

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО И МЕДИЦИНСКОГО АБОРТОВ

Ю.Н. Попова, С.И. Кулинич, Э.Н. Стриганова

(Иркутский государственный институт усовершенствования врачей, ректор — д.м.н., проф. В.В. Шпрах, кафедра акушерства и гинекологии, зав. — д.м.н., проф. С.И. Кулинич)

Резюме. С целью комплексной оценки ранних и поздних осложнений после использования препарата мифепристон для прерывания беременности на ранних сроках, нами было проведено на базе Иркутского городского перинатального центра за 1 год 45 медикаментозных аборт (основная группа). Группу сравнения составили проанализированные ретроспективно истории болезни 82 женщин после искусственных абортов за этот же год. Контрольная группа представлена ретроспективно проанализированными 68 историями болезни после медикаментозного аборта за октябрь — декабрь 2009 г. из Центра молекулярной диагностики. Эффективность медикаментозного аборта по нашим данным составляет в контролируемых условиях 95,6%. Число ранних осложнений было в 3 раза меньше, чем при абортах в отсутствие таких условий, а также применении несертифицированных препаратов и несоблюдении сроков гестации (4,4% против 14,5%).

Ключевые слова: медикаментозный аборт, искусственный аборт, мифепристон, мизопростол, эмбриональные ворсины хориона, децидуальная ткань.

COMPARATIVE ANALYSIS OF COMPLICATIONS OF DRUG-INDUCED AND THERAPEUTIC ABORTIONS

S.I. Kulnich, Y.N. Popova, E.N. Striganova.

(Irkutsk State Institute for Postgraduate Medical Education)

Summary. In one year we have done 45 drug-induced abortions (main group) in GPC base, for estimation of efficiency of mifepriston as drug to induce abortion on early stage (up to 42 days of amenorrhea) along with complex analysis of early and late complications. There are 82 women with retrospectively analyzed medical reports after therapeutic abortions for same year in comparison group (information provided by GPC). As well there are 68 retrospectively analyzed medical reports after drug-induced abortions for October–December 2009 data provided by Molecular Diagnostic Center. Efficiency of drug-induced abortion under controlled conditions is 95.6% according to our information. Number of early complications was 3 times less comparing to abortions under not controlled conditions along with usage of non-certified and not following gestation period (4.4% against 14.5%).

Key words: Drug-induced abortion, therapeutic abortion, mifepriston, mizoprostol, embryonic chorionic villi, decidual membrane.

Аборт наиболее распространенная проблема в акушерской практике, частота его в мире — 40–50 млн. в год, в том числе в России, за 2007 год было произведено около 1 млн. 400 тыс. абортов [4]. Статистические данные по регионам России свидетельствуют о том, что каждая шестая женщина нуждается в медицинской помощи в связи с осложнениями после аборта. У 10–20% женщин это воспалительные заболевания женских половых органов, которые возникают как в раннем, так и позднем послеабортном периодах. Эндокринные заболевания развиваются в основном в более отдаленные сроки у 40–70% [3]. Учитывая демографическую ситуацию в России в последние годы, особенно тревожно сочетание данных показателей с ростом патологии репродуктивной системы современных женщин. Таким образом, на сегодняшний день приоритетными задачами акушера-гинеколога становятся снижение числа абортов, где ведущим направлением является широкое распространение современных и эффективных методов контрацепции, а также сохранение репродуктивного здоровья женщины. Так как женщины все же продолжают регулировать рождаемость с помощью абортов, то на первое место выходит задача поиска безопасных путей прерывания беременности с сохранением репродуктивного здоровья и отказ от устаревших технологий (дилатации и кюретажа).

Использование специальных расширителей шейки матки ведет к травматизации ее нервно-мышечного аппарата и способствует развитию истмико-цервикальной недостаточности и инфицированию.

В последнее время наряду с традиционным хирургическим прерыванием беременности и мини-абортом во многих странах мира все большее число женщин прибегают к медикаментозному аборту с использованием антипрогестеронов. В России использование этого метода разрешено с применением мифепристона при сроках, не превышающих 42-дневного срока беременности.

Механизм abortивного действия мифепристона основан на его антипрогестероновом эффекте, обу-

словленном блокированием действия прогестерона на уровне рецепторов эндо- и миометрия, что в свою очередь приводит к подавлению развития трофобласта, повреждению и отторжению децидуальной оболочки, появлению маточных сокращений и кровотечения [2].

Медикаментозное изгнание плодного яйца является менее травматичным по сравнению с кюретажем или вакуум-эксхолеацией (М.В. Коваленко, 1998). Однако, с другой стороны, при медикаментозном аборте следует ожидать более длительного нахождения отторгшихся некротических тканей в полости матки и более значительного объема потери крови после него, и это состояние является хорошей питательной средой для патогенной флоры. Поэтому, представляется актуальным сравнительное изучение осложнений после различных методов прерывания беременности.

Метод вакуум-эксхолеации в 95% случаев также заканчивается кюретажем, и в дальнейшем мы не будем разделять эти два метода, обозначая их как искусственный аборт.

Состав микрофлоры влагалища беременной женщины является фактором, оказывающим непосредственное влияние на развитие инфекционно-воспалительных осложнений во время аборта [1]. Используемый в большинстве случаев метод качественной полимеразной цепной реакции (ПЦР) для оценки состава урогенитальной микрофлоры не дает должной информации, так как условно-патогенные микроорганизмы могут присутствовать как при патологических состояниях, так и в норме. Решающее значение имеет количественная оценка условно-патогенных микроорганизмов в сравнении с нормофлорой. Отклонения в биоценозе влагалища различной степени выраженности требуют лечения для профилактики инфекционных осложнений, связанных с условно-патогенными агентами.

Цель исследования — изучить частоту, структуру, клинические особенности осложнений после медикаментозного и искусственного абортов, определить

влияние этих методов прерывания беременности на состояние шейки матки.

Материалы и методы

С целью оценки эффективности препарата мифепристон для прерывания беременности на ранних сроках (до 42 дней аменореи), а также комплексной оценки ранних и поздних осложнений нами было проведено на базе ГПЦ за 1 год 45 медикаментозных аборт (основная группа). Группа сравнения выбрана ретроспективно по историям болезни 82 женщин после искусственных абортов за этот же год. Контрольная группа представлена из 68 женщин после медикаментозного аборта за октябрь — декабрь 2009 г. из Центра молекулярной диагностики.

Средний возраст женщин контрольной группы составил $27,0 \pm 3,4$ (от 18 до 36 лет). Изучен соматический и гинекологический анамнез. Сопутствующая соматическая патология имела место у 12 (17,6 %) пациенток без тяжелых экстрагинеальных болезней. Гинекологические заболевания были выявлены у 9 (13,2%): у 5 рубец на матке (после операции кесарева сечения), у 4 — субсерозные и интерстициальные узлы (диаметр узлов не превышал 3 см, а общий объем матки 8 недель), у всех 9 пациенток обнаружен хронический цервицит, ассоциированный с бактериальным вагинозом и трихомонозом.

При сравнительном анализе основной и группы сравнения установлено, что они были однородными по возрастному составу, при этом большинство женщин находилось в возрастной группе 21–30 лет (81,0%). Частота соматической патологии в обеих группах была практически одинаковой (22,5% и 19,0%). Общая гинекологическая заболеваемость в группе проспективного обследования составила 13,5%, включая 1 пациентку с полным удвоением полового аппарата, ретроспективного — 10,0%. Количество повторно- и первобеременных в обеих группах не отличалось и составляло 60% и 40% соответственно.

113 женщин (45 основной группы и 68 контрольной) перед медикаментозным абортм обследованы по протоколу: тест на беременность, УЗИ, общий анализ крови, ВИЧ, реакция Вассермана (RW), группа крови, HBsAg, HCVAg, мазок на флору и онкоцитологию из цервикального канала шейки матки.

Аборт проводился в сроки: у 18 (15,9%) — в 4–5 недель, у 95 (84,0%) — в 5–6 недель беременности. Пациентки получали препараты по общепринятой схеме: 600 мг мифепристона внутрь, затем через 24 часа 400 мг мизопростол 2 раза с интервалом 3 часа под наблюдением врача. Схемы приема препаратов однозначны в обеих группах.

С пациентками основной группы поддерживалась постоянная телефонная связь (оценка начала изгнания плода, болевого симптома, степень кровопотери). Плодное яйцо собиралось пациенткой во флакон с 40% раствором формалина для гистологического исследования. Ультразвуковое исследование проводилось дважды на 3–4 и 12–14 дни после прерывания беременности. При этом оценивалось содержимое полости матки на наличие остатков плодного яйца, крови, толщины и однородности эндометрия.

45 женщинам после медикаментозного аборта (основная группа) и 82 женщинам после искусственного аборта (группа сравнения) была проведена кольпоскопия до прерывания беременности и через 2 месяца после ее прерывания на кольпоскопе «Sensitesc» с увеличением в 10 раз после обработки эпителия шейки матки 5% раствором уксусной кислоты.

Исследованы с помощью тест системы «Фемофлор» соскобы со стенок влагалища от 113 женщин (основной и контрольной групп). Одновременно с исследованием методом ПЦР проводили бактериоскопию биотопа. Заключение о состоянии вагинального биоценоза составили с учетом результатов ПЦР и микроскопии.

Результаты и обсуждение

В основной группе изгнание плода при медикаментозном аборт произошло на 2 день у 4 (8,8%), на 3 день у 41 (91,1%) женщин. Кровянистые выделения продолжались до 10 дней у 13 (28,8 %), до 20 дней у 30 (66,6%), у 2 (4,4%) до 30 дней в виде мажущих кровянистых выделений. У женщин с кровянистыми выделениями до 10 дней кровоостанавливающая терапия не проводилась. При продолжающихся кровянистых выделениях свыше 10 дней, женщины получали симптоматическое лечение (этамзилат, транексамовую кислоту, настой крапивы) до гемостаза, у 1 пациентки проведен гормональный гемостаз КОК — на 30 день с хорошим эффектом. Нами не выявлено достоверных изменений уровня гемоглобина (г/л) до и после прерывания беременности, несмотря на длительные кровянистые выделения, он сохранялся в пределах 132–140 г/л.

Болевой синдром при изгнании плода купировался дротаверином или анальгетиками, был выражен у нерожавших женщин.

Ранние осложнения в основной группе были у 4 (8,8%) женщин в виде остатков плодного яйца. У 1 пациентки на прием препаратов возникла рвота с коллапсом, аборт завершен инструментально. У 2 (4,4%) остатки плодного яйца, выявленные при УЗИ исследовании, изгнаны дополнительным приемом 400 мг мизопростол, матка опорожнилась полностью. У 1 пациентки действие мифепристона и дополнительной сокращающей терапии не оказали должного эффекта, по данным УЗИ выявлены остатки плодного яйца. Аборт был завершен инструментально под контролем гистероскопа. В течение 3 месяцев нарушения менструального цикла имели место у 6 (13%) пациенток (гиперполименорея). Менструации нормализовали с помощью комбинированных оральных контрацептивов.

Таким образом, число инструментального опорожнения матки выполнено у 2 (4,4 %) по поводу остатков после медикаментозного прерывания беременности.

В контрольной группе аборты выполнялись в другом лечебном учреждении также под контролем врача после соответствующего обследования по протоколу в сроке до 6 недель беременности (42 дня аменореи).

Побочных эффектов в виде тошноты, рвоты, падения АД не наблюдалось. Изгнание плодного яйца в 80% случаев происходило на 3 сутки после приема мифепристона. Ранние осложнения в виде остатков плодного яйца (по данным УЗИ определялся трофобластический кровоток) выявлены у 5 (7,3%) женщин. Этим пациенткам была назначена дополнительная терапия простагландином E1 (400 мг мизопростол). Контрольное УЗИ проводилось через 7–9 дней. В результате выскабливания полости матки после аборта было произведено у 3 (4,5%) женщин. У 2 (2,9%) пациенток матка опорожнилась полностью и дополнительных методов лечения не потребовалось. Число ранних осложнений в контрольной группе составило 4,5%.

Таким образом, при медикаментозном аборт у 113 женщин основной и контрольной групп ранние осложнения были у 5 (4,4%).

В группе сравнения проведен анализ 82 историй болезни пациенток, поступивших в Иркутский городской перинатальный центр с осложнениями после искусственного аборта, из общего числа 652 произведенных медицинских абортов за год. Структура осложнений в виде эндометритов, остатков плодного яйца, гематометры составила 12,5%.

Гистологическое исследование абортусов было произведено у всех женщин после медикаментозного аборта и методом случайной выборки у 45 женщин после искусственного аборта. После медикаментозных абортов — ворсины хориона и децидуальная ткань имели выраженную лейкоцитарную инфильтрацию у 6 женщин, однако эндометриты у них не развились. После искусственных абортов у 7 (13,3%) женщин абортусы

были инфицированы, имелась лейкоцитарная инфильтрация, гистиоциты и макрофаги в большом количестве. У всех пациенток возникли постабортные эндометриты, которые были пролечены в отделении.

Обследование шейки матки показало, что из 45 женщин, поступивших на медикаментозное прерывание беременности у 18 при первичной кольпоскопии выявлен хронический цервицит. Через 2 месяца при повторной кольпоскопии у всех пациенток после медикаментозного аборта сохранились прежние картины цервицита.

При кольпоскопии шейки матки 82 пациенток перед искусственным абортом у 29 пациенток имели место симптомы хронического цервицита. Через 2 месяца при повторной кольпоскопии отмечены явления явного прогресса или обострения цервицита с распространением во 2-3 зоны экзоцервикса. У 2 женщин с хроническим цервицитом была травмирована шейка матки пулевыми щипцами (разрыв шейки матки) во время проведения операции. У 5 из 29 женщин с хроническим цервицитом сохранялись признаки травматического воздействия на шейку матки пулевых щипцов и расширителей в виде усиления сосудистого рисунка и увеличения зоны трансформации.

Из результатов исследования биотопов влагалища у женщин основной и контрольной групп выявлено, что 29 (25,6%) женщин имели нормоценоз, у 84 были различные проявления инфекционных поражений: у 24 (21,2%) женщин — умеренный анаэробный дисбаланс, у 33 (29,2%) — умеренный анаэробно-аэробный дисбаланс, у 30 (26,5%) — выраженный анаэробный дисбаланс, у 1 (0,9%) — выраженный аэробный дисбаланс, и у 2 (1,8%) — выраженный аэробно-анаэробный дисбаланс. Все 84 (74,3%) женщины с нарушением биоценоза влагалища получили лечение комбинированным препаратом «Сафоцид» (содержит флуконазол в дозе 150 мг, азитромицин 1000 мг, секнидазол 1000 мг) одномоментно. Осложнений и побочных действий не выявлено. У 1 пациентки были явления коллапса, так как она приняла на фоне «Сафоцида» алкоголь. Несмотря на инфицированность влагалища и шейки у женщин в постабортном периоде после медикаментозного аборта не было эндометритов.

Таким образом, после медикаментозного аборта число ранних осложнений составило 4,4% в обеих группах. Поздние осложнения не наблюдались. В группе сравнения ранние осложнения были в 12,5%, поздние по литературным данным составляют от 40-70% (В.А. Гурьева, 2007).

Нами также были получены сведения об осложнениях после медикаментозного аборта по городу Иркутску за 2008 г. из других частных учреждений. Общее их число составило 450. Возраст женщин был от 21-30 лет.

В 70% случаев аборт выполнялся в сроки 6 и более недель гестации. Ретроспективный анализ 65 историй болезни после медикаментозного аборта за 2008г. по абортно-септическому стационару показал, что 87% абортов были выполнены в частных медицинских центрах. Женщины принимали препараты, купив их в этом же центре. Из поступивших у 59 (90,7%) женщин был неполный аборт, эндометрит на фоне остатков плодного яйца развился у 41 (63,1%) с гистологическим подтверждением, у 3 (4,6%) была прогрессирующая беременность. Общее число ранних осложнений за 2008г., возникших после неадекватно проведенных абортов, составило 14,5%, поздние никто не анализировал.

Развитию осложнений после медикаментозного аборта без врачебного наблюдения способствовали: невыполнение стандартов по рекомендуемым срокам его проведения; использование не сертифицированных препаратов; отсутствие врачебного наблюдения; выполнение аборта без обследования.

Эффективность медикаментозного аборта по нашим данным составляет 95,6%. Аборты выполнялись под контролем врача, и число ранних осложнений было в 3 раза меньше (4,4% против 12,5% при искусственном аборте).

Таким образом, медикаментозный аборт необходимо проводить только в условиях лечебного учреждения под контролем врача акушера-гинеколога: консультировать женщин с предоставлением информации и поддержкой ее выбора метода аборта или пролонгирования беременности; получить согласие у женщин трижды посетить лечебное учреждение во время процедуры аборта и после его завершения; запретить продажу препаратов в аптеках без рецепта врача; проводить контрольное УЗИ до и после аборта; для профилактики инфекционных осложнений при изменении биоценоза влагалища рекомендовать «Сафоцид» 4 табл. одномоментно; дополнительно назначать мизопростол 400 мг однократно при задержке изгнания плодного яйца; рекомендовать прием «Регуллона» после опорожнения матки (по УЗИ) в качестве гемостаза и контрацепции.

На наш взгляд, медикаментозный аборт является щадящим методом прерывания нежелательной беременности, наиболее способствующим сохранению репродуктивного здоровья женщин, так как частота осложнений в 3 раза меньше, чем ранее применявшаяся методика дилатации шейки и кюретаж матки. Медикаментозное прерывание беременности на ранних сроках с применением мифепристона-мизопростола эффективно и более безопасно. Серьезных долгосрочных рисков, связанных с медикаментозным абортом не зарегистрировано. Они маловероятны в связи с кратковременностью воздействия препарата.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ворошилина Е.С., Кротова А.А., Хаятин Л.В. Количественная оценка биоценоза влагалища у беременных женщин методом ПЦР в реальном времени. // Материалы IV съезда акушеров-гинекологов России. — М., 2008. — С.45-46.
2. Кулаков В.И., Жердев Д.В., Сариев А.К. и др. Фармакокинетика мифепристона и кинетика β -субъединицы хорионического гонадотропина (β -ХГ) и прогестерона в плазме крови беременных женщин при медикаментозном прерывании ранней беременности // Эксперим.

и клин. фармакол. — 2004. — Т. 67, №2. — С. 55-58.

3. Радзинский В.Е., Чердиченко Т.С. Беременность и роды у женщин после искусственного прерывания первой беременности и здоровье их младенцев. // Вестник Рос. ун-та дружбы народов. — Серия «Медицина». — 2002. — №1. — С. 108-112.

4. Краснополянский В.И., Серова О.Ф., Т. Мельник Т.Н. Новые возможности медикаментозного прерывания беременности в ранние сроки // Российский вестник акушера-гинеколога. — 2006. — Т. 6, №2. — С. 35-37.

Информация об авторах: 664079, Иркутск, м/р Юбилейный, 100, ИГИУВ

Попова Юлия Николаевна — аспирант,

Кулинич Светлана Ивановна — заведующая кафедрой, д.м.н., профессор,

Стриганова Эльвира Николаевна — заведующая женской консультацией.