

ИСКУССТВЕННЫЕ АБОРТЫ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

Очилдиев А.А.¹, Худоярова Д.Р.², Элтазарова Г.Ш.³

¹Очилдиев Асрор Акбарович – резидент магистратуры;

²Худоярова Дилдора Рахимовна – доктор медицинских наук, доцент;

³Элтазарова Гулнара Шербековна – доцент,
кафедра акушерства и гинекологии №1,

Самаркандский государственный медицинский институт,
г. Самарканд, Республика Узбекистан

Аннотация: уменьшение ранних и поздних послеоперационных осложнений и поддержание репродуктивной функции является одной из важных задач в области акушерства и гинекологии. Ведение медикаментозного аборта в области практического акушерства и гинекологии снижает послеродовой эндометрит, септические заболевания, вторичное бесплодие, а также гнойно-септические заболевания после аборта и материнскую смертность. Выяснено какие аборт безопасны и какие осложнения могут встречаться. Были изучены преимущества препаратов мифепристон и мезопростол для прерывания беременности. С целью профилактики осложнений безопасного аборта первый вариант медикаментозного прерывания явился оптимальным.

Ключевые слова: аборт, осложнения, репродуктивная функция, медикаментозный аборт, мифепристон, мезопростол.

Актуальность проблемы. Считается, что аборт прекращаются с 1 до 22 недели беременности. Аборт делится на самопроизвольные и искусственные.

Для искусственных абортов используются различные методы, выбор которых определяется продолжительностью беременности. В течение первого и третьего месяцев беременности проводится выскабливание полости матки и вакуумная аспирация. Аборт, вызванный лекарствами, простагландинами (мифепристоном) и мезопростолом в таблетках называется медикаментозным [9-12, 13]. В течение второго триместра беременности раньше использовалось интра- и экстрамниотальное введение гипертонического раствора для абортов, выполнялось малое кесарево сечение, дилатация шейки матки с помощью катетера Фолея или вставление ламинарий [1-4, 14, 17]. В настоящее время мифепристон и мезопростол используют в первом и втором триместре беременности, до 22 недель. Каждый метод прерывания беременности имеет свои осложнения и преимущества. Наиболее опасным осложнением хирургического прерывания беременности является перфорация стенки матки, которая требует проведения лапаротомии. Также возможны такие осложнения после аборта как эндометрит, развитие септических расстройств и материнская смертность [5-9, 13, 16].

При медикаментозных абортах недостатками являются сильная боль, недостаточная чувствительность к препарату, повышение температуры тела, тремор, неполный выкидыш, кровотечение. Следовательно, существуют преимущества и недостатки прерывания беременности, и уменьшение этих недостатков, защита репродуктивного здоровья женщин и профилактика вторичного бесплодия могут рассматриваться как одна из основных проблем, стоящих сегодня перед медициной [7, 11, 15].

Материалы и методы исследования. Проспективные: сбор анамнеза, общий анализ крови, общий анализ мочи, ультразвуковое исследование, бактериологическое исследование выделений из влагалища, коагулограмма, группа крови за 2018-2019 годы. Клинические исследования проводились в СамМИ и Самаркандском родильном комплексе № 1.

Группа 1 - 66 женщин, из них в сроке беременности 4-12 недель было 33 – женщины, в сроки 13-21 неделя также 33 женщины, всем им выполнялось медикаментозное прерывание беременности.

Во 2-й группе 33 женщины в сроке гестации 4-21 неделя - беременность прерывалась хирургическим путем. В третью группу (контрольная) вошли 33 женщины у которых произошел самопроизвольный выкидыш, и неполный выкидыш. Этой группн больных выполнено выскабливание полости матки.

Целью нашего исследования было выяснить какие аборт безопасны, а какие осложняют аборт во время прерывания беременности. Были изучены преимущества прерывания беременности с использованием медикаментозных препаратов мифепристона и мезопростола.

Результаты. В 1-й группе больных аборт проводились в сроках беременности 4–8 недель и 9–12 недель двумя способами.

Метод 1 (по нашей методике), гестационный возраст 4-8 недель (n = 18), мифепристон 1 таблетка перорально, через 48 часов 400 мг мезопростола перорально и 400 мг мезопростола через 1 час per os. Эффективность достигала - 86,7%. У 6,6 % больных лекарство оказалось не эффективным (выкидыш не произошел). Неполный выкидыш составил - 6,6% случаев. В такой ситуации, т.е. при отсутствии эффекта проводилось дополнительное использование 400 мкг мезопростола через час, 2 раза. Общая доза мезопростола составила 1600 мкг. Метод 2 (традиционный): Мифепристон 1 таблетку перорально, через 48 часов 400 мкг мезопростола перорально и через 3 часа 400 мкг мезопростола перорально.

Эффективность составила 53,4%. Отсутствие эффекта от препарата составляет 20%. Осложнения: неполный выкидыш - 26,6%, остатки сгустков крови - 26,6%. При отсутствии эффекта проводилось дополнительное использование 400 мг мезопростола через час, 2 раза. Общая доза мезопростола составила 1600 мг.

Прерывание беременности по 1 методу, срок беременности от 9 до 12 недель (n = 15), мифепристон - 1 таблетка перорально, через 48 часов 400 мг мезопростола перорально и 400 мг мезопростола per os 1 час спустя. Эффективность составила - 86,7%. Отсутствие эффекта от приема лекарства составила - 6,6%. Осложнения в виде задержки плаценты в шейке матки 6,6%. Использование мезопростола продолжалось, когда плацента сохранялась в шейке матки, и через 1 час давали 400 мг перорально, при необходимости (при незначительном кровотечении) через 1 час давали еще 400 мг мезопростола. Эффективная доза общего мезопростола составляла 1600 мг.

Метод 2 срок гестации от 9 до 12 недель, мифепристон по 1 таблетке per os, через 48 часов 400 мг мезопростола per os и 400 мг мезопростола per os через 3 ч. Эффективность составила 73,4%. Отсутствие эффекта от приема препарата составила 6,6%. Осложнения наблюдались в виде неполного выкидыша, что составило 13,3% и кровотечение - 20%. В случае неполного выкидыша дополнительно применяли 400 мг мезопростола и через 1 час еще 400 мг мезопростола. Общая доза мезопростола составила 1600 мг.

Метод 1: гестационный возраст 13–21 нед (n = 33), мифепристон 1 таблетка перорально, через 48 часов 400 мг мезопростола перорально и 200 мг мезопростол per os каждый час (до 5 раз) - эффективность до 94%. Осложнения неполный аборт - 6%. При неполном аборте дается 200 мг мезопростола каждый час (всего 2 раза). Общая доза мезопростола составляла 1600 -1800 мг. Во 2-й группе хирургическое прерывание беременности также проводилось в сроках 4-8 недель и 9-12 недель. В сроке 4-8 недель (n = 18) эффективность составила 100%, у 11,1% развился послеоперационный эндометрит после хирургического аборта. При хирургическом прерывании беременности в сроках 9–12 недель (n = 15), эффективность составила 100%, осложнения - 6,6% в виде послеоперационного эндометрита.

В контрольной группе, состоящий из 33 (n = 33) больных в сроках 4-8 недель беременности было 13 больных, из которых в 10 случаях (76,9%) произошел неполный выкидыш, в трех случаях (23,1%) - полный выкидыш, в сроке 9-12 недель было 10 больных (n = 10), из которых в 8 случаях (80%) произошел неполный выкидыш и в двух случаях (20%) - полный выкидыш. В сроке 13-21 неделя - 10 больных (n = 10) неполный выкидыш произошел в 9 (90%) случаях, и только в одном случае - полный выкидыш.

Больным с неполным выкидышем (81,8%), т.е. 27 больным выполнено выскабливание полости матки. Послеабортный эндометрит в этой контрольной группе больных составил от 12,5 до 33,3% случаев.

Недостатками медикаментозного прерывания беременности являются: сильные боли внизу живота и пояснице, недостаточная чувствительность к препарату, неполный выкидыш, повышение температуры тела, судороги, рвота, тошнота, кровотечение. В случае кровотечения необходимо выскабливание полости матки. Недостатками хирургического прерывания беременности являются: нет возможности прерывания беременности при наличии признаков острого воспаления в половых органах, требует проведения анестезиологического пособия, возможны остатки полудного яйца, в некоторых случаях - дальнейшее развитие плода, в редких случаях - перфорация матки, в таком случае возникает необходимость лапаротомии. Также возможны осложнения анестезии (рвота, синдром Мендельсона). Все вышеуказанные осложнения хирургического прерывания беременности чаще приводят к развитию эндометрита, развитию септических расстройств и материнской смертности.

Выводы. В результате медикаментозного прерывания беременности по первой методике эффективность в первой группе составила 86,7% - 94%, при возникновении осложнений применяли дополнительно мезопростол в дозе 1600 мг, эффективность составила в этой группе - 100%.

При использовании второй методики больным первой группы - эффективность составила 53,4% - 73,4%, а при наличии осложнений дозировка мезопростола составляла 1600 мг, эффективность также составляла 100%.

Во 2-й группе в сроке 4–8 недель беременности и 9–12 недель беременности хирургический метод прерывания составил 100%.

В 3-й группе у женщин, с самопроизвольными выкидышами в 81,8% случаев пришлось выполнить выскабливание полости матки.

Таким образом, можно заключить, что при медикаментозном прерывании беременности в первой группе больных при использовании первой методики осложнения составили 6,6% (нечувствительность к препарату и неполный выкидыш); при использовании второй методики осложнения составили от 6 до 26,6% случаев (нечувствительность к препарату, неполный выкидыш, кровотечение). При хирургическом прерывании беременности эффективность составила 100%, однако в 6,6 - 11,1% случаев развился послеабортный эндометрит.

В контрольной же группе с самопроизвольными выкидышами, которым произведено выскабливание полости матки осложнения эндометритом составили от 12,5 до 33,3% случаев. Всем больным после хирургического выскабливания полости матки профилактически назначено метронидазол и доксициклин по схеме. В случаях развития осложнений в виде эндометрита добавлялось лечение антибиотиком.

Итак, для предотвращения риска осложнений при безопасном аборте медикаментозная терапия по первой методике в первой группе была предпочтительней по сравнению с другими методами прерывания беременности. Так, такие осложнения как кровотечения, эндометрит после аборта, септические заболевания, оперативные вмешательства и материнская смертность снижаются именно после применения медикаментозного аборта, а также снижается риск возникновения вторичного бесплодия.

Список литературы

1. Агабабян Л.Р., Гайибов С.С., Носирова З.А. Особенности течения медикаментозного прерывания беременности у женщин с рубцом на матке //International scientific review. 2017. №. 2 (33).
2. Агабабян Л.Р., Гайибов С.С. Особенности акушерско-гинекологического и соматического статуса у женщин, обратившихся для искусственного прерывания беременности //Вестник врача. С. 15.
3. Базарова З.З., Собирова С.Э. Гистерэктомия как эффективный метод терапии при тяжелых акушерских осложнениях //Достижения вузовской науки 2018. 2018. С. 260-264.
4. Дустова Н.К. Особенности течения беременности и её исход в зависимости от степени тяжести преэклампсии //Проблемы биологии и медицины. 2012. Т. 1. С. 129.
5. Лапасов С.Х., Хусинова Ш.А., Хакимова Л.Р. Повышение качества информированности беременных женщин о подготовке к родам и методам контрацепции //Сборник статей. 2019. № 1. 2019.
6. Насирова З.А., Агабабян Л.Р. Постплацентарное введение внутриматочных спиралей у женщин, родоразрешенных абдоминальным путем //Problemy Reproduktsii. 2017. Т. 23. №. 2.
7. Негмаджанов Б.Б., Худоярова Д.Р., Рахимова Г.Э. Эффективность двухэтапного лечения маточных кровотечений пубертатного периода на фоне эндемического зоба //Врач-аспирант. 2009. №. 6. С. 467-471.
8. Ибрагимов Б.Ф., Худоярова Д.Р. Современные методы диагностики гиперандрогенных состояний в гинекологии //Достижения науки и образования. 2019. №. 10 (51).
9. Ким В.О., Гуламова М.Х. Кровотечение, вызванное повреждением мышц передней брюшной стенки при абдоминальном родоразрешении //Вестник врача. 2016. С. 26.
10. Махмудова С.Э., Ахмедова А.Т. Особенности контрацепции после медицинского аборта //Вестник врача. с. 23.
11. Мардонова З., Косимова Н.И. Анализ проведения медикаментозного аборта //Проблемы биологии и медицины. 2012. Т. 1. С. 68.
12. Рахимджанова М.Т. и др. Изучение исходов беременности у больных сахарным диабетом 1 типа в зависимости от различных факторов //Проблемы биологии и медицины. 2004. №. 2. С. 37-39.
13. Хамдамов И.Б., Хамидова Н.Р. Контрацепция у женщин преклимактерического возраста //Проблемы биологии и медицины. 2012. Т. 1. С. 138.
14. Худоярова Д.Р., Негмаджанов Б.Б. Диагностика и тактика ведения больных с пороками развития половых органов //Андрология и генитальная хирургия. 2005. Т. 6. №. 1. С. 20-22.
15. Элтазарова Г.Ш., Ахтамова З.М. Морфологическая оценка целесообразности лечения TORCH-инфекции у женщин с отягощенным акушерским анамнезом //Врач-аспирант. 2010. Т. 42. №. 5. С. 94-101.
16. Элтазарова Г.Ш. Ҳомиладорликнинг биринчи ва иккинчи яримдаги ҳамда туғруқдан кейинги эрта қон кетишлар. «Ўзбекистон миллий энциклопедияси» Тошкент 2017. 131 стр.
17. Shamsiyev A.M., Khusinova S.A. The Influence of Environmental Factors on Human Health in Uzbekistan //The Socio-Economic Causes and Consequences of Desertification in Central Asia. – Springer, Dordrecht, 2008. С. 249-252.