

<https://doi.org/10.34883/PI.2024.14.2.006>



Можейко Л.Ф. ✉, Рунец У.Ф.

Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

Особенности медикаментозного прерывания беременности и реабилитации у юных женщин

Конфликт интересов: не заявлен.

Вклад авторов: все авторы внесли существенный вклад в создание статьи.

Подана: 06.03.2024

Принята: 15.04.2024

Контакты: lfmozheiko@gmail.com

Резюме

Искусственное прерывание беременности в юном возрасте оказывает негативное влияние на репродуктивное здоровье и фертильность в будущем, в связи с чем важно определить наиболее щадящий метод прерывания нежелательной беременности. Раннее начало половой жизни, неосведомленность в вопросах контрацепции, ее недоступность по финансовым соображениям часто являются причиной абортов. К искусственному аборту нередко прибегают девушки, еще не выполнившие детородную функцию. Согласно сведениям преабортного консультирования, не останавливает их даже тот факт, что каждая четвертая, прервавшая первую беременность хирургическим путем, становится бесплодной.

Ключевые слова: юные женщины, прерывание беременности, репродуктивное здоровье

Liudmila F. Mozheiko ✉, Ulyana F. Runets
Belarusian State Medical University, Minsk, Belarus

Features of Medical Termination of Pregnancy and Rehabilitation in Young Women

Conflict of interest: nothing to declare.

Authors' contribution: all authors made significant contributions to the article.

Submitted: 06.03.2024

Accepted: 15.04.2024

Contacts: lfmozheiko@gmail.com

Abstract

Artificial termination of pregnancy at a young age has a negative impact on reproductive health and fertility in the future, and therefore it is important to determine the most gentle method of terminating an unwanted pregnancy. Early onset of sexual activity, lack of awareness of contraception, and its inaccessibility for financial reasons are often the cause of abortions. Girls who have not yet completed their childbearing function often

resort to induced abortion. According to information from pre-abortion counseling, even the fact that every fourth woman who surgically terminates her first pregnancy does not stop them becomes infertile.

Keywords: young women, termination of pregnancy, reproductive health

■ ВВЕДЕНИЕ

Сложная демографическая ситуация, сопровождающая отрицательный прирост населения, ухудшающиеся с каждым годом показатели женского здоровья снижают репродуктивный потенциал белорусской нации.

В связи с этим крайне важна информация о наиболее щадящих методах прерывания беременности по медицинским показаниям и при нежелательной беременности. Общеизвестно, что хирургические методы часто приводят к осложнениям и ухудшению здоровья женщин. Именно по этой причине ведется активная научно-практическая работа, направленная на расширение показаний для медикаментозного аборта как наиболее щадящего метода сохранения репродуктивного здоровья и фертильности в дальнейшем [1].

■ РЕЗУЛЬТАТЫ

В Республике Беларусь в 2011 году внедрен альтернативный метод прерывания беременности – медикаментозный, что положительно влияет на сохранение здоровья женского населения.

Из 210 млн беременностей, наступающих в мире ежегодно, 46 млн (22%) заканчиваются медицинским абортом [3]. В нашей стране проблема абортос особенно актуальна, поскольку Беларусь занимает пятое место в мире по числу абортос – 16 696 в 2022 году. На фоне низкой рождаемости из 10 беременностей каждая 5-я завершается абортом, причем каждая 3-я беременность завершается абортом в возрасте моложе 19 лет.

Показания

Основные показания для медикаментозного прерывания беременности:

- желание пациентки прервать незапланированную беременность сроком до 9 недель (до 63 дней от первого дня последней менструации);
- наличие медицинских показаний к прерыванию беременности (включая замершую беременность в сроке до 63 дней);
- медикаментозный аборт также может быть использован, если срок беременности не превышает допустимый, а состояние здоровья женщины позволяет использовать лекарственные средства для медикаментозного прерывания беременности с учетом их противопоказаний [4].

Противопоказания

Выделяют абсолютные и относительные противопоказания к проведению медикаментозного аборта.

К абсолютным противопоказаниям относятся: аллергические реакции на лекарственные средства для прерывания беременности, внематочная беременность,

миома матки, нарушение свертывающей системы крови, почечная, надпочечниковая и печеночная недостаточность, сахарный диабет в стадии декомпенсации, длительная кортикостероидная терапия, терапия антикоагулянтами.

Относительными противопоказаниями являются: наличие рубца на матке после кесарева сечения, беременность при использовании внутриматочной контрацепции, бронхиальная астма, заболевания сердечно-сосудистой системы, курение [1].

Этапы проведения медикаментозного аборта

Выделяют несколько этапов проведения медикаментозного аборта.

Первый этап. Пациентка обращается к врачу – акушеру-гинекологу, который проводит осмотр и назначает необходимые инструментальные исследования, в частности УЗИ с целью подтверждения маточной беременности и установления срока беременности, а также анализы в соответствии с клиническим протоколом оказания медицинской помощи беременной. После принятия решения о прерывании беременности и проведения преабортного консультирования назначаются лекарственные средства для прерывания беременности. Рекомендуется прием лекарственного средства мифепристон, после чего женщина находится под наблюдением врача в течение 2 и более часов.

Второй этап. Проводится через 36–48 часов после первого. Пациентке назначается лекарственное средство мизопростол. В течение суток обычно беременность прерывается.

Третий этап. Спустя 1–2 недели после первичного обращения к врачу – акушеру-гинекологу проводится гинекологический осмотр и УЗИ для оценки эффективности двух предыдущих этапов [1].

Для медикаментозного прерывания беременности в сроке 12 недель и более необходима госпитализация в гинекологический стационар, где подбирается наиболее приемлемая схема назначения лекарственных средств индивидуально для каждой пациентки с учетом срока беременности и состояния ее соматического и репродуктивного здоровья.

Клинические проявления медикаментозного аборта: наличие тянущих, не сильно выраженных болей внизу живота, которые напоминают боли при месячных; кровянистые выделения из половых путей, которые по объему соответствуют менструальной кровопотере или несколько ее превосходят; кровянистые выделения из половых путей в послеабортный период. При изгнании плодного яйца часто наблюдаются боли внизу живота схваткообразного характера, а кровянистые выделения усиливаются [5].

Осложнения

Важно своевременно предупреждать возможные осложнения и нежелательные последствия медикаментозного прерывания беременности. При повышении температуры тела, появлении интенсивных болей внизу живота или их усилении, при наличии обильных кровянистых выделений из половых путей в течение трех и более дней после медикаментозного аборта пациентка незамедлительно должна обратиться к врачу женской консультации. В ходе медикаментозного прерывания беременности может произойти неполный аборт, что потребует проведения выскабливания полости матки или вакуум-аспирации. Также возможны инфекционные осложнения, что потребует назначения медикаментозной коррекции [1].

У некоторых женщин возникают побочные эффекты, связанные с приемом прогестерона: головная боль, головокружение, тошнота, рвота, диарея, кожная сыпь [6].

Для профилактики осложнений в ходе проведения медикаментозного аборта и после него необходимо выполнять ряд условий:

- измерение температуры тела ежедневно в течение 1–2 недель;
- отказ от физических нагрузок;
- исключение интимных контактов на протяжении двух-трех недель;
- контроль своевременного опорожнения мочевого пузыря и кишечника для нормального сокращения матки;
- исключение переохлаждения и перегревания организма;
- соблюдение правил личной гигиены: ежедневная смена нижнего белья, частая замена прокладок, гигиенический душ и др.;
- нежелательно принимать ванну, посещать солярий, бассейн и сауну в течение 2–3 недель после аборта.

Пациентку следует информировать о том, что после медикаментозного аборта беременность может наступить в следующем цикле, поэтому сразу после прерывания беременности необходимо подобрать эффективный метод контрацепции, который назначается незамедлительно после завершения медикаментозного аборта. После искусственного или спонтанного прерывания беременности овуляция происходит через 8–10 дней, потому важно сразу начать использование контрацепции. После прерывания беременности можно рассматривать использование любого современного метода контрацепции. При этом важная роль отводится желанию женщины для выбора безопасных и доступных средств контрацепции с учетом клинических критериев приемлемости (ККП), которые в 2022 году предложены экспертами Всемирной организации здравоохранения [5].

Категории ККП для использования средств контрацепции:

1. Категория 1 – состояния, при которых нет ограничений для использования метода контрацепции.
2. Категория 2 – состояния, при которых преимущества от использования метода превышают теоретические или доказанные риски.
3. Категория 3 – состояния, при которых теоретические или доказанные риски обычно превышают преимущества от использования метода.
4. Категория 4 – состояния, при которых существует недопустимый риск для здоровья, связанный с использованием метода контрацепции.

КГК включают в себя комбинированные оральные контрацептивы (КОК), контрацептивные пластыри (П), комбинированное вагинальное кольцо и комбинированные инъекционные контрацептивы (КИК).

Гестагены включают в себя чисто прогестинные таблетки (ЧПТ), импланты с содержанием левоноргестрела (LNG) или этоноргестрела (ETG), депонированные инъекции медроксипрогестерона ацетата (ДМПА), инъекции норэтистерона энантата (NET-EN), а также ВМС, высвобождающие левоноргестрел (LNG-IUD).

Симптоматические методы контрацепции включают календарный метод, цервикальный метод, метод двух дней, симптотермальный метод, которые основываются на оценке цервикальной слизи, измерении базальной температуры тела.

Календарные методы включают метод календарного ритма (воздержание от незащищенного полового контакта с первого до последнего предполагаемого фертильного дня, расчеты выполняются на основании записей нескольких менструальных циклов) и метод стандартных дней (воздержание от незащищенного полового контакта на 8–19-й дни менструального цикла для женщин, чей менструальный цикл обычно продолжается 26–32 дня).

Пациентку также необходимо информировать о том, что естественные методы планирования беременности (календарный метод и метод, который основан на регуляции фертильности) не обладают достаточной надежностью, поэтому в качестве выбора метода контрацепции необходимо отдать предпочтение комбинированным оральным контрацептивам [5].

Можно использовать незамедлительно следующие средства контрацепции (категория ККП 1 – без ограничений) после хирургического или медикаментозного прерывания беременности (в первом и во втором триместре, а также после аборта, осложненного инфекцией): комбинированные гормональные контрацептивы (КГК), чисто прогестиновые контрацептивы (ЧПК), а также барьерные средства контрацепции (презервативы, спермициды). Влагилицную диафрагму и влагилицный колпачок не следует рекомендовать к использованию до 6 недель после прерывания беременности во втором триместре.

Использование внутриматочных средств (ВМС) можно начинать сразу же после хирургического или медикаментозного прерывания беременности в первом триместре (категория ККП 1 – без ограничений) или после прерывания беременности во втором триместре (категория ККП 2 – преимущества в основном превышают риски). ВМС не следует назначать немедленно после аборта, осложненного инфекцией (категория ККП 4 – введение ВМС может значительно усугубить состояние).

Биологические методы контрацепции после прерывания беременности следует применять с осторожностью после проведения специального консультирования для правильного использования метода в подобных обстоятельствах. Использование календарного метода нежелательно, лучше предложить альтернативные методы контрацепции.

Учитывая тот факт, что после аборта возникает стрессовое состояние с возбуждением гипоталамо-гипофизарной системы и повышенной выработкой стероидных гормонов – глюкокортикоидов и эстрогенов, появляется необходимость в снижении возбудимости гипоталамуса, что позволит предупредить развитие неблагоприятных изменений в яичниках и эндометрии. В таких случаях рекомендовано использование эстроген-гестагенных оральных контрацептивов, которые будут способствовать адекватной реабилитации функции гипоталамо-гипофизарной системы и восстановлению репродуктивной функции в послеабортный период. Это особенно важно для юных женщин, поскольку прерывание первой беременности, наступившей при недостаточно сформированной репродуктивной системе, нередко приводит к бесплодию. Особое место в действии КОК определяет гестагенный компонент. Для постабортной реабилитации наиболее приемлем дезогестрел, который является прогестагеном третьего поколения. Дезогестрел обладает высокой прогестагенной активностью при пероральном введении и высокой селективностью [7].

Также следует учитывать, что после проведения хирургического аборта доза этинилэстрадиола должна быть не менее 30 мкг для достижения наилучшего терапевтического эффекта. Регулон соответствует таким требованиям. Он содержит 30 мкг этинилэстрадиола и 150 мкг дезогестрела, являясь монофазным препаратом, обладающим свойством регуляции гипоталамо-гипофизарной системы, снижая гонадотропную активность, обеспечивая 100%-ную контрацепцию, поскольку способность к зачатию может восстановиться уже через 11–14 дней после аборта. Немаловажной особенностью препарата является противовоспалительное действие и способность содействовать регенерации эндометрия.

Регулон (30 мкг ЭЭ и 150 мкг дезогестрела) рекомендуется к применению с пятого дня от момента инструментального прерывания беременности или совершившегося медикаментозного аборта. Это предупреждает осложнения после аборта, связанные с гормональными нарушениями и воспалительной реакцией. В дальнейшем, через месяц, можно продолжить прием КОК, содержащего 30 мкг ЭЭ и 150 мкг дезогестрела, для предупреждения нежелательной беременности и реабилитации репродуктивной системы.

Таким образом, использование гормональных контрацептивов после аборта преследует три цели: предупреждение развития постабортных осложнений, предупреждение возникновения повторной нежелательной беременности на фоне постабортного стресса и регуляция менструальной функции. Низкодозированные комбинированные контрацептивы, содержащие прогестагены третьего поколения, оказывают лечебное и профилактическое действие при различных гинекологических заболеваниях.

Кроме того, их использование оказывает положительный эффект при дисменорее и предменструальном синдроме. Регулон способствует увеличению продукции белков, связывающих половые стероиды, в частности тестостерона, в результате чего наблюдается выраженный антиандрогенный эффект. Поэтому он особенно рекомендуется женщинам с андрогензависимыми изменениями кожи (акне, себорея, гипертрихоз). Регулон хорошо переносится, не вызывает побочных реакций, эффективно регулирует менструальную функцию, надежно предупреждает наступление нежелательной беременности [8].

■ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Медикаментозный метод прерывания беременности обладает множеством преимуществ:

- является более щадящим для юных женщин;
- психологически переносится намного легче, чем любой хирургический метод;
- нивелирует риски, связанные с анестезией;
- исключает повреждение цервикального канала, эндометрия и маточных сосудов;
- предохраняет от гемотрансмиссивных инфекций (ВИЧ, гепатиты) [9].

После медикаментозного аборта юным женщинам рекомендуется назначать КОК, содержащие 30 мкг этинилэстрадиола в сочетании с 150 мкг дезогестрела (регулон).

■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Bogomolova K.R., Petrov U.A., Palieva N.V. Medical abortion as an alternative to instrumental abortion. *Chief Physician of the South of Russia*. 2022;1:47–50. (in Russian)
2. Yanbaev D.Sh., Mullagalieva L.V. Medical abortion is an effective way to preserve reproductive health. *Bashkir State Medical University of Roszdrazh, Ufa*. 2009;1:49–51. (in Russian)
3. Bearak J., Popinchalk A., Ganatra B., Moller A.-B., Tunçalp Ö., Beavin C. Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990–2019. *Lancet Glob Health*. 2021;8(9):e1152–e1161.
4. *Medical termination of pregnancy. Clinical recommendations (treatment protocol)*. М., 2015; 30 p. (in Russian)
5. *Guidelines for abortion care*. World Health Organization. 2022; 80 p. (in Russian)
6. Petrov U.A., Baykulova T.U. Modern ideas about the problem of artificial termination of pregnancy (literature review). *International Journal of Applied and Fundamental Research*. 2016;8(part 5):727–731. (in Russian)
7. Prilepskaya V.N., Abakarova P.R., Mezhevitinova E.A., Dovletkhanova E.R., Nazarova N.M. *Modern principles of counseling in contraception. Hormonal contraception. Algorithms for diagnosis and treatment*. 2021. Appendix № 3. (in Russian)
8. Mozheiko L.F., Runets U.F. Contraception after childbirth in women of early reproductive age. *Medical Journal*. 2021;1:84–88. (in Russian)
9. Mozheiko L.F. *Formation of the reproductive system in teenage girls and correction of its disorders: Monograph*. Мн.: BSMU, 2002; 231 p. (in Russian)