водяного перца по 30 капель 3 раза в день в течение 7 дней. Оральные контрацептивы на 2 суток после приема антипрогестинов при отсутствии плодного яйца в полости матки по данным УЗИ были назначены в 21,15% случаев. 34,62% пациенток принимали ОК с 14-го дня прерывания беременности. В 2,88% случаев был назначен дюфастон. В 1 случае на фоне мифегина пришлось прибегнуть к вакуум-аспирации в связи с развившимся кровотечением.

Проведенное исследование свидетельствует о высокой эффективности метода медикаментозного прерывания беременности с помощью мифепристона. Проявившиеся побочные эффекты в виде болевого синдрома и кровотечения является наиболее частыми при применении этой группы клинико-фармакологической препаратов. Сравнительный анализ зависимости сроков приема мифепристона с частотой возникновения побочных эффектов и экспульсией плодного яйца свидетельствует о лучшей переносимости медикаментозного аборта при приеме антипрогестинов в первую фазу предполагаемого менструального цикла.

Вопрос идентичности действия дженериков на организм важен и для врачей, и для пациентов. Очень немногие из производителей дженериков отслеживают нежелательные эффекты своих препаратов, ответственность за побочные реакции автоматически возлагается и на оригинальный препарат [4]. В нашем исследовании не было выявлено значимых

отличий эффективности и безопасности пенкрофтона в сравнении с оригинальным препаратом мифепристона – мифегин. Использование эффективного и безопасного дженерика при существенной разнице в стоимости препаратов способствует снижению финансовых затрат на проведение медикаментозных мероприятий. Обращают на себя внимание факты низкой информированности и использования женщинами современных способов контрацепции, что требует проведения разъяснительных мероприятий.

Поступила 03.12.2006

ЛИТЕРАТУРА

1. Абрамченко В. В. Простагландины и антигестигены в акушерстве и гинекологии. Петрозаводск, 2003. С. 207.
2. Альбицкий В. Ю., Юсупова А. Н., Шарапова Е. И. Репродуктивное здоровье и поведение женщин России. Казань, 2001. С. 247.
3. Баринов С. В. Интенсивная терапия в профилактике материнской смертности при септических осложнениях аборта. Омск, 2002. С. 51.
4. Белоусов Ю. Б. Дженерикимифы и реалии // Ремедиум. 2003. № 7–8.
5. Фролова О. Г., Жирова И. А., Николаева Е. И., Волгина В. Ф., Астахова Т. М., Гатина Т. А. Аборт. Медико-социальные и клинические аспекты. М.: Триада-Х. С. 154.
6. Шашина А. И. Контрацепция. Ульяновск. 2005. С. 111.
7. Ashok P. W., Penney G. C., Flett G. M., Tepleton A. An effective regimen for early medical abortion: a report of 2000 consecutive cases. Hum. Reprod. 1998. Vol. 13. P. 2963–2965.
8. Grimes D. A. Medical abortion in early pregnancy: a review of the evidence. Obstet. Gynecol. 1997. Vol. 89. P. 790–796.

**V. M. SIMANOVA, A. I. PONOMAREVA,
O. G. KOMPANIETS**

ANALYSIS OF THE USE ANTIPROGESTINOV TO TERMONATION OF PREGNANCY

Mifegin and pencrofton were used for drug cessation pregnancy. There is no difference between action of mifegin and pencrofton with woman who wanted to discontinue pregnancy. The use of these drugs was accompanied by pain syndrome with some patients. The most part of woman do not know sufficiently about new method of drug combination oral contraception.

Key words: mifegin, pencrofton, to discontinue pregnancy, contraception.