

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ИСКУССТВЕННОГО ПРЕРЫВАНИЯ НЕЖЕЛАТЕЛЬНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ У ПОДРОСТКОВ В РАЗНЫЕ СРОКИ ГЕСТАЦИИ

Белорусский государственный медицинский университет

В статье представлены современные консервативные и хирургические методы искусственного прерывания беременности в разные сроки гестации у подростков. Приведены данные о преимуществах и негативных последствиях при использовании различных методов, частоте возникновения послеабортных осложнений при их применении.

Ключевые слова: *современные методы прерывания.*

L.F. Mozejko, E.V. Novikova

MODERN INTERRUPTION OF PREGNANCY METHODS IN ADOLESCENTS IN ITS EARLY AND LATE PERIODS

The article gives data about modern surgical and medical interruption of pregnancy methods in adolescents. It presents possible complications and its frequency in postabortion periods.

Key words: *modern interruption of pregnancy.*

Одной из наиболее актуальных проблем современной медицины является проблема нежелательной беременности среди подростков. Несмотря на значительные усилия, предпринимаемые большинством стран по развитию служб

планирования семьи, темпы снижения числа абортс продолжают оставаться достаточно высокими. Ежегодно в мире проводится около 45 млн. абортс, причем количество подростков в их числе достигает 30% [24]. Согласно статистическим дан

Оригинальная статья

ным за 2006 г. в Республике Беларусь зарегистрировано 58,5 тыс. аборт, в том числе доля девочек подросткового возраста составила 10% от общего количества [3,22,27]. В структуре всех аборт прерывание первой беременности наблюдается в 12,3% случаев [27].

Материал и методы

Проблема подростковой беременности является особой в системе охраны репродуктивного здоровья. В связи с ранним началом половой жизни, ростом числа сексуально-активных подростков увеличивается частота нежелательных беременностей у девочек-подростков, заканчивающихся искусственным прерыванием в большинстве случаев. Как правило, подростковая беременность возникает и прерывается на фоне стресса, в сложной социальной ситуации, что, в сочетании с физиологической незрелостью организма, негативно сказывается на течении реабилитационного периода после аборт. Следует отметить, что искусственное прерывание беременности часто сопровождается развитием осложнений, а в условиях неадекватного функционирования адаптационных механизмов, риск их возникновения повышается, достигая, согласно исследованиям разных авторов 59,4%, причем частота осложнений возрастает с увеличением срока гестации [3,6,17].

В настоящее время существует несколько методов искусственного прерывания беременности, включая консервативные и хирургические. Большинство авторов в последние годы наиболее щадящим методом признают медикаментозный аборт [3,5,23]. С этой целью используется препарат из группы антипрогестинов — RU-486 (мифепристон). Конкурентно взаимодействуя с рецепторами прогестерона эндометрия, миометрия и трофобласта, указанный препарат блокирует эффекты прогестерона — в результате повышается чувствительность миометрия к утеротоническим веществам, увеличивается его сократительная активность, замедляется развитие трофобласта — и, тем самым, способствует прерыванию беременности. Согласно исследованиям Богатовой И.К. с соавт. (2004), чем меньше срок гестации, тем эффективнее применение RU-486. При сроке беременности 2-3 недели эффективность применения указанного препарата достигает 80-90%. В некоторых странах RU-486 комбинируют с аналогами простагландинов, что повышает эффективность и позволяет уменьшить их дозу. В соответствии с данными Володина А.Л. с соавт. (2004), мифепристон следует назначать до 42 дней задержки менструации (от первого дня последней менструации), в дозе 600 мг, натощак. После приема препарата проводится динамическое наблюдение за пациенткой, запрещается прием пищи в течение 2 часов. Как правило, через 22 — 25 часов начинается аборт, который протекает в виде менструальноподобной реакции, средней продолжительностью от 7 до 10 дней [23]. При отсутствии эффекта показано прерывание беременности или удаление остатков плодного яйца методом вакуум-аспирации с последующим назначением антибактериальной терапии (аугментин 1000 парентерально в течение 7 дней). Согласно исследованиям разных авторов, осложнениями медикаментозного аборт являются остатки плодного яйца, маточное кровотечение, эндометрит, осложнения со стороны органов ЖКТ, кожная сыпь, мигреноподобные головные боли [3,5,23]. Осложнения медикаментозного аборт у подростков возникают в 2,7% случаев, что в целом не отличается от частоты осложнений у женщин репродуктивного возраста [2,3]. Следует также отметить, что в настоящее время препарат Ru-486 является наиболее перспективным методом консервативного прерывания беременности.

Среди хирургических методов прерывания беременности наименее травматичным признана вакуум-аспирация в сроки гестации до 6 недель (не более 20 дней задержки менструации). К преимуществам этого метода, кроме низкой травматичности, большинство авторов относят минимальный объем кровопотери, отсутствие потери трудоспособности, простота выполнения, доступность и высокая эффективность — до 96%. Риск осложнений в этом случае варьирует в пределах 0,8 — 7,7%, причем чаще осложнения сопровождают прерывание первой беременности [3,5,15,23].

В Республике Беларусь частота осложнений при использовании данного метода достигает 3% [27]. Наиболее характерными являются прогрессирование беременности, остатки плодного яйца, плацентарный полип, гематометра, кровотечение, перфорация стенок матки, воспалительные осложнения. Достоинством прерывания беременности методом вакуум-аспирации является отсутствие необходимости расширения цервикального канала, проводится лишь предварительное зондирование полости матки. Аспирация содержимого полости матки выполняется полиэтиленовым катетером диаметром 4 — 6 мм при отрицательном давлении равном 0,6 — 0,8 атм. Динамическое наблюдение после манипуляции проводится в течение 2 часов. В 87% случаев после вакуум-аспирации отмечаются кровянистые выделения из половых путей продолжительностью до 2 суток [3].

Медицинский аборт проводится при сроке гестации до 12 недель и является широко выполнимой гинекологической операцией. Методика аборт за последние десятилетия не претерпела значительных изменений и включает следующие этапы: зондирование полости матки, расширение цервикального канала, разрушение и удаление плодного яйца с последующей ревизией полости матки. Операция выполняется под внутривенным обезболиванием, госпитализация в гинекологический стационар является необходимым условием метода. Частота осложнений при медикаментозном аборт, по данным современных авторов, колеблется от 6,8 до 12,5% [21,27]. Среди осложнений искусственного аборт наиболее частым является маточное кровотечение, которое наблюдается в 3,5% случаев [17]. В структуре осложнений также отмечены воспалительные процессы — эндометрит и аднексит, частота которых составляет 4,2 — 15,4% и 3,2 — 18% соответственно, гематометра встречается у 0,8% пациенток, травматическое повреждение шейки матки, достигает 2,6 — 11%, а перфорация матки — 0,6 — 2,8% случаев [5,15,17].

Отдаленными последствиями искусственного прерывания беременности являются — хронический сальпингоофорит, эрозия шейки матки, нарушения менструального цикла, невынашивание беременности, бесплодие и др.

Динамическое наблюдение после медицинского аборт проводится в условиях гинекологического стационара в течение 24 часов. Длительность кровянистых выделений при данном методе прерывания колеблется от 3 до 8 суток у 53,4% женщин [17,21]. В Республике Беларусь осложнения медицинского аборт составляют 1,8% [27].

Результаты и обсуждение

Следует отметить, что методы искусственного прерывания беременности во втором триместре постоянно совершенствуются, однако, несмотря на внедрение новых технологий, при прерывании беременности в сроке гестации более 12 недель риск возникновения осложнений возрастает в 3 — 4 раза, по сравнению с первым триместром [6,11]. В поздние сроки (от 12 до 22 недель гестации) прерывание беременности у подростков чаще всего проводится ввиду нежелательной беременности и физиологической незрелости организма. Наиболее распространенными консервативными методами являются: интраамниальное введение гипертонических растворов, применение простагландинов. Ранее используемый метод заоболочечного введения таких растворов, как риванол, физиологический раствор и др. в настоящее время не применяется в связи с высоким риском инфицирования (из-за длительного нахождения катетера в полости матки).

Применение простагландинов для прерывания беременности в поздние сроки является высокоэффективным методом. С этой целью используют простагландины E₂ (простин E₂) и F_{2α} (простин F_{2α}), причем установлено, что эффективность простагландина E₂ значительно выше [8]. Применение простагландинов направлено на подготовку шейки матки и инициацию сократительной активности миометрия. Простагландины могут вводиться разными путями — вагинально, интрацервикально, внутривенно или в полость амниона. Согласно исследованиям Кулакова В.И., Вихляевой Е.М. (2005), в настоящее время наиболее рекомендуемым методом

яе
эт
нс
нн
ст
лн
лн
я
п
г
д
у
у
н
е
е
и

является двухэтапное применение простагландинов. На первом этапе проводится подготовка шейки матки путем интрацервикального или вагинального введения простагландина E_2 или гидрофильных расширителей (ламинарий и синтетических аналогов). Простагландин E_2 способствует размягчению шейки матки, расслабляет ее мускулатуру, установлена его доминирующая роль в начале сократительной деятельности матки [8,15]. Вторым этапом является инициация сократительной активности миометрия с использованием внутривенной инфузии окситоцина (при наличии готовности шейки матки) или синтетического аналога простагландина E_2 – простагландин E_2 . Как правило, второй этап осуществляют утром, в 6⁰⁰ – 7⁰⁰, через 12 часов после первого этапа. После установления регулярной сократительной деятельности матки назначаются спазмолитические препараты. При наличии условий возможно выполнение амниотомии. После того как произошел выкидыш, обязательно выполняется инструментальная ревизия полости матки. Метод применяется только в условиях гинекологического стационара, с последующим обязательным назначением антибактериальных препаратов широкого спектра действия и физиотерапия. На второй день после прерывания беременности обязательно общеклиническое исследование мочи и крови с определением лейкоцитарной формулы. Средняя продолжительность аборта – 12 часов. Эффективность метода составляет 84 – 95%, преимуществом является управляемость аборта, около 85% выкидышей происходит в дневное время [15]. При отсутствии эффекта через 24 часа от начала введения простагландинов, в зависимости от состояния шейки матки на следующий день повторяют весь курс или только второй этап. При применении всех форм простагландинов возможны побочные реакции – гипертермия, аллергические реакции, рвота и жидкий стул, а при внутривенном введении – флебиты. Противопоказаниями являются наличие рубца на матке, аномалии развития половых органов, аллергия к препарату, тромбоз вен конечностей и малого таза, тиреотоксикоз, язвенный колит, заболевания печени и почек с нарушением их функции, для простагландина $F_2\alpha$ дополнительными противопоказаниями являются бронхиальная астма, глаукома, эпилепсия. При излитии околоплодных вод, наличии кровянистых выделений из половых путей и наличии кольпита запрещено применение местных форм простагландинов.

Широко исследованным является метод интраамниального введения гипертонических растворов – 10% и 20% раствора хлорида натрия, 20% раствора глюкозы, 30 – 60% раствора мочевины. Механизм действия гипертонических растворов основан на изменении осмотического состояния и объема амниотической жидкости, растяжении стенок матки, гибели и разрушении децидуальных клеток и стимуляции выработки эндогенных простагландинов, нивелирование прогестеронового блока, внутриутробная гибель плода, сопровождающаяся выделением токсинов, все вышеперечисленное приводит к сократительной деятельности матки и, в конечном итоге, выкидышу. В настоящее время гипертонический раствор глюкозы не нашел широкого применения в связи с высоким риском септических осложнений. В нашей стране преимущественно используется 10% раствор хлорида натрия, за рубежом широко применяют гипертонический раствор мочевины (30 – 60%). Первым этапом прерывания беременности указанным способом является амниоцентез, который может быть проведен трансабдоминально, трансвагинально или трансцервикально. Амниотическую жидкость эвакуируют в объеме 9 – 10 мл на неделю беременности, количество вводимого 10% раствора натрия хлорида рассчитывается аналогичным способом, если применяется 20% раствор NaCl, то его количество на 30 – 50 мл меньше выводимого объема амниотической жидкости. После того, как произошел выкидыш, обязательна инструментальная ревизия полости матки. Прерывание беременности производится только в условиях стационара. Средняя продолжительность выкидыша варьирует от 24 до 36 часов, латентный промежуток от начала манипуляции до появления сократительной деятельности матки от 12 до 21 часа. Эффективность метода составляет 94 – 99%

[6,11,15]. Частота осложнений варьирует в пределах 10 – 30%, характерными и наиболее опасными являются развитие гипернатриемии, водной интоксикации и отека мозга, отека легких, шок, попадание раствора в ткани с их последующей некротизацией, травматические повреждения, кровотечение, инфекционно-септические осложнения [8,11]. Введение гипертонических растворов в амниотическую полость рационально сочетать с применением простагландинов. В Республике Беларусь используют совместное интраамниальное вливание гипертонического 10% раствора хлорида натрия с простагландинами – $F_2\alpha$ в дозе 10 мг (простин $F_2\alpha$) и E_2 в дозе 0,75 мг (простин E_2). В этом случае латентный период после начала манипуляции укорачивается до 4 – 7 часов, время выкидыша также сокращается до 11 – 15 часов, максимальная продолжительность составляет 24 часа [6,8,11].

К хирургическим методам прерывания беременности относятся одномоментное удаление плодного яйца и кесарево сечение. Одномоментное удаление плодного яйца (дилатация и эвакуация) применяется при сроке гестации от 12 до 16 недель. Метод состоит из двух последовательных этапов: расширения шейки матки и эвакуации содержимого полости матки с последующей инструментальной ревизией. С целью подготовки шейки матки, для наименьшей ее травматизации при насильственном расширении, возможно использование местно действующих простагландинов, мифепристона или гидрофильных расширителей (ламинарий и синтетических аналогов). До начала эвакуации содержимого полости матки при недостаточной проходимости цервикального канала, его следует расширить до № 16 – 18 расширителям Гегара, иногда до № 20 – 22, чтобы обеспечить беспрепятственное извлечение плодного яйца. Вопрос о виде анестезиологического пособия решается в индивидуальном порядке. Метод применяется только в стационарных условиях, требует высокого хирургического мастерства. В настоящее время широко не используется, в связи с высоким риском травматического повреждения матки, разрывов шейки матки, возможных кровотечений, ранений соседних органов, инфекционных осложнений [8,15,17].

Кесарево сечение как метод прерывания беременности во втором триместре применяется в случае необходимости экстренного прерывания беременности (при кровотечении), ввиду тяжелой экстрагенитальной патологии, при необходимости стерилизации, наличии патологических состояний шейки матки и влагалища, аномалий развития половых органов, препятствующих прерыванию беременности другими методами, при предлежании плаценты, отсутствии эффекта от консервативных методов прерывания беременности. Эффективность метода составляет 100%, однако, несмотря на постоянное совершенствование хирургической техники и анестезиологического пособия, процент осложнений при использовании кесарева сечения продолжает оставаться высоким [6]. В настоящее время предпочтительнее абдоминальный доступ, поскольку влагалищное кесарево сечение является технически более сложной операцией, а в послеоперационном периоде увеличивается риск инфекционно-септических осложнений. Однако и при малом кесаревом сечении с абдоминальным доступом возможно развитие осложнений анестезии, тромбозомболических состояний, кровотечения, гнойно-септических осложнений и др. В отдаленном послеоперационном периоде иногда возникают нарушения менструального цикла, реже бесплодие, спаечная болезнь органов малого таза, несостоятельность рубца на матке при последующих беременностях и др. [8,11,15,17].

Таким образом, следует отметить, что абсолютно безопасных методов прерывания беременности не существует. При использовании любого метода возможно развитие негативных для несформировавшегося организма последствий. Очевидно, что реабилитация подростков после искусственного прерывания беременности, особенно во втором триместре, является серьезной медицинской и социальной проблемой. В современной литературе имеются единичные сведения по указанной проблеме. Разработка комплекса реабилитационных мероприятий в ранние и поздние сроки позволит укоротить период реконвалесценции, снизить риск раз-

□ Оригинальная статья

вития послеабортных осложнений, уменьшить количество репродуктивных потерь в отдаленном периоде и, таким образом, будет способствовать улучшению репродуктивного здоровья в подростковом возрасте и в дальнейшие периоды жизни женщины.

Литература

1. Абрамченко, В. Г., Гусева, Е. Н. Медикаментозный аборт. М., 2005.
2. Богатова, И. К., Сотникова, Н. Ю., Семененко, С. С., Анциферова, Ю. С., Глухова, В. Н. / Российский вестник акушера-гинеколога. № 3. С. 69 — 71.
3. Богатова, И. К., Сотникова, Н. Ю., Анциферова, Ю. С., Горбуля, С. С. / Акушерство и гинекология. 2001. № 2. С. 14 — 17.
4. Вихляева, Е. М., Николаева, Е. И., Брандруп-Луканова, А. / Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. 1999. № 1. С. 15 — 20.
5. Володин, А. Л., Жиленко, М. И., Александрова, А. В., Шульц, И. Е. [и др.] / Гинекология. 2004. № 6(6).
6. Воскресенский, С. Л., Тесакова, М. Л. / Медицинские новости. 2000. № 8. С. 6 — 10.
7. Городничева, Ж. А., Савельева, И. С. / Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2005. № 4(2). С. 96 — 100.
8. Гуляева, Л. С. Методы прерывания беременности в ранние и поздние сроки: методические рекомендации. Минск, 2006. 14 с.
9. Гуртовой, Б. Л., Кулаков, В. И., Воропаева, С. Д. Применение антибиотиков в акушерстве и гинекологии. М., 1996. 140 с.
10. Занько, С. Н., Шилова, С. Д. / Охрана материнства и детства. 2007. № 1(9). С. 60 — 62.
11. Колгушкина, Т. Н., Близинок, В. И. [и др.] / Медицинские новости. 2000. № 1. С. 63 — 64.
12. Комисарова, Л. М., Чернуха, Е. А., Пучко, Т. К. / Акушерство и гинекология. 2000. № 1. С. 14 — 17.
13. Краснопольский, В. И., Савельева, И. С. / Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. 1998. № 1. С. 87 — 89.
14. Кулаков, В. И., Богданова, Е. А. Руководство по гинекологии детей и подростков. М., 2005.
15. Кулаков, В. И., Вихляева, Е. М. Медико-консультативная помощь при искусственном аборте. М., 2005.
16. Кулаков, В. И., Вихляева, Е. М., Николаева, Е. И. / Планирование семьи. 1998. № 1. С. 4 — 8.
17. Кулаков, В. И., Зац, И. Р., Куликова, Н. Н. Аборт и его осложнения. М., 1987.
18. Кулаков, В. И., Прилепская, В. Н. Практическая гинекология. М., 2002.
19. Медицинские и социальные аспекты репродуктивного здоровья подростков. Материалы городской конференции. Минск, 1999.
20. Можайко, Л. Ф. / Рецепт. 2000. № 6. С. 88 — 90.
21. Охрана здоровья матери и ребенка. Материалы 4-го Российского научного форума. М., 2002.
22. Подзолкова, Н. М., Истратов, В. Г. [и др.] / Проблемы репродукции. 2006. № 2. С. 91 — 94.
23. Серова, О. Ф. / Русский медицинский журнал. 2005. № 15(13). С. 984 — 986.
24. Сидоренко, В. Н., Лозюк, В. А., Гомон, Е. С. / Медицинские новости. 2006. № 2. С. 134 — 136.
25. Терапевтические методы прерывания беременности. Доклад научной группы ВОЗ. Женева, 1999.
26. Фролова, О. Г. / Планирование семьи. 1995. № 4. С. 25 — 27.
27. Шилова, С. Д. / Охрана материнства и детства. 2007. № 1(9). С. 9 — 18.
28. Bowen, M.L., Charnock, F.M. / Obstetrics and Gynecology. 1994. № 83. P. 476 — 477.
29. Cameron, I.T., Michie, A.F., Baird, D.T. / Contraception. 1986. № 34. P. 459 — 468.
30. Perez, C., Lobbok, M.H., Qucenan, J.T. / Lancet. Vol. 339. P. 968 — 970.