

АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ (14.01.01)

УДК 618.3

<https://doi.org/10.17816/2072-2354.2019.19.1.41-46>

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И ОСЛОЖНЕНИЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ПЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ НА РАННЕМ СРОКЕ

Н.В. Григорьева

ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России, Тюмень

Для цитирования: Григорьева Н.В. Эффективность и осложнения медикаментозного прерывания беременности на раннем сроке // Аспирантский вестник Поволжья. – 2019. – № 1–2. – С. 41–46. <https://doi.org/10.17816/2072-2354.2019.19.1.41-46>

Поступила: 15.01.2019

Одобрена: 18.02.2019

Принята: 18.03.2019

■ В последнее время все чаще с целью прерывания беременности применяется медикаментозный способ, так как он является более физиологичным, а опорожнение полости матки происходит без механического воздействия на ее стенки. Хотя этот способ лишен целого ряда осложнений, способных возникнуть при хирургическом аборте, все же и он не исключает развития постабортных осложнений. Исходя из этого, изучение развития возможных осложнений, а соответственно, и способов их предупреждения, представляется актуальной задачей. В статье приводятся данные о течении фармакологического аборта, его эффективности и осложнениях при физиологической и регрессирующей беременностях в сравнении. Всего было проанализировано клиническое течение 114 прерываний беременности. Из них 40 случаев приходилось на неразвивающуюся беременность и 74 случая — на физиологически протекающую нежеланную беременность. В ходе исследования зарегистрирована высокая эффективность данного метода прерывания, которая составила 97 %. Выявлены основные осложнения, возникающие как в течение самого прерывания, так и в постабортном периоде. Определены возможные факторы риска, способные вызвать проявление осложнений, учет которых при фармакологическом прерывании беременности поможет повысить эффективность данного метода и снизить количество осложнений при его проведении.

■ **Ключевые слова:** физиологическая беременность; регрессирующая беременность; медикаментозный аборт; мифепристон; мизопростол.

THE EFFICACY AND COMPLICATIONS OF MEDICAL ABORTION IN EARLY PREGNANCY

N.V. Grigoryeva

Tyumen State Medical University, Tyumen, Russia

For citation: Grigoryeva NV. The efficacy and complications of medical abortion in early pregnancy. *Aspirantskiy Vestnik Povolzhiya*. 2019;(1-2):41-46. <https://doi.org/10.17816/2072-2354.2019.19.1.41-46>

Received: 15.01.2019

Revised: 18.02.2019

Accepted: 18.03.2019

■ Medication-induced termination of pregnancy is increasingly used nowadays, for it is more physiological and the emptying of the uterus occurs without mechanical impact on its walls. Although this method is deprived of a number of problems that may occur during a surgical abortion, it is not deprived of the possible development of post-abortion complications. That is why the study of the development of possible complications, and therefore ways to prevent them, is an urgent task. The article presents data of comparative analysis concerning medical abortion, its effectiveness and complications in physiological and regressive pregnancies. 114 clinical cases of termination of pregnancy were analyzed. Of these, in 40 cases there was non-developing pregnancy and 74 cases form physiologically developing but unwanted pregnancy. Our study demonstrated the high efficiency of this method (97%). The main complications both during the process of medical abortion and in the post-abortion period were revealed. Taking into account the possible risk factors of medical abortion that can cause complications contributes to the improvement of the effectiveness of this method and reduction in the number of complications.

■ **Keywords:** physiological pregnancy; non-developing pregnancy; medical abortion; mifepristone; misoprostol.

Введение

Во всем мире проблема искусственного прерывания беременности не утратила своей актуальности и по сей день. Несмотря на наличие большого количества современных средств контрацепции и повсеместную их пропаганду, с каждым годом число женщин, в отношении которых проводится данная процедура, только увеличивается [1, 5]. При этом по-прежнему большая часть из них сами изъявляют желание прервать незапланированную беременность. Другая часть беременных женщин имеют строгие медицинские показания для прерывания беременности. Одно из ведущих показаний к искусственному аборту — неразвивающаяся беременность [4, 5]. Актуальность данной проблемы заключается еще и в поиске наиболее подходящего метода прерывания такой беременности — метода, позволяющего провести процедуру в максимально короткие сроки, с высокой степенью эффективности, и что не менее важно, с низким риском развития побочных эффектов и осложнений [2, 3]. Золотым стандартом искусственного прерывания беременности при регрессе до сих пор является хирургическая эвакуация погибшего плодного яйца, так как именно она позволяет быстро получить результат. Однако данная процедура сопряжена с высоким риском развития осложнений как в раннем, так и в отдаленном периоде [2, 4]. Один из современных наиболее щадящих методов лечения неразвивающейся беременности — медикаментозное опорожнение полости матки. Так, благодаря внедрению в практику медицинских рекомендаций по медикаментозному методу прерывания беременности, с 2015 г. стало возможным прерывать регрессирующую беременность сроком до 63 дней аменореи включительно фармакологическим методом [3, 4]. Высокая эффективность и безопасность данного метода прерывания неразвивающейся беременности достаточно хорошо изучена и доказана многими авторами [1, 2, 6]. Однако данный способ прерывания беременности не исключает развития осложнений, изучение которых необходимо для повышения приемлемости и хорошей переносимости данного метода, а также с целью повышения его эффективности и результативности.

Цель исследования — провести сравнительный анализ эффективности искусственного прерывания физиологической и неразвивающейся беременности медикаментозным методом, а также оценить структуру и частоту развития осложнений при проведении данного вмешательства.

Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ амбулаторных карт женщин с медикаментозным прерыванием беременности в акушерско-гинекологическом отделении Университетской многопрофильной клиники ФГБОУ ВО ТюмГМУ с 2016 по 2018 г. Критериями исключения из исследования стали: подозрение на внематочную беременность; беременность, наступившая на фоне внутриматочной спирали; наличие тяжелой соматической патологии у обследованных женщин; геморрагические нарушения и прием антикоагулянтов; случаи индивидуальной непереносимости препаратов, применяемых с целью медикаментозного аборта.

Всего было проанализировано 114 карт, которые были разделены на две группы. Первую составили случаи с медикаментозным прерыванием физиологически развивающейся незапланированной беременности ($n = 74$). Вторую группу составили случаи медикаментозного прерывания неразвивающейся маточной беременности ($n = 40$). Медикаментозное прерывание беременности всем женщинам проводилось путем перорального однократного приема 600 мг Миропристона® (мифепристон, фирма-производитель STADA CIS, регистрационный номер Р N002340/01) и последовательного приема Миролюта® (мизопростол, фирма-производитель STADA CIS, регистрационный номер LC-001766) перорально в дозировке 400 мкг. В случае неэффективности, отсутствии кровянистых выделений и экспульсии плодного яйца производился повторный прием 400 мкг мизопростола.

По сроку прерывания беременности каждая группа была разделена еще на 2 подгруппы: в подгруппу 1А вошли женщины с прерыванием физиологической беременности со сроком аменореи до 49 дней ($n = 40$); в подгруппу 1Б — женщины с физиологической беременностью сроком 50–63 дня аменореи ($n = 34$); в подгруппу 2А вошли женщины с неразвивающейся беременностью со сроком аменореи до 49 дней включительно ($n = 24$); в подгруппу 2Б — с неразвивающейся беременностью сроком 50–63 дня аменореи ($n = 16$). В каждой подгруппе были изучены клиническое течение прерывания беременности, его эффективность, а также случаи развития осложнений. Эффективность медикаментозного прерывания беременности оценивали по результатам гинекологического осмотра и ультразвукового исследования, проводимого на 12–14-й день после приема препаратов. Неэффективным медикаментозный аборт считался в случае сохранения частей плодного яйца (неполный аборт) или дальнейшего прогрессирования

беременности. В данных случаях проводилась мануальная вакуум-аспирация содержимого полости матки. Для обработки и представления результатов использовался пакет программ MicrosoftOffice 2016 и система для статистического анализа данных Statistica 6.0.

Результаты и обсуждение

Средний возраст женщин в первой группе составил $28,41 \pm 6,24$ года; во второй группе (с неразвивающимися беременностями) — $32,57 \pm 4,34$ года. При оценке социально-биологического портрета женщин было выявлено, что обе группы были однородны. Так, большая часть женщин в двух исследуемых группах были замужем, большинство женщин — 58 и 61 % соответственно — имели высшее образование и были социально заняты. Примерно равное количество женщин в обеих группах (20 %) были безработными (табл. 1).

При анализе анамнестических данных было выявлено, что менструальная функция у женщин чаще была не нарушена. Так, регулярными месячные были у 95 % женщин в первой группе и 90 % — во второй. Болезненными месячные были только в 6 % случаев в первой группе и в 8 % во второй. Также у большинства обследованных в обеих группах месячные были умеренными; обильные месячные отмечались только у 10 % в каждой группе; скудные месячные чаще были выявлены в группе с медикаментозным прерыванием регрессирующей беременности (табл. 2). При оценке акушерского анамнеза было выявлено, что большинство женщин в первой группе имели несколько беременностей и родов в анамнезе, а в группе женщин с неразвивающейся беременностью большинство данных беремен-

ностей были первыми. Примечательно, что во второй группе у двух женщин беременность наступила в результате экстракорпорального оплодотворения.

При анализе гинекологической патологии у обследуемых было выявлено, что частота встречаемости той или иной патологии была несколько выше в группе женщин с фармакологическим прерыванием регрессирующей беременности. Так, в структуре генитальной патологии в большинстве случаев выявлялись воспалительные заболевания женских половых органов — 33 %; эрозия шейки матки — 31 %; реже встречались кисты яичников — 16 %; патология эндометрия (полипы, гиперплазии) — 8 %; эндометриоз и миома матки встречались в 6 % случаев. В структуре соматической патологии чаще встречались заболевания мочевыводящей системы, желудочно-кишечного тракта, а также сердечно-сосудистая патология. При этом в группе женщин с неразвивающейся беременностью соматическая патология встречалась чаще, и в ряде случаев, вероятно, она могла послужить причиной развития данного состояния. Примечательно, что соматически здоровым было примерно одинаковое количество женщин в обеих группах, и это число не превышало трети всех обследованных.

При оценке клинического течения медикаментозного прерывания беременности были получены данные, которые представлены в табл. 3.

В ходе обследования было выявлено, что пероральный прием мифепристона все пациентки переносят хорошо, ни в одном случае не было зарегистрировано проявление побочных реакций и осложнений. Спустя 2–3 часа наблюдения врача после приема препарата

Таблица 1 / Table 1

Социально-биологический портрет женщин с медикаментозным прерыванием беременности
Socio-biological portrait of women with medical abortion

| | Женщины с физиологической беременностью | Женщины с неразвивающейся беременностью |
|--|---|---|
| Возраст $M \pm SD$, лет | $28,41 \pm 6,24$ года | $32,57 \pm 4,34$ года* |
| Семейное положение: замужем не замужем | 52 % 48 % | 68 % 32 % |
| Образование: высшее среднее | 58 % 42 % | 60 % 40 % |
| Трудовая занятость: работающие безработные | 81 % 19 % | 80 % 20 % |

Примечание: * достоверное отличие величин, при $p \leq 0,05$.

Таблица 2 / Table 2

Акушерско-гинекологический и соматический анамнез женщин с медикаментозным прерыванием беременности
Obstetric-gynecologic and somatic anamnesis of women with medical abortion

| | Женщины с физиологической беременностью | Женщины с неразвивающейся беременностью |
|--|---|---|
| <i>Акушерско-гинекологический анамнез</i> | | |
| Менструальный цикл: регулярный нерегулярный | 95 % 5 % | 90 % 10 % |
| Болезненность: болезненные безболезненные | 6 % 94 % | 8 % 92 % |
| Объем кровопотери: обильные умеренные скудные | 10 % 84 % 6 % | 10 % 80 % 10 % |
| Беременности в анамнезе: первобеременные 1–2 беременности 3 и более | 10 % 36 % 54 % | 64 % 21 % 15 % |
| <i>Гинекологические заболевания</i> | | |
| Воспалительные заболевания | 33 % | 36 % |
| Эрозия шейки матки | 31 % | 28 % |
| Патология эндометрия | 8 % | 12 % |
| Эндометриоз | 6 % | 10 % |
| Миома | 6 % | 9 % |
| Кисты яичников | 16 % | 18 % |
| <i>Соматический анамнез</i> | | |
| Здоровы | 26 % | 24 % |
| Заболевания сердечно-сосудистые | 8 % | 9 % |
| Заболевания желудочно-кишечного тракта | 12 % | 11 % |
| Заболевания мочевыделительной системы | 14 % | 16 % |
| Эндокринная патология | 6 % | 7 % |
| Заболевания опорно-двигательной системы | 4 % | 3 % |

Таблица 3 / Table 3

Клиническая оценка течения и эффективности медикаментозного прерывания беременности
Clinical evaluation of the course and effectiveness of medical abortion

| | Женщины с физиологической беременностью | | Женщины с неразвивающейся беременностью | |
|---------------------------------------|---|----------------------------------|---|----------------------------------|
| Срок прерывания беременности | 49 дней аменореи, n = 40 | 50–63 дня аменореи, n = 34 | 49 дней аменореи, n = 24 | 50–63 дня аменореи, n = 16 |
| Тошнота | 10 % (4) | 9 % (3) | 8 % (2) | 12 % (2) |
| Рвота | 10 % (4) | 12 % (4) | 12 % (3) | 12 % (2) |
| Повышение температуры | 0 % | 0 % | 4 % (1) | 12 % (2) |
| Интенсивная боль внизу живота | 5 % (2) | 3 % (1) | 8 % (2) | 12 % (2) |
| Обильное кровотечение | 0 % | 3 % (1) | 12 % (3) | 18 % (3) |
| Неполный аборт | 0 % | 3 % (1) | 0 % | 12 % (2) |
| Гематометра | 0 % | 6 % (2) | 8 % (2) | 12 % (2) |
| Прогрессирующая беременность | 0 % | 0 % | 0 % | 0 % |
| Эффективность прерывания беременности | 100 % | 97 % | 100 % | 88 % |

все пациентки были отпущены домой, с обеспечением телефонного контакта в случае необходимости. У 45 % женщин с неразвивающейся беременностью было зарегистрировано начало мажущих кровянистых выделений, но экспульсии плодного яйца после приема антипрогестина не было зарегистрировано ни в одном случае, и всем пациенткам потребовался последующий прием мизопростола в условиях дневного стационара под наблюдением врача. Большинство литературных источников также указывает на то, что прием препаратов антипрогестинов обычно переносится женщинами хорошо, а вот прием аналогов простагландинов может вызвать ряд побочных эффектов: тошноту, рвоту, интенсивную схваткообразную боль, головную боль, обильное кровотечение, озноб и повышение температуры тела [1, 3, 4].

Прерывание беременности во всех группах обследуемых сопровождалось появлением тянущих болей внизу живота и умеренными кровянистыми выделениями из половых путей. С применением визуально-аналоговой шкалы оценки интенсивности боли было выявлено, что у 5 % женщин с прерыванием физиологической беременности сроком до 49 дней аменореи и у 3 % женщин со сроком аменореи до 63 дней возникала интенсивная схваткообразная боль, потребовавшая повторного приема анальгетиков. Интенсивный болевой синдром также был выявлен у 8 и 12 % женщин, имеющих неразвивающуюся беременность с давностью аменореи до 49 и до 63 дней соответственно. Тошнота и рвота наблюдались примерно в равном количестве процентов случаев у всех женщин. Так, у женщин с аменореей до 49 дней рвота встречалась в 10 % случаев, а при длительности аменореи до 63 дней — в 12 % случаев. Рвота при медикаментозном прерывании неразвивающейся беременности отмечалась в равном числе случаев — 12 % как на сроке до 49 дней аменореи, так и на сроке до 63 дней аменореи включительно. Обильная кровопотеря выявлялась, напротив, достоверно чаще у женщин с неразвивающейся беременностью: у 12 % женщин в подгруппе 2А и в 18 % случаев у женщин подгруппы 2Б, тогда как в подгруппе 1А этот показатель составлял 0 %, а в 1Б — 3 %.

В ходе исследования не было выявлено ни одного случая прогрессирующей беременности. Неполный аборт был диагностирован в одном случае (3 %) в группе женщин с физиологической беременностью со сроком аменореи 50–63 дня; в группе женщин с неразвивающейся беременностью с тем же сроком аменореи он диагностирован уже в двух случа-

ях, что составило 12 %. Всем этим женщинам была проведена мануальная вакуум-аспирация содержимого полости матки с положительным эффектом. Таким образом, эффективность медикаментозно-индуцированного прерывания беременности в подгруппах женщин со сроком аменореи длительностью до 49 дней составила 100 %, в подгруппе с физиологической беременностью до 63 дней аменореи — 97 %, а самый низкий показатель — 88 % — был зарегистрирован в подгруппе женщин с медикаментозным прерыванием неразвивающейся беременности с давностью аменореи 50–63 дня.

При проведении ультразвукового исследования на 12–14-й день в постабортном периоде гематометра была выявлена в 6 % случаев прерывания физиологической беременности сроком 6–9 недель. В группе с регрессирующими беременностями это состояние встречалось чаще — в 8 % случаев при прерывании беременности сроком до 6 недель и в 12 % случаев при прерывании беременности сроком 6–9 недель. Во всех случаях была проведена медикаментозная терапия — прием гестагенов, введение окситоцина. Ни в одном случае не было необходимости в хирургическом опорожнении полости матки. В 4 % случаев прерывания физиологической беременности и в 8 % случаев прерывания регрессирующей беременности в постабортном периоде у женщин был диагностирован острый метроэндометрит, что потребовало проведения антибактериальной терапии.

Таким образом, сравнительный анализ случаев медикаментозного прерывания беременности в группах женщин с физиологической и неразвивающейся беременностью с различными сроками аменореи показал следующее. Медикаментозное прерывание беременности, вне зависимости от факта ее прогрессии, является методом, эффективность которого в ходе исследования составила 88–100 %. При этом меньшая эффективность наблюдалась в группах женщин с более длительным сроком аменореи (50–63 дня), а также в группах женщин с регрессирующей беременностью по сравнению с физиологической. Это можно объяснить существующей инертностью миометрия и большим размером плодного яйца и самой матки.

При анализе случаев развития осложнений у женщин при медикаментозном прерывании беременности было выявлено, что общее количество осложнений в группе женщин с физиологической беременностью сроком до 49 дней аменореи составило 10 %, а при сроке аменореи в 50–63 дня — 14 %. В группе женщин с прерыванием регрессирующей беременности общее количество ослож-

нений при беременности до 49 дней аменореи составило 16 %, а при сроке аменореи 50–63 дня — 24 %. Полученные данные свидетельствуют о большем риске развития осложнений при прерывании неразвивающейся беременности и при прерывании беременности на больших сроках. При анализе отдельных случаев развития осложнений было выявлено, что чаще они развиваются у женщин с отягощенным соматическим и акушерско-гинекологическим анамнезом. Так, практически все случаи обильной кровопотери и задержки частей плодного яйца отмечались у женщин с неоднократным хирургическим прерыванием беременности в анамнезе.

Выводы

1. Эффективность медикаментозного прерывания маточной беременности сроком до 63 дней аменореи составила в общем 97 %, что является хорошим показателем и не противоречит литературным данным.
2. Эффективность медикаментозного прерывания беременности снижается при возрастании срока прерывания и при наличии регрессирующей беременности.
3. Частота осложнений медикаментозного прерывания физиологической беременности в проведенном исследовании составила 12 %, а прерывания регрессирующей беременности — 18 %; с целью снижения процента осложнений прерывание беременности необходимо производить в максимально возможные ранние сроки.
4. Частота развития осложнений при медикаментозном прерывании беременности зависит от наличия сопутствующей соматической и акушерско-гинекологической патологии.
5. Выделение групп риска по развитию осложнений и своевременная их коррекция способны снизить процент осложнений при проведении медикаментозного прерывания беременности.

Литература

1. Аксентьева А.В. Сдвиги в системе гемостаза у женщин на фоне медикаментозного прерывания маточной беременности малых сроков // Универси-

тетская медицина Урала. — 2017. — Т. 3. — № 2. — С. 5–7. [Aksent'eva AV. Sdvigi v sisteme gemostaza u zhenshchin na fone medikamentoznogo preryvaniya matochnoy beremennosti malyx rokov. *Universitetskaya meditsina Urala*. 2017;3(2):5-7. (In Russ.)]

2. Григорьева Н.В., Рюмин И.И., Спирина Е.А. Оценка состояния коагуляционного звена гемостаза у женщин, прервавших неразвивающуюся беременность раннего срока медикаментозным способом // Университетская медицина Урала. — 2018. — Т. 4. — № 3. — С. 12–14. [Grigor'eva NV, Ryumin II, Spirina EA. Otsenka sostoyaniya koagulyatsionnogo zvena gemostaza u zhenshchin, prervavshikh nerazvivayushchuyusya beremennost' rannego sroka medikamentoznym sposobom. *Universitetskaya meditsina Urala*. 2018;4(3):12-14. (In Russ.)]
3. Министерство здравоохранения РФ. Медикаментозное прерывание беременности. Клинические рекомендации (протокол лечения). — М., 2015. — 35 с. [Ministerstvo zdravookhraneniya RF. Medikamentoznoe preryvanie beremennosti. Klinicheskie rekomendatsii (protokol lecheniya). Moscow; 2015. 35 p. (In Russ.)]
4. Междисциплинарная ассоциация специалистов репродуктивной медицины. Неразвивающаяся беременность. Методические рекомендации МАРС. — М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2015. — 48 с. [Mezhdistsiplinarnaya assotsiatsiya spetsialistov reproduktivnoy meditsiny. Nerazvivayushchayasya beremennost'. Metodicheskie rekomendatsii MARS. Moscow: Redaktsiya zhurnala StatusPraesens; 2015. 48 p. (In Russ.)]
5. Спирина Е.А., Галушко М.Г. Социально-биологические особенности женщин, прервавших регрессирующую беременность в первом триместре фармакологическим способом / Материалы международной научно-практической конференции «Новые технологии — нефтегазовому региону»; Тюмень, 16–20 мая 2016 г. — Тюмень, 2016. — С. 143–145. [Spirina EA, Galushko MG. Sotsial'no-biologicheskie osobennosti zhenshchin, prervavshikh regressiruyushchuyu beremennost' v pervom trimestre farmakologicheskim sposobom. In: Proceedings of the International Scientific and Practical Conference "Novye tekhnologii — neftegazovomu regionu"; Tyumen', 16-20 May 2016. Tyumen'; 2016. P. 143-145. (In Russ.)]
6. Bettahar K, Pinton A, Boiserie T, et al. Medical induced abortion. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2016;45(10):1490-1514. <https://doi.org/10.1016/j.jgyn.2016.09.033>.

■ Информация об авторе

Наталья Владимировна Григорьева — аспирант кафедры акушерства и гинекологии, ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет», Тюмень. E-mail: Grigorevanatalya90@mail.ru.

■ Information about the author

Natalya V. Grigoryeva — Postgraduate Student, Department of Obstetrics and Gynecology, Tyumen State Medical University, Tyumen, Russia. E-mail: Grigorevanatalya90@mail.ru.