

УДК 616.39–085

А.М.Громова, В.К.Ліхачов, Л.М.Добровольська, А.А.Дудченко, О.Г.Макаров

МЕДИКАМЕНТОЗНИЙ АБОРТ ЯК ВИБІР В ЗБЕРЕЖЕННІ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я ЖІНКИ

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія» (м. Полтава)

Дане дослідження є фрагментом комплексної ініціативної теми “Особливості гомеостазу внутрішнього середовища організму жінок із гінекологічними захворюваннями і вагітних з акушерською та екстрагенітальною патологією, методів їх, консервативного та оперативного лікування на стан репродуктивного здоров'я, перебіг вагітності, пологів, післяпологового періоду, стан плода і новонародженого” (№ держреєстрації 0103U001314).

Вступ. На фоні глибокої економічної кризи питання збереження репродуктивного здоров'я населення є одним із пріоритетних напрямків системи охорони здоров'я в Україні.

Наукові дослідження з регуляції народжуваності продемонстрували взаємозв'язок між репродуктивною поведінкою жінки і станом її здоров'я. За даними UNESCO щорічно в світі виникає 185 млн. вагітностей, з яких 75 млн. є небажаними і 45 млн. закінчуються штучним абортom [2].

В більшості розвинутих країн світу з високим рівнем розвитку системи охорони здоров'я регулювання народжуваності методом штучного аборту поступилося місцем сучасним методам попередження непланованої вагітності.

Незважаючи на широке втілення сучасних методів контрацепції, кількість абортів в Україні залишається достатньо високою. Так, якщо в Іспанії кількість абортів на 1000 жінок репродуктивного віку становить 5, 7, в Нідерландах – 6, 5, в Бельгії – 6, 8, то в Україні – 18, 6 [2, 7]. В нашій країні, де рівень абортів роками перевищує рівень народжуваності [1, 3], використання безпечних методів штучного переривання вагітності є актуальним.

Механічна травма шийки матки, перфорація матки, запальні захворювання органів малого тазу, гематометра, залишки плідного яйця в матці, кровотеча, реакції на анестезію, непліддя, невиношування, позаматкова вагітність, аномалії плацентації при наступних вагітностях, порушення менструального циклу, ендометриоз, психічна травма з розвитком невротичних станів – це далеко не повний перелік можливих ранніх та пізніх

післяабортних ускладнень [5, 7, 9]. У жінок із екстрагенітальною патологією розвиток таких ускладнень особливо небезпечний [1, 3].

В 1970-1980 рр. дослідження центру Роуманвіля (Roussel Uclaf, Франція) програма вивчення стероїдів із антигормональною дією закінчилася створенням препарату міфепристон (RU 480), біологічна дія якого складається з тимчасової зворотної блокади рецепторів прогестерону в децидуальній оболонці матки. Блокада прогестеронових рецепторів в decidua веде до припинення прогестеронової підтримки ендометрію та маткової кровотечі [4, 5, 9]. В 1982 р. в Женеві провели перші клінічні дослідження препарату. В 1988 р. Франція, а потім і Китай стали першими країнами, що дозволили використання міфепристону в поєднанні з простагландином E1(мізопростол) для переривання вагітності малих термінів.

За оцінкою міжнародних експертів на 2003 рік у світі було проведено понад 20 млн. медикаментозних абортів, з них значна частина виконана в Китаї, більше 1 млн. – в Європі, понад 50 тис. – в США [8].

В Україні використання абортіндукуючих препаратів проводиться з 2003 р.

Метою нашого дослідження була оцінка клінічної ефективності та безпечності препаратів міфепристон (міфоліан) та міролют, мізоньювел (мізопростол) при виконанні медикаментозного переривання вагітності в порівнянні з хірургічним абортom.

Об'єкт і методи дослідження. Під наглядом знаходилося 526 жінок віком від 16 до 41 року, у яких протягом 2003 – 2009 років вагітність була перервана в гінекологічному відділенні Полтавського міського клінічного пологового будинку медикаментозним шляхом – основна група (ОГ) та 100 пацієнток, яким був проведений хірургічний штучний аборт – контрольна група (КГ).

Використовувалась загальноновизнана методика медикаментозного переривання вагітності, регламентована наказами МОЗ України №192 від 05.05.2003 р. та №782 від 29.12.05 р.(6). Прийом 600 мг міфепристону та динамічне спостереження протягом 1 – 2 годин проводилось в умовах денного

стаціонару гінекологічного відділення. Через 36 – 48 годин жінка в клініці приймала 400 мг міролуту. З метою попередження інфекційних ускладнень всім жінкам відразу після виходу плідного яйця призначались антибіотики (азіцин по 0, 5 г 1 раз на добу протягом 3 днів або ципролет 500 по 1 табл. двічі на добу протягом 5 днів) та вокадін щоденно по 1 таблетці в піхву 10 днів. Обов'язковий контрольний візит з проведенням УЗД та післяабортним консультуванням із вибором методу контрацепції призначався через 10 – 14 днів.

Результати досліджень та їх обговорення. Середній вік жінок ОГ та КГ практично не відрізнявся і становив відповідно 26, 7 ± 5 , 4 та 28, 2 ± 4 , 8 ($p > 0, 05$), але тих, що не народжували в ОГ було на 23, 3% більше, ніж в КГ ($p < 0, 05$). 69 (13, 1%) вагітних ОГ медикаментозний метод переривання вагітності обирали не вперше. Термін вагітності у жінок, яким проводили медикаментозний аборт, в середньому становив 4, 0 ± 0 , 7 тижні, в КГ – 8, 7 ± 2 , 8 тижні.

У вагітних ОГ після застосування міфепристону кровотеча в середньому почалася через 44, 6 ± 6 , 8 години, причому у 202 (38, 4, %) з них вона виникла напередодні прийому мізопростолу. Хоча у 65 (12, 4%) пацієнток викидень відбувся лише під впливом антипрогестеронового препарату, прийом мізопростолу проводився з метою виконання протоколу методики медикаментозного переривання вагітності.

Тривалість кров'янистих виділень після абортів у жінок ОГ становила в середньому 6, 9 ± 2 , 4 дні, в той час, як в КГ – 3, 7 ± 2 , 2 дні ($p < 0, 05$). У 15 (2, 3%) жінок ОГ кровотеча, що мала місце в післяабортному періоді, потребувала медикаментозної корекції (додатковий прийом 400 мг мізопростолу).

Виконання медикаментозного переривання вагітності у деяких жінок супроводжувалось появою неприємних відчуттів, виникнення яких відбувалось переважно після прийому простагландину. Так, 212 (40, 3%) пацієнток скаржились на нудоту, у 54 (10, 2%) з'явилася блювота, у 182 (34, 6%) – головокружіння, у 321 (61, 0%) відмічались переймоподібні болі внизу живота (переважно це були жінки, що не народжували). В жодному випадку перераховані побічні дії мізопростолу не потребували медикаментозної корекції.

Контрольне ультразвукове дослідження, яке проводилось жінкам ОГ на 10 – 14 добу післяабортного періоду, констатувало товщину м-ехо в середньому 7, 5 ± 2 , 8 мм. У 4 (0, 7%) вагітних діагностувався викидень, що не відбувся, з приводу чого проводилось хірургічне видалення плідного яйця.

Порівнювальний аналіз ускладнень, які виникли при перериванні вагітності у жінок обох груп, показав, що залишки плідного яйця в матці діагностувались лише у 3 (3%) жінок КГ, гематометра у них відмічалась майже в 4 рази частіше ($p < 0, 05$), ніж в ОГ. При проведенні медикаментозного абортів не було зареєстровано жодного випадку інфекційного ускладнення, в той час, як 6 (6%) жінкам КГ проводилось лікування ендометриту.

Всім жінкам після переривання вагітності рекомендувалася післяабортна контрацепція. У 484 (92, 0%) ОГ поновлення менструального циклу відбулося своєчасно, у 2 (0, 3%) при відсутності очікуваної менструації діагностувалась нова вагітність. Серед жінок КГ затримка наступної менструації діагностувалась майже вдвічі частіше ($p < 0, 05$).

Висновки.

1. Медикаментозний аборт являє собою сучасний найбезпечніший фізіологічний метод переривання незапланованої вагітності малого терміну, який не залежить від хірургічної кваліфікації лікаря, не передбачає використання наркозу і механічного травмування цервікального каналу та ендометрію.

2. Медикаментозний аборт – безпечна альтернатива хірургічному абортів, легко переноситься пацієнткою, істотно знижує стресогенність переривання вагітності та кількість післяабортних ускладнень.

Перспективи подальших досліджень. В подальшому планується дослідження віддалених наслідків медикаментозного абортів на загальносоматичне та репродуктивне здоров'я жінок.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Абашин В.Г. Прерывание беременности в первом триместре препаратом Мифегин / Абашин В.Г., Кузнецова Т.В., Петросян А.С. и др. // Акушерство и гинекология.-2000.- №6.-С.40-42.
2. Адамова Г.М. Навчальний курс по плануванню сім'ї та репродуктивному здоров'ю / Адамова Г.М., Аста-Марія Кенней, О.М. Бабенко та ін. // Посібник для викладача. Разом до здоров'я. Проект покращення планування сім'ї та репродуктивного здоров'я в Україні.-Київ:2006.- 633 с.
3. Жук С.И. Медикаментозный аборт: опыт применения и перспективы / Жук С.И., Додон И.Э. // Репродуктивное здоровье женщины.-2003.-№2.-С.12-13. 3. С.И. Жук Преемственность и преимущества медикаментозного прерывания беременности у женщин с экстрагенитальной патологией // Репродуктивное здоровье женщины.- 2004.-№1.-С.93-96.
4. Каримова Ф.Д. Профилактика искусственного аборта / Каримова Ф.Д. // Акушерство и гинекология.-2001.- №2.-С.55-56.
5. Наказ МОЗ України № 782 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги» від 29.12.2005 р.
6. Посохова С.П. Медикаментозный аборт – реальный выбор сохранения репродуктивного здоровья женщины /

- Посохова С.П., Гуменюк Л.Й., Николаева С.В. // Здоровье женщины.-2009.-№6.-С.50-53.
7. Синчихин С.П. Оценка эффективности алгоритма медикаментозного прерывания беременности и постабортной реабилитации / Синчихин С.П., Мамиев О.Б. // Гинекология.- 2008.-№1, Т. 10. – С.18-22.
8. Newhall E.P. Abortion with mifepristone and misoprostol: Regimens, efficacy, acceptability and future directions. / Newhall E.P., Winkoff B. // Am. J. Obstet. Gynecol.-2000; 183, 2: 44-53.

УДК 616.39–085

МЕДИКАМЕНТОЗНЫЙ АБОРТ КАК ВЫБОР В СОХРАНЕНИЕ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИНЫ

Громова А.М., Лихачев В.К., Добровольская Л.Н., Дудченко А.А., Макаров О.Г.

Резюме. В статье представлены данные об оценке клинической эффективности и безопасности медикаментозного прерывания беременности с помощью препаратов мифепристон (мифолиан) та миролут, мизоньювел (мизопростол) в сравнении с хирургическим абортom. В исследовании установлено, что медикаментозный аборт может считаться безопасной альтернативой хирургическому аборту, легко переносится пациенткой, существенно снижает стрессогенность прерывания беременности и уровень постабортных осложнений.

Ключевые слова: медикаментозный аборт, мифепристон, мизопростол, постабортные осложнения

UDC 616.39–085

MEDICINAL ABORTION AS CHOICE IN THE PRESERVATION OF REPRODUCTIVE HEALTH OF WOMEN

Gromova A.M., Lihachov V.K., Dobrovolskaya L.N., Dudchenko A.A., Makarov O.G.

Summary. It is information about clinical efficiency and safety of the medicine interruption of pregnancy with using myphepreston (mypholian) and myrolut (mysoprostol) in comparison with surgical artificial abortion. Medicine interruption of pregnancy by myphepreston (mypholian) and myrolut (mysoprostol) is safety alternative by surgery abortion, easy for women, and has lower level of postabortion complications.

Key words: medicine interruption of pregnancy, myphepreston, mysoprostol, postabortion complications.

Стаття надійшла 11.11.2009 р.