

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДИК МЕДИЦИНСКОГО АБОРТА

К.В. Морозов

Родильный дом № 5 (главрач - Л.К. Шатаева), г. Нижний Новгород

По признанию ВОЗ (1994, 1999), аборт является серьезной проблемой в сфере охраны репродуктивного здоровья женщин. В России медико-социальная значимость аборта определяется его высокой распространенностью, значительным удельным весом в структуре причин материнской смертности и гинекологической заболеваемости. Прерывание нежелательной беременности чревато развитием серьезных осложнений, и наиболее частым из них выступает воспалительный процесс половых органов, вероятность которого увеличивается при повторном прерывании. В дальнейшем у женщин данного контингента могут возникнуть нарушения менструального цикла, бесплодие, самопроизвольные выкидыши, преждевременные роды и др. Продолжает нарастать число абортов у первобеременных женщин, которое составляет, по данным некоторых исследований, около 50% [1].

Сохраняющаяся диспропорция между частотой использования женщинами эффективных методов контрацепции и искусственных абортов с целью регуляции рождаемости позволяет считать, что проблема безопасного прерывания беременности еще долго будет оставаться актуальной. Это подтверждают и результаты изучения основных детерминант репродуктивного поведения российских женщин, которые характеризуются ранним началом половой жизни, ранним замужеством, нежеланием иметь больше одного ребенка и использованием аборта в качестве основного «контрацептива» [2].

В Нижнем Новгороде из 10 беременностей лишь 3 заканчиваются родами, а ежегодно проводится около 30–40 тысяч операций искусственного прерывания беременности, что составляет 38,5 на 1000

женщин фертильного возраста. При этом каждый четвертый аборт производится у первобеременных, а у пациенток в возрасте 15–19 лет этот показатель достигает 50%.

В рамках исследования было произведено 210 медицинских абортов женщинам в возрасте от 17 до 40 лет (в среднем 26,5 года). Средний возраст наступления менархе составлял 13,4 года. Все женщины были соматически здоровы. У 4 пациенток выявлены аномалии развития в виде двурогой матки, у 78 (37,1%) – хронический воспалительный процесс придатков в анамнезе. Все женщины предварительно были консультированы на предмет выбора метода и возможных осложнений искусственного прерывания беременности.

Пациентки были подразделены на три группы по 70 человек каждая. В 1-й группе аборт был произведен путем кюретажа полости матки, во 2-й – вакуум-аспирации, в 3-й – медикаментозного прерывания беременности. У 104 (49,5%) женщин путем медицинского аборта прерывалась первая беременность, причем в группе медикаментозного прерывания беременности этот показатель составил 55,7%. При вакуумном аборте доля первобеременных достигла 40%, а среди женщин, перенесших кюретаж полости матки, – 52,8%. Около трети всех обследованных составляли пациентки в возрасте от 16 до 19 лет, и среди них было 45% первобеременных.

На 13–14-й день после прерывания беременности всем женщинам производилось трансабдоминальное и трансвагинальное УЗИ с определением размеров матки, ее экоструктуры и величины М-эхо, а 30 пациенткам из каждой группы – биопсия эндометрия с помощью ас-

пирационной внутриматочной кюретки (пайпель) с последующим гистологическим исследованием.

В целях предотвращения воспалительных заболеваний органов малого таза всем пациенткам из группы риска при инструментальном аборте назначалась антибиотикотерапия по двум схемам: однократное интраоперационное введение и/или назначение их в послеоперационном периоде. В качестве средства для интраоперационного введения был выбран цефтриаксон из группы цефалоспоринов, в послеоперационном периоде – перорально доксициклин в течение 5 дней. Таким образом, профилактика воспалительных заболеваний была проведена у 50 (71,5%) женщин после вакуум-аспирации: у 33 (47,1%) – интраоперационно и у 17 (24,2%) – в послеоперационном периоде. После кюретажа полости матки антибиотикотерапию получили 52 (74,2%) пациентки: 35 (50%) – интраоперационно и 17 (24,2%) – в послеоперационном периоде.

В качестве одного из способов реабилитации после прерывания беременности было избрано назначение эстроген-гестагенных оральных контрацептивов начиная со дня прерывания беременности 30 женщинам из 1-й группы и 35 из 2-й.

Все пациентки находились под наблюдением в течение одного года. Были выявлены следующие осложнения: остатки плодного яйца – у 3 (4,2%) после кюретажа полости матки, у 2 (2,8%) после вакуум-аспирации плодного яйца и у одной (1,4%) после медикаментозного прерывания беременности.

Одним из наиболее частых ранних осложнений прерывания беременности были воспалительные заболевания органов малого таза: после кюретажа полости матки у 9 (12,8%), вакуумного аборта у 6 (8,5%). После медикаментозного прерывания этих осложнений не возникло.

Воспалительные заболевания после вакуумного прерывания беременности наблюдались у тех пациенток, которым не проводилась антибактериальная профилактика. В группе женщин, перенесших

кюретаж полости матки, воспалительный процесс обнаружился у одной (11,1% от общего количества септических осложнений в данной группе), которой проводилась интраоперационная антибактериальная терапия, у 2 (22,2% от общего количества септических осложнений в данной группе), принимавших антибактериальные препараты в послеоперационном периоде, и у 6 (66,6% соответственно), которым антибиотикотерапия не назначалась. Следовательно, необходимость и эффективность назначения профилактической антибиотикотерапии при выполнении инструментального прерывания беременности не вызывают сомнений. Назначение антибактериальных препаратов является, кроме того, экономически целесообразным из-за высокой стоимости лечения воспалительных процессов у женщин.

Время наступления первой после прерывания беременности менструации, ее интенсивность и длительность – основной клинический маркер восстановления функции яичников. Очередная менструация у пациенток в 1-й группе отмечалась в среднем через 34–40 дней ($37,2 \pm 3,21$), во 2-й – через 32–36 ($34,2 \pm 3,4$) дней, в 3-й – через 29–31 ($29,1 \pm 1,2$) день, т. е. после хирургического аборта и вакуум-аборта наблюдалась задержка начала первой менструации в среднем на 6–12 и 3–7 дней соответственно. Еще в 1928 г. И. Яковлев показал [3] замедление процессов регенерации и пролиферации при выскабливании матки. Эти данные были подтверждены результатами патоморфологического исследования биоптатов эндометрия, полученных с помощью аспирационной кюретки-пайпель на 13–14-й день после прерывания беременности. Пайпель-биоптаты, взятые у женщин 1-й группы, характеризовались частичной эпителизацией внутренней поверхности матки и воспалительными в ней изменениями, что свидетельствовало о резком замедлении восстановительных процессов эндометрия. После вакуум-аспирации

наблюдалось неполное восстановление маточного эпителия с задержкой его пролиферативных изменений в среднем на 6-7 дней по сравнению с таковыми после медикаментозного аборта. По результатам исследования пайпель-биоптатов, взятых после медикаментозного аборта, констатируется наличие пролиферативной фазы гистоструктуры эндометрия с незначительным (на 1-2 дня) отставанием регенерации маточного эпителия. Темпы восстановления эндометрия свидетельствуют о минимальной его травме при аборте после приема мифепристона и максимальной – после инструментального выскабливания стенок полости матки.

При наблюдении в течение 12 месяцев нарушение менструального цикла по типу гипоменструального синдрома выявлено у 2 (2,8%) пациенток после выскабливания полости матки и у одной (1,4%) после вакуумной аспирации. Гиперменструальный синдром обнаружен у 2 (2,8%) пациенток после кюретажа полости матки. У женщин, прервавших беременность медикаментозным способом, в течение 12 месяцев нарушений менструального цикла зафиксировано не было. У тех пациенток, которые принимали КОК в течение как минимум 3 месяцев, нарушений менструальной функции не возникло. Это свидетельствует о том, что репродуктивная система женщины при приеме гормональных контрацептивов легче переносит послеабортный “гормональный” стресс.

Анализ возникновения послеабортных осложнений позволил выделить следующие факторы риска их развития: хронические воспалительные заболевания внутренних половых органов (77% от общего числа ВЗОМТ в собственных наблюдениях), юный возраст при первой бе-

ременности (доля лиц в возрасте от 16 до 19 лет среди пациенток с различными осложнениями составила 45%), наличие в анамнезе неоднократных внутриматочных вмешательств (65,4% в собственных наблюдениях). Таким образом, оптимальным способом прерывания беременности является медикаментозный аборт. К преимуществам данного метода относятся высокая эффективность, снижение риска возникновения инфекционного процесса, наиболее быстрое восстановление репродуктивной системы женщины. Для предотвращения воспалительных заболеваний органов малого таза после вакуумного аборта и кюретажа полости матки необходимо назначение антибиотиков по любой из двух предложенных схем. С целью восстановления репродуктивной системы женщины и регуляции менструальной функции после инструментального прерывания беременности показан прием гормональных контрацептивов с первого дня операции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абрамченко В.В., Гусева Е.Н. Медикаментозный аборт. – «ЭЛБИ-СПБ», 2005.
2. Кулаков В.И., Вихляева Е.М., Савельева И.С. и др. Медико-консультативная помощь при искусственном аборте. – М., 2005.
3. Яковлев И. //Казанский мед. ж. – 1928. – № 4. – С. 443-449.

Поступила 12.09.07.

CLINICAL MORPHOLOGICAL ASPECTS OF DIFFERENT METHODOLOGIES OF MEDICAL ABORTION

K.V. Morozov

Summary

A comparative analysis of efficacy and safety of various methods of interruption of pregnancy at early terms of gestation was presented. Medicamentous interruption of pregnancy was shown to be the least traumatic, exerting minimal influence on the reproductive health of women. Developed was a system of prophylactic measures to decrease the risk of possible complications after abortion.