

*Наумович М. Г., канд. мед. наук, ассист. Рубахова Н.Н., Самцова А. И.*

## **МЕДИКАМЕНТОЗНЫЙ КЮРЕТАЖ ПОЛОСТИ МАТКИ ПРИ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ**

*Белорусский государственный медицинский университет,  
кафедра акушерства и гинекологии  
г. Минск*

**Ключевые слова:** неразвивающаяся беременность, медикаментозный аборт.

**Резюме:** в статье представлен опыт медикаментозного прерывания неразвивающейся беременности сроком до 12 недель с использованием антипрогестагена Мифепристона в комбинации с аналогом простагландина Мизопростолом. Положительный результат был достигнут в 90% случаев.

**Resume:** The article describes the experience of medical interrupt of developing pregnancy up to 12 weeks with antiprogestagen Mifepristone in combination with a prostaglandin analog Misoprostol. A positive result was achieved in 90% of cases.

**Актуальность.** Проблема неразвивающейся беременности продолжает оставаться актуальной и социально значимой в практике акушера-гинеколога. При этом ежегодно около 53 млн. беременностей заканчиваются искусственным абортом. Применение хирургического метода приводит к серьезным осложнениям, вплоть до бесплодия. Долгое время хирургическая операция была единственным способом прерывания беременности. Перенесенный инструментальный кюретаж слизистой полости матки при неразвивающейся беременности отрицательно сказывается на последующей репродуктивной и менструальной функции женщины, характеризуется срывом гормональной регуляции, нарушениям структуры эндометрия, дисбалансом иммунной системы. Нередко развивается привычное невынашивание, что сопряжено с нарушением процесса имплантации вследствие хронического аутоиммунного эндометрита, недостаточной секреторной трансформацией и гистохимической перестройке эндометрия ввиду формирования неполноценности рецепторного взаимодействия. В последнее время в качестве альтернативы хирургическому прерыванию беременности на ранних сроках был предложен медикаментозный аборт с использованием антипрогестагена Мифепристона в комбинации с аналогом ПГ Мизопростолом.

Мифепристон - синтетический стероидный препарат, обладающий высоким сродством к рецепторам прогестерона. Мифепристон связывается с рецептором прогестерона, блокада этих рецепторов приводит к разрушению матринских капилляров в отпадающей оболочке, синтезу простагландинов в эпителии децидуальных желез и угнетению простагландиндегидрогеназы. Возросшие в результате этого концентрации простагландинов индуцируют сокращения матки. Данное лекарственное средство проявляет фармакологическую активность при пероральном введении [1]. Учитывая, что в большинстве случаев мифепристон не обеспечивает достаточную сократимость миометрия, для обес-

печения адекватного сокращения матки и раскрытия шейки матки используются аналоги простагландинов, которые вводят обычно через 24-36 часов [2].

Мизопростол – синтетическое производное простагландина E<sub>1</sub>. Индуцирует сокращение гладких мышечных волокон миометрия и расширение шейки матки. Способность Мизопростола стимулировать сокращения матки облегчает раскрытие шейки и удаление содержимого полости матки [2].

В развитых странах частота использования медикаментозного аборта в структуре всех методов прерывания беременности достигает от 40-60% (европейские страны, США) до 80% (Франция). По данным статистики Министерства здравоохранения Республики Беларусь (МЗ РБ) в 2015 году частота медикаментозных аборт и аборт, произведенных методом вакуум-аспирации, составила 6,4 на 1000 женщин фертильного возраста (15-49 лет).

Согласно клиническому протоколу наблюдения беременных, рожениц, родильниц, диагностики и лечения в акушерстве и гинекологии МЗ РБ от 09.10.2012 г. медикаментозное прерывание беременности возможно до 42-49 дней аменореи. Применение Мифепристона и Мизопростола с целью опорожнения полости матки при неразвивающейся беременности на данный момент не нашло широкого применения в связи недостаточностью данных об их эффективности.

**Цель:** определить эффективность медикаментозного прерывания неразвивающейся беременности сроком до 12 недель с использованием препаратов Мифепристона и Мизопростола.

Задачи:

Оценить эффективность медикаментозного кюретажа полости матки.

Провести анкетирование среди пациенток с неразвивающейся беременностью с целью определения объема кровопотери и интенсивности болевого синдрома.

Проследить зависимость болевого синдрома от возраста женщин, от количества беременностей и от ее срока.

Проследить необходимость в симптоматической терапии при медикаментозном аборте.

**Материалы и методы.** Под наблюдением находилось 52 женщины репродуктивного возраста с подтвержденным диагнозом неразвивающаяся беременность (УЗ-методом). Для прерывания беременности использовалась схема с применением 200 мг Мифепристона и 400 мкг Мизопростола через 36 часов в соответствии с инструкцией к препаратам. При поступлении женщинам было проведено рутинное гинекологическое исследование и УЗИ органов малого таза.

Противопоказаниями для проведения медикаментозного опорожнения матки являлись подозрение на внематочную беременность, хроническая надпочечниковая недостаточность, длительная терапия стероидными препаратами, геморрагические нарушения, индивидуальная непереносимость препаратов, применение антикоагулянтов, воспалительные заболевания половых органов в

период обострения и в острой стадии, острые воспалительные заболевания кишечника, печеночная недостаточность.

После подтверждения диагноза «неразвивающаяся беременность» женщинам была предоставлена информация о возможных методах опорожнения полости матки и их осложнениях. По принятию решения о медикаментозном прерывании беременности пациентками было подписано добровольное информированное согласие на участие в исследовании. После проведенного вмешательства были проведены общеклинические, гинекологические исследования и УЗИ-исследование органов малого таза.

Также нами было проведено анкетирование 30 пациенток. В анкете была использована шкала Higham для определения объема кровопотери [3]. Эта шкала основывается на бальной системе (0-500 баллов). Мы просили пациенток вести подсчеты количества прокладок и тампонов, которые они использовали каждый день и их уровень насыщения. Кроме того, необходимо было отметить наличие сгустков (сгустки больше 1 см в диаметре рассматривались как большие). Сумма больше 100 баллов в соответствии со шкалой Higham расценивалась как кровопотеря более 80 миллилитров. Кровотечение расценивали как обильное, если 2 гигиенические прокладки максимального размера полностью пропитывались кровью в течение часа на протяжении двух и более часов подряд. Также в анкете мы использовали визуально-аналоговую шкалу для оценки интенсивности болевых ощущений [4]. Данная шкала представляет собой отрезок с отметками от 0 до 10, где 0 означает отсутствие боли, а 10 – мучительную боль. Записи в анкетах мы просили делать ежедневно с момента приема первой таблетки (Мифепристона) и до выписки из стационара.

В дальнейшем мы обработали наши данные в программе «Statistica.6.0.» и «MS Excel». Нами был использован метод описательной статистики с определением среднего арифметического и среднего квадратичного отклонения и ошибки репрезентативности. При сравнении двух качественных показателей использован критерий соответствия хи-квадрат ( $\chi^2$ ). За статистически значимые принимались различия при величине  $p \leq 0,05$ .

**Результаты и их обсуждение.** На базе 1 ГКБ г. Минска нами был проведен ретро- и проспективный анализ историй болезни 52 пациенток, находившихся в гинекологическом отделении с диагнозом «неразвивающаяся беременность». 30 пациенток были анкетированы.

Возраст обследованных женщин колебался от 18 до 42 лет и в среднем составил  $28 \pm 2,5$  лет. Средний возраст наступления менархе составил  $13,5 \pm 1,2$  лет, начала половой жизни -  $18 \pm 2,1$  лет. Был проведен анализ репродуктивной функции пациенток. Он показал, что первобеременными были 14 женщин (26,9%), повторобеременными - 38 женщин (73,1%), среди которых 16 уже имели опыт прерывания беременности, в том числе неразвивающейся (7,8%).

Медикаментозное прерывание беременности проводилось согласно клиническим рекомендациям Министерства здравоохранения Российской Федерации (2015 г.) [5]. Срок гестации колебался в пределах от 4 до 12 недель и в среднем составил  $9 \pm 1,6$  недели. Факт замершей беременности всем женщинам

был установлен при УЗИ на основании отсутствия сердцебиения плода при копчико-теменном размере (КТР) более 7 мм. По УЗИ-исследованию неразвивающаяся беременность в среднем была диагностирована в сроке  $7 \pm 1,4$  недель. Также мы обращали внимание на такие показатели как: диаметр плодного яйца, диаметр желточного мешка и наличие желтого тела в яичнике. Средний диаметр составил  $6,2 \pm 1,3$  мм, плодное яйцо не визуализировалось у 25% пациенток; желточный мешок не визуализировался в 19% случаев, средний диаметр его составил  $3,1 \pm 0,7$  мм. Желтое тело в яичнике было определено у 77% пациенток.

Согласно шкале Nigham средняя кровопотеря в наблюдаемой нами группе составила 126,8 баллов. Кровянистые выделения появились через 24 часа после приема Мифепристона у 16 (30,7%) пациенток; у 29 пациенток (55,8%) кровопотеря была обильной, при этом медикаментозное купирование симптома было необходимо 9 женщинам (17%). Наибольшая интенсивность кровянистых выделений отмечалась на 3 сутки от приема Мифепристона. Выкидыш произошел по типу менструально-пободной реакции, длительностью от 2 до 10 дней. У 47 пациенток (90,4%) были отмечены схваткообразные боли различной интенсивности. Медикаментозная терапия из-за болевого синдрома применена у 28 пациенток (53,8%). Также было установлено, что интенсивность болевого синдрома не зависит от возраста женщин, количества и срока беременности ( $p > 0,05$ ).

Побочных эффектов после приема Мифепристона в нашем исследовании не наблюдалось. Мизопростол вызвал тошноту и головокружение у 2 пациенток (3,8%).

Эффективность медикаментозного аборта оценивалась у всех пациенток на 5 сутки с помощью УЗИ-исследования. У 3 пациенток (10%) медикаментозное прерывание не принесло результата, женщинам был выполнен хирургический аборт. Пролонгирования беременности не было отмечено ни в одном наблюдении.

Таким образом, проведенное исследование свидетельствует об эффективности медикаментозного прерывания неразвивающейся беременности в первом триместре. Положительный результат достигнут у 49 (90%) пациенток, что соответствует данным литературы.

Выводы:

Эффективность медикаментозного прерывания неразвивающейся беременности (прием Мифепристона и Мизопростола) составила 90%.

Интенсивность болевого синдрома не зависит от возраста женщин, количества беременностей и ее срока ( $p > 0,05$ ).

Побочные эффекты в виде головокружения и тошноты наблюдались в 2% случаев.

Кровотечение, требующее симптоматической терапии, наблюдалось в 17% случаев.

Преимущества медицинского аборта – хорошее психологическое восприятие, высокая эффективность, отсутствие необходимости анестезиологического

пособия, исключение травматизации шейки и эндометрия, сохранение репродуктивной функции.

#### Литература

1. Радзинский В. Е., Ордянец И. М., Побединская О. С. Медикаментозное опорожнение матки при неразвивающейся беременности – есть ли опасность? / В. Е. Радзинский, И. М. Ордянец, О. С. Побединская // Эффективная фармакотерапия. Акушерство и гинекология. – 2014. - №5. – С. 4-7.
2. Дикке Г. Б. Можно ли прерывать замершую беременность медикаментозным абортom? / Г. Б. Дикке. // Эффективная фармакотерапия. Акушерство и гинекология. – 2011. - №3. – С. 8-12.
3. Higham J.M., O'Brien P.M.S., Shaw R.W. (1990) Assessment of menstrual blood loss using a pictorial chart. Br J Obstet Gynaecol. - Vol. 97, № 8. - P. 734—739.
4. Mark P. J., Paul K, Sanford B. (1986) The measurement of clinical pain intensity: a comparison of six methods. Elsevier. – Vol. 27, № 1. - P.117—126.
5. Российская Федерация. Клинические рекомендации (протокол лечения) «Медикаментозное прерывание беременности»: принят МЗ РФ 14.10.2015 №15-4/10/2-6120