

УДК 618.3 (571.54)

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ПРЕРЫВАНИЯ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ В РЕСПУБЛИКЕ БУРЯТИЯ

© **Жамсоева Ирина Базаровна**

врач акушер-гинеколог

гинекологическое отделение Министерства здравоохранения Республики Бурятия

Россия, 670001, Улан-Удэ, ул. Ленина, 54

E-mail: zhamsoeva.ira@mail.ru

© **Алексеева Лилия Лазаревна**

доктор медицинских наук, доцент, исполняющий обязанности главного врача

Министерство здравоохранения Республики Бурятия

Бурятский государственный университет

670031 г. Улан-Удэ, Россия,

E-mail: l.alekseeva09@mail.ru

В настоящее время, по официальным данным, в России женщины составляют 53% населения [1], в Республике Бурятия за 2017 г. их число равно 52.3%. Из них в России только 45,7% (35.4 млн) находятся в репродуктивном возрасте. При этом в ближайшее время прогнозируется отрицательная тенденция роста репродуктивного здоровья и увеличение бесплодия, эндометриоза и невынашивания беременности. На сегодняшний день нерешенными проблемами в акушерстве и гинекологии, вносящими значительный вклад в репродуктивные потери, увеличение частоты замершей беременности в РФ.

До сих пор основным и эффективным методом прерывания замершей беременности является вакуум-аспирация, реже — инструментальное опорожнение полости матки. В последние годы рассматривается медикаментозное прерывание ЗБ с использованием мифепристона в комбинации с мизопростолом. Из-за побочных эффектов мизопростолом, таких как лихорадка, тошнота, рвота, выраженный болевой синдром, на базе гинекологического отделения ГАУЗ РПЦ МЗ Республики Бурятия было разработано несколько схем медикаментозного прерывания неразвивающейся беременности до 22 недель.

Ключевые слова: репродуктивное здоровье, бесплодие, несостоявшийся выкидыш, Мифепристон, Мифепристон.

Одним из приоритетных направлений деятельности правительства России является проблема демографического развития страны — ее депопуляция, т. е. естественная убыль населения. В настоящее время, по официальным данным, в России женщины составляют 53% населения [1], в Республике Бурятия за 2017 г. их число равно 52.3%. Из них в России только 45,7% (35.4 млн) находятся в репродуктивном возрасте. При этом в ближайшее время прогнозируется отрицательная тенденция роста репродуктивного здоровья и увеличение бесплодия, эндометриоза и невынашивания беременности. Поэтому сохранение «женского здоровья» является одной из первостепенных задач не только современной медицины, но и всего общества. Данная ситуация усугубляется, несмотря на широкое внедрение и применение ВРТ. Так, в МЦ «Диамед» в г. Улан-Удэ за последние пять лет успешно проведено 744 ЭКО.

Среди различных форм невынашивания беременности особое место занимает несостоявшийся выкидыш (missed abortion), т. е. гибель эмбриона или плода

в раннем сроке с длительной задержкой его в полости матки — неразвивающаяся беременность (НБ). В МКБ-10 (1995) введена специальная рубрика «Беременность с абортным исходом», где выделены формулировка и код отдельных форм ранней патологии беременности. Согласно данной классификации, погибшее плодное яйцо, анэмбриония (син.: blighted ovum, anembryonic pregnancy, «empty sac»), представляет собой пустой зародышевый мешок вследствие аплазии или ранней резорбции эмбриобласта. Несостоявшийся выкидыш (missed abortion) — ранняя внутриутробная гибель и задержка плода в полости матки. В научной отечественной литературе в качестве синонимов данных терминов используются понятия «неразвивающаяся» или «замершая беременность» [2].

В 1847 г. Н. Oldham и А. MacClintok впервые для описания внутриутробной гибели плода без его элиминации из полости матки в сроке беременности более 6–7 мес. применили термин *missed labour*, а в 1872 г. был предложен другой термин — *missed abortion*, используемый акушерами-гинекологами до настоящего времени для обозначения аналогичной ситуации, при которой гестационный срок был менее 6–7 нед. [1] Внутриутробная задержка погибшего плода или эмбриона является основной причиной возникновения синдрома мертвого плода. Это патологическое состояние, характеризующееся угнетением сократительной деятельности матки и гемостазиологическими нарушениями в организме матери. Как правило, в I триместре в 75 % случаев сначала происходит гибель эмбриона и только потом могут наблюдаться явления угрозы прерывания беременности или выкидыш. Для неразвивающейся беременности (НБ) характерно отсутствие каких-либо пролиферативных и метаболических процессов с участием клеточно-тканевых элементов плодного пузыря в связи с их далеко зашедшими дистрофическими и некробиотическими изменениями. Данная ситуация усугубляется ареактивностью матки, которая не отторгает погибший плод. Характерным клиническим признаком замершей беременности является стертая картина субъективных проявлений нарушения беременности на фоне стабилизации размеров матки и их несоответствия сроку беременности [1].

До сих пор основным и эффективным методом прерывания замершей беременности является вакуум-аспирация, реже — инструментальное опорожнение полости матки. Однако данные методы для лечения замершей беременности имеют свои недостатки: хронический эндометрит, перфорация матки, синдром Ашермана, бесплодие. Хотя некоторые авторы (Н. М. Подзолкова [3], В. Е. Радзинский и соавт. [4]) рассматривают хронический эндометрит в генезе замершей беременности [2].

В последние годы рассматривается медикаментозное прерывание ЗБ с использованием мифепристона в комбинации с мизопростолом. В 2012 г. международная федерация акушеров-гинекологов (FIGO) предложила медикаментозное прерывание замершей беременности до 12 недель путем применения мизопростола 800 мкг вагинально через каждые 3 часа (максимум две дозы) или сублингвально 600 мкг через каждые 3 часа (максимум 2 дозы) [2].

Согласно Клиническим рекомендациям МЗ РФ от 07.06.2016 г. «Выкидыш в ранние сроки беременности: диагностика и тактика ведения» для «медикаментозного кюретажа» в ранние сроки беременности используется т. Миозпростол 800 мкг вагинально, при отсутствии ответа может вводиться еще одна повторная доза, но не ранее чем через 3 часа [5].

С учетом вышеперечисленного акушерам-гинекологам предстоит задача разработки наиболее эффективного и безопасного метода прерывания замершей беременности до 22 недель с минимальными рисками для жизни женщины. Из-за побочных эффектов, таких как лихорадка, тошнота, рвота, выраженный болевой синдром, на базе гинекологического отделения ГАУЗ РПЦ МЗ Республики Бурятия было разработано несколько схем медикаментозного прерывания неразвивающейся беременности до 22 недель.

Цель исследования

Оценить эффективность различных схем медикаментозного прерывания неразвивающейся беременности.

Материал и методы исследования

Основную группу составили 159 пациенток с замершей беременностью до 22 недель, обратившихся в гинекологический стационар ГАУЗ РПЦ. Критерием включения пациенток являлся подтвержденный УЗИ диагноз замершей беременности. Критериями исключения являлись противопоказания для медикаментозного прерывания беременности.

Клинико-лабораторное обследование проводилось согласно приказу МЗ и СР РФ № 572 н. Во всех случаях фармакологический аборт выполняется при наличии добровольного информированного согласия пациентки. Первую группу составили 74 пациентки, медикаментозный аборт которым выполнен по I схеме: т. Мифепристон 200 мг орально — т. Мизопростол 200 мг интравагинально через 24 ч. Вторая группа состояла из 74 женщин, которым прерывание беременности производили согласно II схеме: т. Мифепристон 200 мг орально — т. Мизопростол 400 мкг интравагинально через 24 ч. Третья группа состояла из 11 женщин, которым фармаборт производили согласно III схеме: т. Мифепристон 200 орально — т. Мизопростол 800 интравагинально через 24 ч.

Динамическое наблюдение за выкидышем проводилось с момента поступления пациентки в стационар до раннего постабортного периода в круглосуточном режиме в гинекологическом отделении ГАУЗ РПЦ МЗ РБ. Контрольное ультразвуковое обследование выполнялось в среднем на 3–4-е сутки после выкидыша.

Результаты исследования и обсуждение

Средний возраст пациенток 1-й группы составил $30,77 \pm 2,2$ года, 2-й — $30,85 \pm 2,3$ года, 3-й — $29 \pm 3,7$ года. Количество нерожавших женщин составило: I — 18 (24.3%), II — 23 (31.08%), III — 3 (36.4%).

Срок беременности в данных клинических группах был также сопоставим и колебался от малого срока до 22 недель: до 16 недель — 58 (78.4%) в 1-й группе, 67 (90.5%) — во 2-й группе, 9 (81.8%) — в 3-й группе; с 16 до 18 недель — I гр. 6.7% (5/74); II гр. 5,4% (4/74); с 18 до 20 нед. — I гр. 9.5% (7/74); II гр. 4% (3/4); III гр. 9.1% (1/11), с 20 до 22 нед. — I гр. 5.4% (4/74); III гр. 9.1% (1/11).

Дилатация цервикального канала ламинарными палочками проводилась женщинам, у которого гестационный срок превышал 12 недель, независимо от схемы. При меньшем сроке 12 недель беременности дилатация цервикального канала ламинарными палочками не проводилась, так как удалить их технически было невозможно, к тому же их эффективность до 12 недель была низкой.

Экспульсия плода и плаценты произошла у 80% (59/74) пациенток I группы, у 91.8% (68/74) женщин, получивших препараты согласно схеме 2, 82% (9/11) произошла в группе 3.

Сроки экспульсии плодного яйца в сравниваемых клинических группах не имели статистически значимых отличий. У основной части наблюдаемых женщин во всех группах аборт происходил в течение 6 часов после приема т. Мизопростол.

Во всех случаях производилась антибиотикотерапия т. Ципрофлоксацин 500 мг 2 р. per os.

Контрольное УЗИ проводилось на 3–4-е сутки постабортного периода, при котором отмечались следующие результаты: остатки плодного яйца, гематометра наблюдалось у женщин I группы — 17 случаев (22.9%), II группе — 30 (40.5%), III группе — 3 (27.2%). Соответственно после контрольного УЗИ произведена вакуумаспирация полости матки: в I группе 17.6% (13/74), во II группе 35% (26/74), в III группе 18.2% (2/11).

Заключение

Таким образом, по результатам нашего исследования медикаментозный метод прерывания неразвивающейся беременности является не только эффективным, но и безопасным. Оптимальная схема проведения медикаментозного прерывания неразвивающейся беременности до 22 недель является: т. Мифепристон 200 мг орально через 24 часа т. Мизопростол 400 мкг вагинально с эффективностью 91.8%.

Данные исследования демонстрируют перспективность метода для сохранения репродуктивного здоровья, для снижения осложнений и материнской смертности женщин, вынужденных прервать неразвивающуюся беременность.

Литература

1. Захарова Е. А. Некоторые аспекты медико-социальной характеристики женщин с неразвивающейся беременностью // Здоровье и образование в XXI веке. 2016. № 6. С. 87–90.
2. Аманов А. М. Медикаментозные методы прерывания замершей беременности в первом триместре // Вестник КРСИ. 2015. Т. 15. № 11. С. 20–22.
3. Подзолкова Н. М. Невынашивание беременности: руководство для врачей / Н. М. Подзолкова, М. Ю. Скворцова, Т. В. Шевелева. М.: ГЭОТАРМедиа, 2012. С. 128.
4. Радзинский В. Е. Неразвивающаяся беременность / В. Е. Радзинский, В. И. Дмитриева, И. Ю. Майскова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.
5. Ho P. C., Gómez Ponce de León R., Weeks A., Winikoff B. Misoprostol to treat missed abortion in the first trimester.
6. Выкидыш в ранние сроки беременности: диагностика и тактика ведения: клинические рекомендации от 07 июня 2016 г. / Министерство здравоохранения Российской Федерации.

EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF MEDICAL TERMINATION OF PREGNANCY IN THE REPUBLIC OF BURYATIA

Irina B. Zhamsoeva

Obstetrician – Gynecologist,

Gynecology Department,

Republican Perinatal Center of the Ministry of Health of the Republic of Buryatia

54, Lenin st., Ulan-Ude, 670031 Russia

E-mail: zhamsoeva.ira@mail.ru

Lilia L. Alekseeva

Doctor of Medical Sciences, Associate Professor,
Acting Chief Physician,
Republican Perinatal Center of the Ministry of Health of the Republic of Buryatia

Department of Obstetrics and Gynecology with Course of Pediatrics,
Buryat State University
54, Lenin st., Ulan-Ude, 670031 Russia
E-mail: l.alekseeva09@mail.ru

This study assesses the effectiveness of various schemes of medical termination of a non-developing pregnancy using the example of the Republic of Buryatia. These studies demonstrate the promise of the method for preserving reproductive health, for reducing the complications and maternal mortality of women forced to end a non-developing pregnancy.

Keywords: evaluation, effectiveness, medical termination, pregnancy, Republic of Buryatia