

2. Структура аномалий родовой деятельности зависит от варианта инфекционного процесса. При микоплазменной инфекции преобладают слабость и дискоординация СДМ, при хламидийной — гиперактивность матки. При смешанной хламидийно-микоплазменной инфекции в структуре аномалий родовой деятельности в равной пропорции присутствуют все виды нарушений. Для неспецифических процессов наиболее типична слабость родовой деятельности.

3. Выявленные особенности должны учитываться при прогнозировании риска аномалий СДМ у женщин с хроническими урогенитальными инфекциями.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абрамченко В. В. Феномен обратимой дисфункции миометрия и отсроченного восстановления сократительной способности матки // Журнал акушерства и женских болезней. — 2001. — № 2. — С. 16 — 20.
2. Качалина Т. С. Дифференцированные подходы к лечению беременных из групп риска развития внутриутробного инфицирования плода/ Т. С. Качалина, Н. Ю. Каткова, Г. О.Гречканев // Акушерство и гинекология. — 2001. — № 5. — С.19—23.
3. Макаров О. В. Современные представления о внутриутробной инфекции/О.В.Макаров, И. В.Бахарева, А. Н.Таранец //Акушерство и гинекология. — 2004. — № 1. — С.10—12.
4. Мальцева Л. И. Клиническое значение изменений миометрия у беременных с хронической специфической урогенитальной инфекцией/ Л. И. Мальцева, Т. П. Зефирова // Российский вестник акушеров-гинекологов. — 2006. — № 1. — С.38-42.
5. Питулова Н. Р. Роль урогенитальных инфекций в нарушении созревания шейки матки у беременных женщин // Конференция молодых ученых КГМА. Тезисы докладов. — Казань. — 2004. — С. 213-215.
6. Савичева А. М. Урогенитальный хламидиоз у женщин и его последствия / А. М. Савичева, М. А. Башмакова; Под ред. Э. К. Айламазяна. — Ниж. Новгород.: НГМА, 1998. — 182 с.

7. Сидорова И. С. Физиология и патология родовой деятельности.— М.: МЕДпресс, 2000.— 320 с.

8. Фоганова И. Ю. Роль микоплазменной инфекции в акушерстве и гинекологии // Гинекология. — 2000. — Т. 2, № 3. — С. 34-37.

9. Фомичева Е. Н. Урогенитальный хламидиоз: особенности течения беременности, родов, послеродового периода и перинатальные исходы: Автореф. дис. канд. мед. наук. — М., 1997. — 22 с.

10. Alvi S. A. Stimulation of prostaglandin production from intact human fetal membranes by bacteria and bacterial products/ S. A. Alvi, P. R. Bennet, M. G. Elder, et al // Placenta. — 1998. — Vol.19. — P. 301-306.

11. Bogavac M. Chlamydia trachomatis-a possible cause of premature labor/ M. Bogavac, S. Aleksic, A. Radulovic // Med. Pregl. — 2002. — V. 55, № 3-4. — P. 146-148.

12. Mackler A. M. Effects of endotoxin and macrophage-related cytokines on the contractile activity of the gravid murine uterus/ A. M. Mackler, T. C. Ducsay, C. A. Ducsay, S. M. Yellon // Biol Reprod. — 2003. — V. 69, № 4. — P. 1165-1169.

13. Mark S. P. Chorioamnionitis and uterine function/ S. P. Mark, M. S. Croghan-Minihane, S. J. Kilpatrick // Obstet. Gynecol. 2000. — V. 95, № 1. — P. 909-912.

14. Maul H. Nitric oxide and its role during pregnancy: from ovulation to delivery / H. Maul, M. Longo, G. R. Saade, R. E.Garfield // Curr. Pharm. Des. — 2003. — V. 9, № 5. — P. 359-380.

15. Moutquin J. M. Maternal genital infections and premature delivery // J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. — 2000. — V. 29, № 3. — P. 302-305.

16. Numazaki K. Current problems of perinatal Chlamydia trachomatis infections / J. Imm. Based Therap. Vaccines. — 2004. — V. 110, № 11. — P. 1025-1028.

17. Rauk Ph.N. Oxytocin Signaling in Human Myometrium Is Impaired by Prolonged Exposure to Interleukin-1/ Ph.N. Rauk, J.-P. Chiao// Biol. of Reprod. — 2000. — V.63. — P.846-850.

Сравнительная характеристика частоты осложнений, возникающих при прерывании беременности ранних сроков методом вакуум-аспирации и медикаментозным методом с помощью препарата мифепристон

Л. И. МАЛЬЦЕВА, Л. А. ЛОБОВА, Э. Р. ИДИЯТУЛЛИНА
Кафедра акушерства и гинекологии № 1 КГМА

В Российской Федерации аборт до настоящего времени продолжает оставаться наиболее распространенным методом регулирования рождаемости. Аборт является не только гормональным и психоэмоциональным стрессом для женщины, но и фундаментом, на котором появляются гинекологические, соматические заболевания, осложнения последующих беременностей и родов, бесплодие. В связи с высоким процентом осложнений аборта особую актуальность приобретает поиск наиболее безопасных методов прерывания беременности. Альтернативой искусственному хирургическому аборту в настоящее время является медикаментозный метод прерывания беременности при помощи мифепристона — синтетического стероидного препарата, обладающего антипрогестагенным действием.

Целью настоящего исследования явилось сравнение характера и частоты осложнений, возникающих при прерывании беременности ранних сроков методом вакуум-аспирации и фармакологическим методом с помощью препарата мифепристон. Оценка

целесообразности, эффективности и безопасности использования антигестагенов («Мифегин», «Пенкрофтон») в качестве альтернативного метода прерывания беременности.

Проведено обследование 356 женщин в возрасте от 14 до 45 лет на сроке беременности от 2 до 7 недель. В зависимости от выбранного метода прерывания беременности все они были разделены на 2 группы:

1 группа — 120 женщин, прервавших беременность медикаментозным методом.

2 группа — 236 женщин, прервавших беременность методом вакуум-аспирации.

Всем женщинам 2 группы прерывание беременности было выполнено на сроке 4-5 недель беременности, а женщины 1 группы были разделены на 3 подгруппы:

1 подгруппа — срок беременности 2-3 недели — 36 женщин,

2 подгруппа — срок беременности 4-5 недель — 60,

3 подгруппа — срок беременности 6-7 недель — 24.

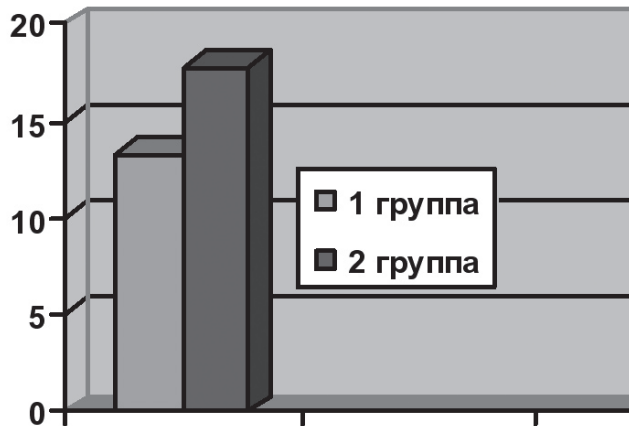


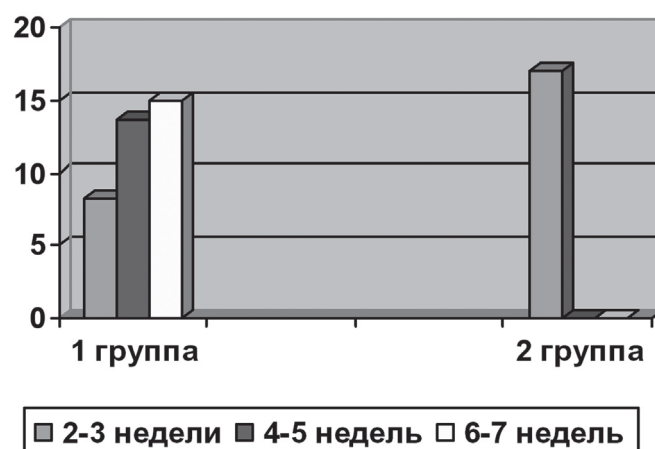
Диаграмма 1. Частота послеабортных осложнений, развившихся при прерывании беременности методом вакуум-аспирации и медикаментозным методом

Обследование женщин включало: тщательный сбор анамнеза с выявлением противопоказаний к медикаментозному аборту, мазок на исследование влагалищной флоры, общий анализ крови, резус-фактор, кровь на ВИЧ, HBS и HBC - антигены и RW, УЗИ-исследование для подтверждения маточной беременности.

После полного клинико-лабораторного обследования женщин перорально однократно назначали 600 мг мифепристона. Повторное посещение врача через 48 часов для приема простагландинов (ПР Е2). Изучение анамнеза выявило, что средний возраст женщин 1 группы составил 26,8 лет, 2 группы — 27,9 лет, причем юных (до 18 лет) среди женщин 1 группы — 4,76%, 2 группы — 5,1%. Количество перво- и повторнوبرеменных также значительно не различается: в 1 группе 38% первобеременных и 62% повторнوبرеменных, во 2 — 36% первобеременных и 64% повторнوبرеменных. Среди женщин, которые предпочли прервать беременность фармакологическим методом, студентов в 1,7 раза больше, чем во 2 группе, а школьников в 3,7 раза меньше, что, возможно, обусловлено экономическими причинами. В остальных социальных группах значимых различий не выявлено (таблица 1).

Таблица 1. Социальный статус женщин, прерывающих беременность, %.

Социальный статус	Медикаментозный метод	Метод вакуум-аспирации
Студенты	27,6	16,5
Служащие	43,6	45,8
Домохозяйки	24,7	29,66
Частные предприниматели	3,8	4,2
Школьники	0,9	3,4



Несмотря на то, что в группе женщин, отдавших предпочтение медикаментозному методу, аборт в анамнезе на 5,8% меньше, чем у женщин, прервавших настоящую беременность методом вакуум-аспирации (58,4% и 64,2% соответственно), осложнений предыдущих мини-абортов (гематометра, сальпингофорит, кольпит, дисфункция яичников, мастопатия, бактериальный вагиноз) у них практически в 2 раза больше, что, вероятно, и послужило причиной для выбора фармакологического метода прерывания данной беременности (таблица 2).

Таблица 2. Осложнения предыдущих беременностей, %

Характер осложнений	1 группа	2 группа
Гематометра в анамнезе	9,2	4,2
Сальпингофорит	12,3	5,1
Кольпит	35,2	11,9
Дисфункция яичников	2,8	0,4
Мастопатия	1,6	0,4
Бактериальный вагиноз	27,6	14
Миома матки	2,8	4,2
Аденомиоз	0,9	1,7

Обращает внимание, что миома матки и аденомиоз у женщин 2 группы встречается в 2 раза чаще, чем у женщин 1 группы. При детальном анализе обнаружено, что эти заболевания сформировались у пациенток, имеющих в анамнезе 3 и более аборта.

Осложнения настоящего аборта развились у 17,8% женщин, прервавших беременность методом вакуум-аспирации, и у 13,3%, сделавших медикаментозный аборт. При сравнительном анализе осложнений, развившихся после аборта, выявлено, что после выполненной вакуум-аспирации беременность прогрессирует в 2,6 раза чаще, гематометра формируется в 1,8 раза чаще, дисфункция яичников развивается в 1,6 раза чаще, чем после приема мифепристона, хотя кровотечений у женщин 1 группы было зарегистрировано на 0,3% больше, чем у пациенток 2 группы. Обращает внимание, что после вакуум-аспирации плацентарные полипы образуются в 3,4% случаев, а после медикаментозного аборта у 2,5% женщин формируются децидуальные полипы (таблица 3).

Таблица 3. Частота осложнений, возникающих при прерывании беременности методом вакуум-аспирации и медикаментозным методом с помощью препарата мифепристон.

Характер осложнений	1 группа		2 группа	
	п	%	п	%
Осложнений всего	16	13,3	42	17,8
Беременность прогрессирует	1	0,8	5	2,1
Неполный аборт	3	2,5	6	2,5
Кровотечение	2	1,7	3	1,3
Гематометра	3	2,5	11	4,6
Признаки начинающегося эндометрита	3	2,5	6	2,5
Плацентарные полипы	-	-	8	3,4
Децидуальные полипы	3	2,5	-	-
Дисфункция яичников	1	0,8	3	1,27

При детальном анализе характера и частоты осложнений, развившихся после прерывания беременности фармакологическим методом на различных сроках, выявлено, что наибольший процент осложнений наблюдается у женщин 3 подгруппы (15%). Для пациенток, прервавших беременность на сроке 6-7 недель, наиболее характерны следующие осложнения: неполный аборт, прогрессирующая беременность. Дисфункция яичников сформировалась у одной пациентки, которая не выполняла врачебных назначений и не принимала оральные контрацептивы после выполненного аборта. У женщин, которым аборт был выполнен на сроке 4-5 недель, осложнения развивались несколько реже (13,6%), однако, децидуальные полипы сформировались у 4,5%. Наименьшее количество осложнений наблюдалось у беременных 1 подгруппы (8,3%) (таблица 4).

Диаграмма 3.

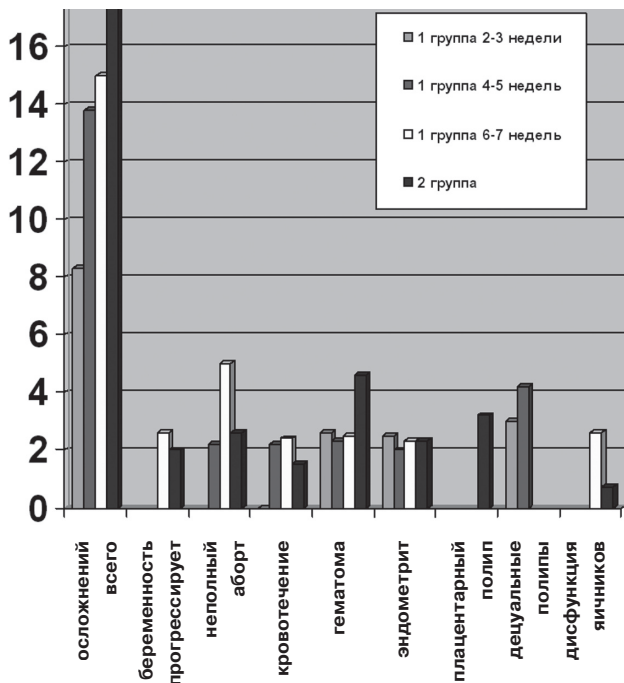


Таблица 4. Характер и частота осложнений, возникающих при прерывании беременности фармакологическим методом в зависимости от срока беременности.

Характер осложнений	1 подгруппа		2 подгруппа		3 подгруппа	
Срок беременности	2-3 недели		4-5 недель		6-7 недель	
	n=36	%	n=44	%	n=40	%
Осложнений всего	3	8,3	6	13,6	6	15
Беременность прогрессирует	-	-	-	-	1	2,5
Неполный аборт	-	-	1	2,3	2	5
Кровотечение	-	-	1	2,3	1	2,5
Гематома	1	2,7	1	2,3	1	2,5
Признаки начинающегося эндометрита	1	2,7	1	2,3	1	2,5
Децидуальные полипы	1	2,7	2	4,5	-	-
Дисфункция яичников	-	-	-	-	1	2,5

У перво- и повторнобеременных женщин, прервавших беременность фармакологическим методом, % осложнений значимо не отличался, тогда как у первобеременных женщин 2 группы осложнения аборта, такие, как неполный аборт, гематома, плацентарный полип, прогрессирующая беременность встреча-

лись практически в 3 раза чаще, чем у повторнобеременных этой группы. Частота осложнений среди первобеременных женщин, прервавших беременность методом вакуум-аспирации, выросла, вероятно, за счет юных первобеременных — девочек-школьниц. Начинающиеся признаки эндометрита были зарегистрированы в 2,75 раза, чаще среди повторнобеременных женщин этой группы.

При сравнительном анализе числа и характера осложнений у первобеременных женщин, воспользовавшихся разными методами прерывания беременности, было выявлено, что прогрессирование беременности в 1,5 раза, неполный аборт в 2 раза, гематомы в 1,9 раза, чаще наблюдались у первобеременных 2 группы. Однако, у первобеременных, которые провели медикаментозный аборт, признаки начинающегося эндометрита развивались в 1,8 раза чаще, чем у первобеременных, прервавших беременность методом вакуум-аспирации (2,2 и 1,2 % соответственно). Гематомы у первобеременных 1 группы в 3 раза чаще диагностировались, чем у повторнобеременных этой группы, что, вероятно, обусловлено особенностью сокращения внутреннего маточного зева у юных первобеременных (таблица 5).

Таблица 5. Частота послеабортных осложнений, встречающихся при прерывании беременности методом вакуум-аспирации и медикаментозным методом у первобеременных и повторнобеременных женщин.

Характер осложнений	1 группа				2 группа			
	I		II		I		II	
	n=46	%	n=74	%	n=85	%	n=151	%
Осложнений всего	6	13	10	13,5	23	27,1	19	12,6
Беременность прогрессирует	1	2,2	-	-	3	3,5	2	1,3
Неполный аборт	1	2,2	2	2,7	4	4,7	2	1,3
Кровотечение	1	2,2	1	1,4	-	-	3	2
Гематометра	2	4,3	1	1,4	7	8,2	4	2,6
Признаки начинающегося эндометрита	1	2,2	2	2,7	1	1,2	5	3,3
Плацентарные полипы	-	-	-	-	5	5,9	3	2
Децидуальные полипы	-	-	3	4,1	-	-	-	-
Дисфункция яичников	-	-	1	1,4	3	3,5	-	-

Таким образом, в результате обследования установлено, что осложнения аборта развивались у женщин всех групп и зависели как от анамнеза, срока прерывания беременности, так и от поведения пациенток после аборта (выполнения рекомендаций и врачебных назначений). Результаты проведенного анализа свидетельствуют о том, что медикаментозный аборт является наиболее эффективным и безопасным методом прерывания беременности как у повторнобеременных, так и у юных первобеременных. Так как частота осложнений при проведении фармакологического аборта возрастает с увеличением срока беременности, то оптимальным являются более ранние сроки, 2-3 недели, 4-5 недель беременности. Медикаментозный аборт целесообразно использовать в качестве альтернативного метода прерывания беременности.

Аутоиммунные нарушения у женщин с отягощённым акушерским анамнезом как фактор риска неблагоприятных исходов беременности

Р. С. ЗАМАЛЕЕВА, М. А. НЮХНИН, А. Б. ПОЛЕТАЕВ

Кафедра акушерства и гинекологии 1 Казанской государственной медицинской академии

В настоящее время актуальность проблемы репродуктивного здоровья женщин не вызывает сомнения. (В. И. Кулаков,

О. Г. Фролова, 1998, Л. И. Мальцева, 2006). В современных условиях на фоне резкого падения рождаемости, повышения смерт-