

УДК 61

DOI 10.21661/r-463708

*Е.Ю. Киселева, М.И. Базина, А.Т. Егорова, С.Н. Жарская*

## ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ПРЕРЫВАНИЯ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ

*Аннотация:* в данной статье обобщаются преимущества медикаментозного прерывания беременности в особых клинических ситуациях. Представлен анализ собственного опыта медикаментозного завершения неразвивающейся беременности по материалам КГБУЗ КМКБ №4 г. Красноярск. Приведена структура осложнений и методы их лечения. Обосновывается перспективность современных безопасных технологий завершения беременности.

*Ключевые слова:* медикаментозный аборт, неразвивающаяся беременность, гистероскопия.

*E.Yu. Kiseleva, M.I. Bazina, A.T. Egorova, S.N. Zharskaya*

## EXPERIENCE OF USE OF MEDICAMENTAL INTERRUPTION OF NON-STABILATING PREGNANCY

*Abstract:* this article summarizes the advantages of drug abortion in special clinical situations. The analysis of own experience of medicamentous termination of an undeveloped pregnancy is presented on materials KGBUS KMKB №4 of Krasnoyarsk. The paper explores the structure of complications and methods of their treatment. The prospects of modern safe technologies for the completion of pregnancy are justified.

*Keywords:* medical abortion, undeveloped pregnancy, hysteroscopy.

*Актуальность.* Технологии безопасного завершения беременности являются одним из наиболее изучаемых вопросов современной репродуктивной медицины. С абортами связывают риск возникновения ранних осложнений и отдаленных послед-

ствий, приводящих к длительным и стойким нарушениям репродуктивного здоровья, частота которых увеличивается по мере увеличения сроков прерываемой беременности и достигает максимума в поздние сроки. Для вакуумной аспирации и медикаментозного аборта частота ранних осложнений не велика и не превышает 0.1–3.4 и 0.2–7.3% соответственно [4]. Это диктует необходимость внедрения технологий медикаментозного завершения беременности не только по желанию женщины в регламентированные законом сроки, но и в особых клинических ситуациях, когда необходимо бережное опорожнение полости матки. Одной из наиболее актуальных таких ситуаций является неразвивающаяся беременность (НБ).

В структуре репродуктивных потерь частота НБ составляет 16–18%, а в структуре невынашивания беременности достигает 45.0–88.6% от числа самопроизвольных выкидышей на ранних сроках. В настоящее время как в I, так и во II триместре одним из наиболее эффективных и безопасных методов прерывания НБ является использование медикаментозного метода. В большинстве случаев прерывание НБ происходит без вмешательства в полость матки, что снижает риск хирургических, анестезиологических, инфекционно-воспалительных осложнений, снижает психогенную травму для пациентки [6].

Применение мифепристона в сочетании с простагландинами (мизопростолом) – самый распространенный и изученный метод медикаментозного прерывания беременности. Это наиболее эффективное и безопасное сочетание препаратов [5]. Для прерывания НБ используют как простагландины в виде монотерапии, так и антигестагены в сочетании с простагландинами [2–4; 6]. Схемы прерывания несколько различаются в зависимости от триместра беременности и конкретной клинической ситуации. Эффективность медикаментозного опорожнения матки при НБ составляет от 74 до 92% и может снижаться при наличии 5 беременностей в анамнезе (из них 3 аборта) и увеличении срока беременности [6]. При отсутствии эффекта, согласно современным позициям, показана вакуумная аспирация, имеющая преимущества перед кюретажем по аспекту безопасности [4].

Возможность медикаментозного прерывания НБ в сроки до 63 дней аменореи регламентируется соответствующими нормативными документами (Медикаментозное прерывание беременности. Клинические рекомендации (протокол лечения), утвержден МЗ РФ 15.10.2015 г №15–4/10/2–6120).

Так же к особым клиническим ситуациям можно отнести необходимость завершения беременности в сроки до 22 недель в случае выявления пороков развития плода (по решению перинатального консилиума), при несостоявшемся выкидыше со сроком аменореи более 63 дней, неполном выкидыше и т. д.

По данным службы охраны детства и родовспоможения РФ, в 2013 гг. структура используемых методов прерывания беременности такова: дилатация и кюретаж 69.5%, вакуумная аспирация 19.9%, медикаментозный метод 10.6% [1].

*Цель исследования* – провести ретроспективный анализ случаев медикаментозного прерывания беременности, оценить распространенность встречающихся осложнений, а также определить способы наиболее безопасного завершения беременности после неудачного медикаментозного прерывания

*Материал и методы.* Нами проведен анализ медикаментозного прерывания беременности в особых клинических ситуациях, по материалам КГБУЗ КМКБ №4 г. Красноярск за 2015 г. Для этого был использован годовой отчет по круглосуточному и дневному стационару за 2015 год, выбраны истории болезни с прерыванием беременности по желанию женщины, а так же в особых клинических ситуациях. Проанализированы исходы медикаментозного завершения беременности в случаях с НБ. Выделена структура осложнений, возникших при первичной и повторной госпитализациях, и рассмотрены проведенные методики лечения возникших осложнений и их обоснование.

*Результаты и их обсуждение.* По круглосуточному стационару за 2015 г. было прервано всего 5290 беременностей, из них медикаментозным методом 2498. Так же в 2015 г. в условиях дневного стационара дополнительно прервано медикамен-

тозным методом 299 беременностей. При этом структура аборт по желанию женщины такова: 10.7% медикаментозный аборт, 89.3% хирургический метод, что соответствует среднестатистическим показателям по России.

Число госпитализаций женщин с НБ по данному стационару неуклонно растет год от года на 7–9% и в 2015г составило 1650 человек. Так же активно внедряется в клиническую практику технология медикаментозного завершения беременности (табл. 1).

Таблица 1

*Прерывание беременности медикаментозным методом по стационару*

Нозологии	2013 г	2014 г	2015 г
<i>НБ</i>	<i>112 (7.6%)</i>	<i>487 (31.9%)</i>	<i>872 (52.8%)</i>
<i>Самопроизвольный выкидыш</i>	<i>35</i>	<i>96</i>	<i>134</i>
<i>Пороки развития плода</i>	<i>32</i>	<i>19</i>	<i>134</i>
<i>Неуточненный выкидыш</i>	<i>13</i>	<i>3</i>	<i>9</i>
<i>Итого</i>	<i>192</i>	<i>605</i>	<i>1045</i>

При этом в 2015 году методика осуществлена без осложнений у 93.1% пациентов, наличие осложнений зарегистрировано в 6.9% случаев. Сроки появления осложнений: при первичной госпитализации выявлены у 55.6% женщин; при повторной – у 44.4%.

Анализ структуры осложнений при первичной госпитализации (п = 40) показал, что в 30% случаев не было ответа на схему; у 57.5% пациенток возникло кровотечение, потребовавшее хирургического вмешательства; в 12.5% случаев диагностирован неполный аборт по УЗИ. Методы опорожнения матки: вакуум-аспирация 2.5% случаев, инструментальная ревизия под контролем гистероскопии и без такового – 22.5% и 75% соответственно. При этом следует отметить, что проанализировав общую кровопотерю у женщин, подвергшихся кюретажу, в ряде случаев воз-

можно было бы продолжать выжидательную тактику. То же касается и случаев неполного аборта, когда так же допустима была выжидательная тактика и контроль УЗИ через 14 дней.

Структура осложнений при повторной госпитализации ( $n = 32$ ) оказалась более сложной: 40.6% – плацентарный полип; 34.3% – неполный аборт (при этом пороки развития плода отмечены в 3.1%, поздние сроки беременности 21–22 недели – в 3.1%); в 18.75% случаев отмечены воспалительные осложнения и 6.25% женщин госпитализированы с синдромом срединных болей. Следует отметить, что при повторной госпитализации в 2х случаях неполного аборта после НБ потребовалась гемотрансфузия в связи с тяжелой анемией и массивной кровопотерей. Методы опорожнения матки ( $n = 24$ ) при повторной госпитализации: кюретаж под контролем гистероскопии и инструментальная ревизия полости матки в 37.5% и 62.5% соответственно.

*Обсуждение.* Таким образом, можно сделать следующие выводы.

1. В КГБУЗ КМКБ №4 широко внедрены технологии медикаментозного завершения беременности в особых клинических ситуациях, при НБ за 2015 г. медикаментозным методом прервано 52.8% беременностей.

2. Осложнения данной методики встречались в 6.9% случаев, что позволяет рекомендовать расширение показаний к медикаментозному завершению беременности в клинической практике.

3. Необходимо четко определять показания к переходу с медикаментозного метода на инструментальное опорожнение полости матки, чаще использовать выжидательную тактику, а не «хвататься за кюретку» в тех ситуациях, когда кровопотеря находится в пределах допустимой.

4. Следует критически относиться к такому заключению УЗИ, как «неполный медикаментозный аборт», в особенности если ультразвуковое исследование выполнено ранее рекомендуемых нормативной базой сроков.

5. При неудачах и осложнениях медикаментозного завершения беременности следует шире использовать вакуумную аспирацию как наиболее щадящий метод, а от кюретажа следует по возможности отказаться.

6. Недопустимо проводить кюретаж «вслепую» в случаях НБ, показан обязательный гистероскопический контроль (если к этому нет противопоказаний).

### ***Список литературы***

1. Адамян Л.В. Выкидыш в ранние сроки беременности: диагностика и тактика ведения / Л.В. Адамян, Н.В. Артымук, Т.Е. Белокриницкая [и др.] // Клинические рекомендации (протокол лечения). – М., 2016.

2. Дикке Г.Б. Медикаментозный аборт: Руководство для врачей / Под ред. В.Е. Радзинского. – М.: МЕДпресс-информ, 2015. – 344 с.

3. Радзинский В.Е. Неразвивающаяся беременность. Руководство. Библиотека врача-специалиста / В.Е. Радзинский, В.И. Димитрова, И.Ю. Майскова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 200 с.

4. Радзинский В.Е. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии / В.Е. Радзинский. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – С. 163.

5. Серов В.Н. Акушерство и гинекология: Клинические рекомендации / В.Н. Серов, Г.Т. Сухих. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – С. 607.

6. Савельева Г.М. Акушерство. Национальное руководство / Г.М. Савельева, Г.Т. Сухих, В.Н. Серов, В.Е. Радзинский. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – С. 207.

---

**Киселева Елена Юрьевна** – канд. мед. наук., доцент кафедры акушерства и гинекологии ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава РФ, Россия, Красноярск.

**Kiseleva Elena Yuryevna** – candidate of medical science, associate professor at the department of Obstetrics and Gynecology of FSBEI of HE “Prof. V.F. Voino-Yasenetsky Krasnoyarsk State Medical University” of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Russia, Krasnoyarsk.

**Базина Марина Ивановна** – д-р мед. наук, доцент, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава РФ, Россия, Красноярск.

**Bazina Marina Ivanovna** – doctor of medical sciences, associate professor, head of the department of Obstetrics and Gynecology of FSBEI of HE “Prof. V.F. Voino-Yasenetsky Krasnoyarsk State Medical University” of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Russia, Krasnoyarsk.

**Егорова Антонина Тимофеевна** – д-р. мед. наук, профессор кафедры акушерства и гинекологии ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава РФ, Россия, Красноярск.

**Egorova Antonina Timofeevna** – doctor of medical sciences, professor at the department of Obstetrics and Gynecology of FSBEI of HE “Prof. V.F. Voino-Yasenetsky Krasnoyarsk State Medical University” of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Russia, Krasnoyarsk.

**Жарская Светлана Николаевна** – врач акушер-гинеколог КГБУЗ КМКБ №4, Россия, Красноярск.

**Zharskaya Svetlana Nikolaevna** – obstetrics and gynecology doctor of RSBHI KICH №4, Russia, Krasnoyarsk.

---