

МЕДИЦИНСКИЕ НАУКИ

УДК 618-008.65

МЕДИКАМЕНТОЗНЫЙ АБОРТ И КОНТРАЦЕПЦИЯ ПОСЛЕ НЕГО

Галущенко Е.М., Петров Ю.А., Арндт И.Г.

*ФГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Ростов-на-Дону,
e-mail: lena.galushchenko@mail.ru*

На сегодняшний день, несмотря на существование различных видов контрацепции, медицинские аборт частое явление в России. Женщине необходимо планировать беременность, проходить предгравидарную подготовку, чтобы в дальнейшем снизить риск осложнений при последующей беременности. Если же незапланированная беременность все же наступила, необходимо выбрать наиболее щадящий метод прерывания беременности, который не вызовет тяжелых нарушений в репродуктивной системе. Большинство акушеров-гинекологов отошли от процедуры кюретажа и перешли на медикаментозный метод прерывания беременности. Медикаментозный аборт – это революция XXI в. Данный метод обладает высокой эффективностью. Женщина получает меньшую психологическую травму и, конечно, это связано с отсутствием анестезиологического пособия. В обзоре литературы представлены сравнительные данные всех видов прерывания беременности. Описаны показания и противопоказания и возможные осложнения после медикаментозного аборта. Подробно изложены современные схемы назначения лекарственных препаратов для прерывания нежелательной беременности. Освещены вопросы контрацепции после данного метода прерывания беременности. Ведь именно проведение врачом акушером-гинекологом просветительской беседы о применении контрацепции поможет значительно снизить частоту абортов в современном мире.

Ключевые слова: незапланированная беременность, медикаментозный аборт, контрацепция, имплантационные контрацептивы

MEDICAMENTAL ABORTION AND CONTRACEPTION AFTER IT

Galuschenko E.M., Petrov Yu.A., Arndt I.G.

*Rostov State Medical University of the Ministry of Health of the RF, Rostov-on-Don,
e-mail: lena.galushchenko@mail.ru*

Today, despite the existence of various types of contraception, medical abortions have a high incidence in Russia. A woman needs to plan a pregnancy, undergo pregravid training, in order to further reduce the risk of morbidity during a subsequent pregnancy. If nevertheless an unplanned pregnancy has occurred, it is necessary to choose the most benign method of abortion that will not cause severe disturbances in the reproductive system. The majority of obstetrician-gynecologists moved away from the curettage procedure and switched to the medical method of abortion. The Medical abortion is the 21st century revolution. This method has a high frequency of effectiveness. The woman receives less psychotrauma and of course this is due to the lack of anesthesia. The literature review presents comparative data for all types of abortions. The indications and contraindications and possible complications after medical abortion are described. Details set out the modern scheme of prescribing drugs to termination of unwanted pregnancies. Contraception issues after this method of abortion are covered. After all, it is the obstetrician-gynecologist conducting an educational conversation about the use of contraception to help significantly reduce the frequency of abortions in the modern world.

Keywords: unplanned pregnancy, medical abortion, contraception, implant contraceptives

Проблема абортов во всем мире до сих пор является актуальной. На сегодняшний день, несмотря на существование различных видов контрацепции [1], медицинские аборт часто производятся в России [2]. Минздрав РФ отметил уменьшение количества абортов в 2018 г. по сравнению с 2017 г. на 8,9%. Общее число абортов в 2018 г. составило 649 тыс. Большинство женщин, имеющих в анамнезе хотя бы один аборт, в дальнейшем планируют беременность и не задумываются о риске и последствиях аборта [3]. Именно поэтому при выборе техники прерывания беременности необходимо использовать максимально щадящую, тем самым снизить негативное влияние на репродуктивную функцию [4]. Большинство акуше-

ров-гинекологов отошли от процедуры кюретажа и перешли на вакуум-аспирацию и медикаментозное прерывание беременности [2].

Женщине необходимо планировать беременность, проходить предгравидарную подготовку, чтобы в дальнейшем снизить риск осложнений при беременности [5]. Если же незапланированная беременность все же наступила, необходимо выбрать наиболее щадящий метод прерывания беременности, который не вызовет тяжелых нарушений в репродуктивной системе.

Цель исследования: сравнить плюсы и минусы различных техник прерывания беременности по данным современной литературы и выбрать более щадящий метод прерывания беременности для пациентки.

Решающее значение в снижении осложнений и сохранении репродуктивного потенциала женщины основывается на грамотном проведении методики прерывания, раннем выявлении и лечении осложнений, и оказании психологической помощи пациенткам после аборта [6].

Хирургический аборт – частый метод прерывания беременности в России и имеет более высокий процент осложнений, таких как перфорация матки, внутрибрюшное кровотечение, повреждение эндометрия, что повышает риск неразвивающейся беременности в будущем [7], травматизация шейки матки, что может стать причиной самопроизвольных выкидышей и преждевременных родов при следующей беременности [8]. Также хирургический метод прерывания беременности может стать причиной истмико-цервикальной недостаточности [9], хронического воспаления слизистой оболочки матки [10, 11], ранних репродуктивных потерь [12]. И при последующей беременности возрастает процент использования коррекции в виде акушерского pessaria или наложения хирургических швов на шейку матки. Данный метод применяется до 12 недель беременности. Оптимальный период 8 недель, именно в этом сроке плодное яйцо небольших размеров и технически легче его выполнение и снижение частоты вышеперечисленных осложнений.

Вакуум-аспирация считается более щадящим методом по сравнению с хирургическим абортом. Но тоже имеет риск осложнений в виде неполной аспирации плодного яйца и прогрессирования беременности, обострения хронического метроэндометрита [13] и сальпингоофорита, гормональных нарушений, гематометры и в исключительных случаях перфорации матки. В нашей стране данный метод выполняется не позже 10 недель беременности.

Медикаментозный аборт – это революция XXI в. Данный метод обладает высокой эффективностью [14]. Женщина получает меньшую психологическую травму и, конечно, это связано с невыполнением анестезиологического пособия. Снижается риск осложнений, связанных с хирургическим абортом и вакуум-аспирацией [15], а соответственно, не оказывает влияния на дальнейшее течение последующей беременности [16]. На медикаментозный аборт приходится 76% в России и 96% в странах Западной Европы [14].

Но самое главное, что частота осложнений минимальная и составляет всего 0,1–4,5% [17]. Проблема прерывания беременности у пациенток с рубцом на мат-

ке остается актуальной в настоящее время, и именно медикаментозный аборт снижает риск перфорации матки при несостоятельности рубца во время проведения хирургического аборта [18].

К минусу данного метода относится неоднократное посещение врача акушера-гинеколога.

В современном мире для медикаментозного аборта применяют два лекарственных средства это мифепристон и мизопропрост. Медикаментозный аборт выполняется в больницах и клиниках, имеющих разрешение на проведение данной процедуры, и исключительно врачом акушером-гинекологом. Механизм действия мифепристона заключается в блокировании действия прогестерона на уровне рецепторов, что приводит к подавлению развития трофобласта, вызывает сократительную активность матки, а также стимулирует высвобождение интерлейкина-8 в хориодецидуальных клетках. Мизопропрост индуцирует сокращение гладких мышц матки и расширяет шейку матки, что способствует десквамации децидуальной оболочки и изгнанию плодного яйца из полости матки [19].

Всем резус-отрицательным женщинам после проведения любого вида аборта показано внутримышечное введение антирезусного иммуноглобулина в дозе 1500 МЕ не позже 72 ч, что позволит снизить риск гемолитической болезни плода при последующей беременности.

Сроки выполнения медикаментозного аборта с применением данных препаратов до 42 дней от первого дня последней менструации. Медикаментозный аборт (МА) имеет свои показания и противопоказания [20].

К показаниям МА относится нежеланная беременность, неразвивающаяся беременность и неполный аборт, а также экстрагенитальная патология при которой пролонгирование беременности является жизнеугрожающим состоянием для матери [21].

Также данный метод имеет свои противопоказания, к ним относятся эктопическая беременность, острая и хроническая почечная и печеночная недостаточность, задержка менструации более 42 дней, пузырный занос, анемия средней степени тяжести, миома матки больших размеров, наличие тяжелой экстрагенитальной патологии, курение более 1 пачки сигарет в день, период кормления грудью, артериальная гипертензия, бронхиальная астма, глаукома, гормонально-зависимые опухоли.

После МА может отмечаться ухудшение общего состояния в виде головокружения, тошноты и рвоты, слабости, гипертермии.

К осложнениям медикаментозного аборта относится прогрессирующее течение беременности и неполный аборт, в редких случаях длительное и массивное кровотечение и гематометра.

Согласно стандартам лечения мифепристон применяется в дозировке 200 мг (1 табл.), затем гинекологом осуществляется наблюдение за общим состоянием пациентки в течение 2 ч, после чего женщина может покинуть стационар. В течение 24–48 ч необходимо выпить 2 таблетки мизопроста в дозе 400 мг при сроке аменореи до 42 дней *per os*.

По данным отечественной литературы применение мизопроста сублингвально способствует увеличению концентрации в крови действующего вещества, а при вагинальном использовании обеспечивает более медленное снижение этой концентрации [22].

Рекомендовано 4-кратное посещение врача акушера-гинеколога. При первом визите врачу необходимо проконсультировать женщину по всем интересующим вопросам, прояснить о методах контрацепции и способе их применения после аборта. Также врачу необходимо собрать анамнез с выявлением противопоказаний, провести общий осмотр, влагалищное исследование, выполнить УЗИ матки и придатков, назначить полное клинико-лабораторное исследование. При следующем посещении врача женщина дает окончательное решение либо в пользу прерывания или сохранения беременности. Если пациентка настроена на прерывание беременности, ей необходимо подписать информированное согласие на определенные виды вмешательств. В присутствии врача пациентка принимает первый препарат мифепристон 200 мг [23]. Контроль за общим состоянием пациентки осуществляется в течение 2 ч, после чего она может покинуть лечебное учреждение. Необходимо оказать женщине психологическую поддержку. При повторном приеме пациентка принимает второй препарат мизопростол 400 мкг. Наблюдение за женщиной осуществляется в течение 4 ч. Если в течение этого времени кровянистые выделения из половых путей не начались, то необходимо назначить повторную дозу препарата с последующим динамическим наблюдением в течение 1,5 ч. На 14 день назначается четвертый визит, при котором врач оценивает эффективность медикаментозного прерывания беременности. Выполняется гинекологический осмотр и УЗИ полости матки и клиническое исследование уровня Р-ХГЧ. При неэффективности от проведения этого метода

прерывания беременности необходимо выполнить вакуум-аспирацию содержимого полости матки.

После проведения аборта встречаются осложнения, и медикаментозный метод прерывания беременности не исключение, хотя и вероятность их очень низкая и составляет от 0,1 до 4,5% по статистическим данным современной литературы [24]. К осложнениям медикаментозного аборта относятся: неполный аборт, плацентарный полип, длительное или массивное кровотечение, приводящее к анемии, гематометра, прогрессирующая беременность, восходящая инфекция.

Неполный аборт связан с задержкой тканей гестации в полости матки. Основная причина – недостаточный эффект от применения препаратов. Клинические симптомы отсутствуют, возможны мажущиеся выделения из полости матки. Неполный аборт подтверждается на УЗИ. Необходимо повторить прием мизопроста. При отсутствии эффекта выполняется вакуум-аспирация полости матки.

Плацентарный полип – редкое осложнение медикаментозного аборта. Диагностируется на УЗИ не ранее чем через месяц и более. Возможно назначение повторной дозы мизопроста и контроль УЗИ.

Длительное или массивное кровотечение имеет те же причины, что и при хирургическом abortе. Женщина отмечает болевой синдром и кровянистые выделения из половых органов различной интенсивности. Кровотечение может быть непрерывным или с периодическим возобновлением и приводит к анемизации организма. Могут отмечаться такие симптомы, как недомогание, слабость, головокружение, головные боли, сонливость и бледность кожного покрова. Диагноз ставится после гинекологического осмотра и выполнения УЗИ. В анамнезе имеется недавно выполненный аборт, а на УЗИ подтверждается наличие продуктов гестации. Лечение включает в себя назначение уреатоников. При интенсивном кровотечении показана инфузионная терапия. Вакуумная аспирация полости матки выполняется при сохранении тканей. Женщины с послеабортным кровотечением необходимо выполнить ОАК. При наличии анемии необходимо назначить гемостимулирующую терапию и контроль ОАК в динамике.

Гематометра возникает вследствие нарушения оттока менструальной крови. Связано с недостаточным эффектом действия простагландинов на миометрий. Диагноз ставится на основании клинической симптоматики и УЗИ. Необходимо повторить прием мизопроста.

Прогрессирующая беременность обусловлена недостаточным эффектом от применения лекарственных препаратов. Подтверждается при гинекологическом осмотре, при котором выявляют увеличенную матку, соответствующую сроку гестации. На УЗИ имеется наличие сердцебиения у эмбриона. При желании женщины прервать беременность рекомендуется выполнение вакуум-аспирации полости матки.

В целях реабилитации необходимо оказать женщине психологическую поддержку. Своевременно выявить наличие депрессии и тревоги и направить на консультацию к психиатру. Анализируя современную литературу, не имеется данных о негативном влиянии медикаментозного аборта на репродуктивную систему женщины в отдаленные сроки и на изменение характера менструального цикла, а также на течение и исход новой беременности. Что позволяет сделать вывод о более щадящем виде прерывания беременности.

После проведения любого вида аборта врачу акушеру-гинекологу необходимо провести беседу с пациенткой о пользе контрацепции и сроках ее начала. Ведь применение контрацепции значительно снижает частоту искусственных абортов и позволяет планировать сроки последующей беременности [25].

В современном мире существует различные методы контрацепции, такие как гормональные, барьерные, внутриматочные, химические, хирургические и экстренные.

Применение гормональной контрацепции является более надежным методом защиты от нежелательной беременности и простым в использовании [26]. Применяют комбинированные эстроген-гестагенные препараты и препараты, содержащие только гестаген. Мини-пили широко применяют после родов в период кормления грудью. Данный вид контрацепции не влияет на качество и количество грудного молока, поэтому акушеры гинекологи широко рекомендуют использование мини-пили. Через 6 недель после родов необходимо начать прием препарата.

В послеабортном периоде лучше использовать комбинированные эстроген-гестагенные контрацептивы, которые обеспечивают надежный контрацептивный эффект. В качестве эстрогена содержится этинилэстрадиол в минимальном количестве. В качестве гестагенного компонента используют производные тестостерона, прогестерона, спиролактона.

Гормональная контрацепция обеспечивает надежную защиту и не влияет на характер менструального цикла и не оказы-

вает негативного влияния на репродуктивную систему женщины и после окончания приема КОК у женщины возвращается фертильность в течение года [27]. В течение данного периода женщина должна пройти предгравидарную подготовку, что значительно снизит риск осложнений в течение новой беременности в виде самопроизвольных выкидышей и преждевременных родов [28]. Согласно современным литературным данным использование КОК до беременности в течение длительного периода времени не оказывают отрицательного влияния на плод. Также данный метод контрацепции обладает антиминокортикоидным и антиандрогенным действием. И оказывает положительное влияние на некоторые органы – мишени.

Использовать КОК должны женщины, имеющие постоянного полового партнера с целью снижения риска ИППП.

Существуют гормональные контрацептивы для парентерального использования, такие как инъекции, импланты [29], вагинальное кольцо и внутриматочная система с левоноргестрелом. Обеспечивают высокой уровень защиты от нежелательной беременности.

Барьерная контрацепция широко используется в современном мире и позволяет значительно снизить риск ИППП.

Экстренная контрацепция должна использоваться в течение 72 ч после незащищенного полового акта.

Выводы

Проанализировав современную литературу, можно сделать вывод о важности просветительной беседы с пациенткой о применении контрацепции, которая поможет значительно снизить частоту абортов в современном мире. Если же нежелательная беременность все же наступила, врачу необходимо подобрать более щадящий метод прерывания беременности, которым является медикаментозный аборт.

Список литературы

1. Алехина А.Г., Петров Ю.А., Блесманович А.Е., Галушенко Е.М. Влияние искусственного прерывания беременности на репродуктивные возможности женщин // Журнал научных статей Здоровье и образование в XXI веке. 2019. № 1. С. 15–19.

2. Петров Ю.А. Специфика репродуктивного и контрацептивного поведения студентов медицинского университета // Валеология. 2016. № 2. С. 31–34.

3. Кравченко Е.Н., Коломбет Е.В., Набока М.В., Охлопков В.А., Лавриненко И.А., Куклина Л.В. Комплексная реабилитация женщин после позднего аборта по медицинским показаниям // Бюллетень медицинской науки. 2017. № 3. С. 27–31.

4. Алексанюк М.Ю., Куценко И.И. Особенности гормонального статуса после прерывания беременности мало-

- го срока // Кубанский научный медицинский вестник. 2014. № 3. С. 7–10.
5. Гладина В.С. Социально-психологические последствия аборта: Российская практика // Практики заботы в современном обществе: материалы Всероссийской научно-практической конференции. М., 2017. С. 84–86.
6. Долгая Г.В. Сравнительная оценка хирургического и медикаментозного абортов // Вестник Кыргызско-Российского Славянского университета. 2017. № 7. С. 22–24.
7. Ящук А.Г., Даутова Л.А., Попова Е.М., Масленников А.В., Имельбаева А.Г. Реабилитация женщин после медикаментозного прерывания неразвивающейся беременности // Медицинский вестник Башкортостана. 2017. № 5. С. 75–81.
8. Турчанинова И.В., Ошахтиева Н.М., Мынбаева Г.Ж. Течение и исходы беременности при хирургической коррекции истмико-цервикальной недостаточности на базе ТОО РАГЦ г. Караганды // STUDENT RESEARCH: сборник статей Международного научно-практического конкурса. М., 2018. С. 182–184.
9. Бакшеев С.Н. Клиническое течение беременности у женщин с первым медицинским абортом в анамнезе // Здоровье женщины. 2013. № 5 (81). С. 77.
10. Петров Ю.А. Микробиологические детерминанты хронического эндометрита // Известия высших учебных заведений. Северо-Кавказский регион. Серия: Естественные науки. 2011. № 6 (166). С. 110–113.
11. Радзинский В.Е., Петров Ю.А., Калинина Е.А., Широкова Д.В., Полина М.Л. Патогенетические особенности макротипов хронического эндометрита // Казанский медицинский журнал. 2017. Т. 98. № 1. С. 27–34.
12. Петров Ю.А. Гистероскопическая характеристика эндометрия женщин с ранними репродуктивными потерями // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Медицина. 2011. № S5. С. 243–247.
13. Петров Ю.А. Роль микробного фактора в генезе хронического эндометрита // Кубанский научный медицинский вестник. 2016. № 3 (158). С. 113–118.
14. Дедуль М.И., Ивкова Н.С., Кожар Е.Д., Прусакова О.И. Медикаментозный аборт. Описание клинического случая осложнения // Достижения фундаментальной, клинической медицины и фармации: материалы 70-ой научной сессии сотрудников университета. Витебск: УО «Витебский государственный медицинский университет», 2015. С. 125–127.
15. Аксентьева А.В., Карпова И.А., Спирина Е.А. Изменение гемостазиологического гомеостаза на фоне фармакологического прерывания беременности на ранних сроках // Университетская медицина Урала. 2015. № 2–3. С. 5–7.
16. Тусупкалиев А.Б., Абдрахманова А.А., Байтов А.Т. Медикаментозный аборт // Академический журнал Западной Сибири. 2016. № 1. С. 72.
17. Аксентьева А.В. Нужна ли реабилитация после медикаментозного прерывания маточной беременности малых сроков? // Наука и инновации XXI века: материалы III Всероссийской конференции молодых ученых. М., 2016. С. 95–98.
18. Агабабян Л.Р., Гайилов С.С., Носирова З.А. Особенности течения медикаментозного прерывания беременности у женщин с рубцом на матке // International Scientific Review. 2017. № 2. С. 102–103.
19. Аксентьева А.В. Сдвиги в системе гемостаза у женщин на фоне медикаментозного прерывания маточной беременности малых сроков // Университетская медицина Урала. 2017. № 2. С. 5–7.
20. Дикке Г.Б. Показания и современные схемы медикаментозного завершения беременности // Практическая медицина. 2017. № 7. С. 35–40.
21. Кузмин А.А., Дикке Г.Б. Медикаментозный аборт в ранние сроки беременности // Medica mente. Лечим с умом. 2016. № 2. С. 42–49.
22. Дикке Г.Б. Медикаментозный аборт. Мифепристон-200-выбор, основанный на доказательствах // Главный врач Юга России. 2014. № 1. С. 49–52.
23. Дикке Г.Б. Ветер перемен. Разум победит? Медикаментозный аборт в России: Реалии и перспективы // Status Praesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. 2014. № 5. С. 97–101.
24. Петров Ю.А., Байкулова Т.Ю. Современные представления о проблеме искусственного прерывания беременности (обзор литературы) // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2016. № 8–5. С. 727–731.
25. Тихомиров А.Л., Сарсания С.И. Внутриматочная контрацепция – локальная и логичная // Медицинский совет. 2014. № 9. С. 8–11.
26. Дикке Г.Б. Гормональная контрацепция у молодых женщин – предпочтения, ожидания, приверженность // Акушерство и гинекология. 2015. № 11. С. 28–35.
27. Савельева И.С., Хамошина М.Б. Контрацепция после аборта: на чьей вы стороне? // Доктор.ру. 2011. № 9–1. С. 54–57.
28. Бирюкова С.А., Щевелева Т.С. Выбор метода контрацепции в послеродовом периоде // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2013. № 3. С. 657.
29. Петров Ю.А., Арндт И.Г., Алехина А.Г., Блесманович А.Е. Имплантационная контрацепция – новый этап в планировании семьи // Журнал научных статей Здоровье и образование в XXI веке. 2018. Т. 20. № 10. С. 18–22.