

# Особливості ведення медикаментозного аборт

**В.В. Камінський<sup>1</sup>, Н.Г. Прядко<sup>1</sup>, В.М. Булгакова<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

<sup>2</sup>Київський міський центр репродуктивної та перинатальної медицини, м. Київ

Медикаментозний аборт (МА) є сучасним та безпечним методом переривання небажаної вагітності. У статті наведені дані власних досліджень щодо переривання небажаної вагітності у 120 пацієнток методом МА, порядку проведення процедури, подальшого спостереження та отриманих результатів. Визначена ефективність та переваги переривання вагітності МА.

**Ключові слова:** небажана вагітність, аборт, безпечний аборт, медикаментозний аборт (МА), переривання вагітності.

Аборт, мимовільний або штучний, є одним з найбільш поширених явищ в акушерсько-гінекологічній практиці. Щорічно в усьому світі 46 млн жінок роблять аборт, 78% з них живуть в країнах, що розвиваються, а 22% – у розвинених. Там, де проведення аборт регламентовано законодавчо, дотримуються принципів безпечності і доступності, рідше зустрічаються ускладнення та інші небажані наслідки цієї процедури. І, навпаки, у країнах, де виконання абортів обмежене або послуги з їхнього проведення відрізняються низькою якістю чи взагалі недоступні, жінки частіше звертаються до небезпечних методів переривання небажаної вагітності. Це призводить до важких ускладнень, тривалих проблем зі здоров'ям або навіть до материнської смертності.

У сучасному світі право жінки самостійно приймати рішення про збереження чи переривання вагітності є невід'ємною складовою репродуктивного права. Тому доступ до ефективного і прийняттого обслуговування з проведення безпечного аборт є найважливішою складовою задоволення потреб жінок в охороні її репродуктивного здоров'я.

Упровадження нових досягнень медицини розширює можливості медичних працівників щодо задоволення таких потреб жінок. Особливе місце в цій роботі може бути відведене впровадженню та широкому застосуванню медикаментозного методу переривання вагітності, який стає все більш поширеним у усьому світі.

Медикаментозний аборт (МА) – це метод переривання вагітності за допомогою лікарських засобів. Найбільш ефективною схемою в усьому світі визнано використання двох препаратів: міфепристону (конкурентного інгібітора прогестерону) та мізопростолю (простагландину Е2), який безпосередньо призводить до експульсії плодового яйця.

Упровадження методу МА в клінічну практику надає можливості альтернативному хірургічному перериванню небажаної вагітності, розширює вибір як для медичних працівників, так і для пацієнток, дозволяє більш індивідуально підійти до проблеми у кожному конкретному випадку. Зокрема, застосування МА дозволяє уникнути ризиків, пов'язаних з хірургічним втручанням і анестезією, виключити можливість інфекційних ускладнень, у тому числі гепатитів В, С, ВІЛ-інфекції, зменшити антибіотиконавантаження.

Установлено, що разом з абортивною дією міфепристон має широкий діапазон терапевтичних можливостей як в області репродуктивного здоров'я, так і в лікуванні інших захворювань. Дослідження у цьому напрямку тривають і дають упевненість, що найближчим часом можливості використання препарату значно розширяться. Проте доведено, що

міфепристон не перериває ектопічну вагітність і не є лікувальним препаратом для цього стану.

**Мета дослідження:** оцінювання ефективності застосування медикаментозного переривання вагітності.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Під наглядом у гінекологічному відділенні КМЦРПМ знаходилось 120 вагітних, які не бажали продовження вагітності з різних причин, середній вік яких складав 25,7 року (від 17 до 44 років). Серед них 107 (89,2%) пацієнток мали затримку менструації до 49 днів, а 13 (10,8%) – від 49 до 63 днів.

Надання консультативних послуг відбувалося в 3 етапи: первинне консультування, консультування щодо конкретного вибору методу переривання вагітності та консультування під час подальших візитів пацієнтки до лікаря.

Також, обов'язково надавалася інформація, що за статистикою в 2,5 – 0,9% випадків можливе неефективне переривання вагітності (прогресуюча вагітність, залишки плодового яйця) і в такому випадку треба буде спільно розглянути перехід до іншого методу, а саме вакуум- або мануальної аспірації вмісту порожнини матки з наступним призначенням антибактеріальної терапії. Після первинного консультування всі жінки свідомо обрали метод медикаментозного переривання вагітності та підписали інформовану згоду.

Обстеження та методика проведення медикаментозного переривання вагітності виконували згідно з нормативами надання медичної допомоги жіночому населенню та відповідним клінічним протоколом «Комплексна медична допомога під час небажаної вагітності» від 31.12.2010 р. № 1177 та «Про затвердження Порядку надання медичної допомоги жінці під час небажаної вагітності» від 24.05.2013 р. № 423, з обов'язковим урахуванням показань та протипоказань до методу [1, 2]. На кожному пацієнтку, що поступала до відділення для медикаментозного аборт, заповнювалась медична карта переривання вагітності (форма 003 - 1/о).

На першому етапі всі жінки в присутності лікаря приймали "Міропристон" (міфепристон) в дозі 200 мг. перорально відповідно до Рекомендацій ВООЗ (2012р.) [7].

На другому етапі пацієнтки були розділені на дві групи в залежності від шляхів введення "Міролоту" (мізопростолю), який призначався через 24 години після прийому міфепристону. Так, 22 (18,7%) пацієнтки (І група) вживали 400 мкг «Міролоту» трансбукально (самостійно, удома), а 98 (81,7%) пацієнткам (ІІ група) вводили 400 мкг «Міролоту» інтравагінально (в умовах стаціонару). Жінки І групи мали зателефонувати та повідомити лікаря про свій стан (загальне самопочуття, побічні ефекти, характер кров'янистих виділень та інші скарги).

Жінки ІІ групи знаходились у стаціонарі під динамічним спостереженням до настання переривання вагітності від 3 до 6 год. Обов'язковий контрольний візит призначали через 2 тиж для оцінювання ефективності проведеної процедури.

Статистичне оброблення даних проводили методами варіаційної статистики за допомогою стандартного пакета статистичних розрахунків. Достовірність розходжень середніх величин визначали за t-критерієм Стьюдента. Розходження вважали достовірними при  $p < 0,05$ .

Таблиця 1

Дані анамнезу, гінекологічного обстеження та результати статистичного аналізу у пацієнток обох груп

Параметр	Група I	SE 1	Група II	SE 2	t	p
Першовагітні	2	6,27	21	4,14	1,64	>0,05
Повторновагітні, з них:	20	6,27	77	4,14	1,64	>0,05
одні пологи	15	10,16	54	5,02	1,15	>0,05
двоє пологів	4	8,42	18	3,91	0,02	>0,05
троє і більше пологів	1	4,55	5	2,22	0,11	>0,05
Кесарів розтин	2	6,27	8	2,77	0,14	>0,05
Переривання вагітності в анамнезі:	10	10,87	52	5,04	0,64	>0,05
з них медикаментозне	8	10,5	39	4,94	0,30	>0,05
Хронічний сальпінгофорит	7	10,16	33	4,77	0,17	>0,05
Порушення менструальної функції	2	6,27	10	3,06	0,16	>0,05
Псевдоерозія	9	10,73	34	4,81	0,53	>0,05
Фіброміома матки	1	4,55	6	2,42	0,31	>0,05

Таблиця 2

Ускладнення та дані статистичного аналізу у пацієнток обох груп

Параметр	Група I	SE 1	Група II	SE 2	t-критерій	p	
Кров'янисті виділення	помірні	19	7,5	88	3,06	0,42	>0,05
	рясні	3	7,5	10	3,06	0,42	>0,05
Больовий синдром	слабкий	16	9,72	81	3,82	0,95	>0,05
	інтенсивний	6	9,72	17	3,82	0,95	>0,05
Нудота	8	10,5	6	2,42	2,81	<0,05	
Блювання	7	10,16	5	2,22	2,57	<0,05	
Гіпертермія та запаморочення	5	9,14	10	3,06	1,3	>0,05	

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Середній вік пацієнток I групи склав 31,6 року, II групи 22,3 року. Першовагітні у групах відповідно склали 2 (9,1%) і 21 (21,4%), повторновагітні – 20 (90,9%) і 77 (88,6%). При вивченні анамнезу з'ясовано, що одні пологи були у 15 жінок I групи (68,2%) та у 54 (55,1%) жінок II групи, 2 пологів було у 4 (18,2%) I групи та у 18 (18,4%) II, 3 і більше у 1 (4,6%) I групи та у 5 (5,1%) II. Кесарів розтин в анамнезі проводили 2 пацієнткам з I групи (9,1%) та 8 (8,2%) – з II групи. Переривання вагітності вже проводили 10 жінкам (45,5%) з I групи та 52 (53,1%) жінкам з II групи, з них 8 (36,4%) I групи та 39 (39,8%) II групи медикаментозним методом.

З гінекологічного анамнезу виявлено: хворі на хронічний сальпінгофорит у I групі – 7 (31,8%), у II – 33 (33,7%) жінки; порушення менструальної функції відзначали у I групі – у 2 (9,1%), у II – у 10 (10,2%) пацієнток; псевдоерозії: у I групі – у 9 (40,9%), у II – у 34 (34,7%); фіброміому матки – у I групі – у 1 (4,6%), у II – у 6 (6,12%).

Результати статистичного аналізу даних, а саме показники середньої помилки (SE), t-критерію Стьюдента та р-значення представлені в табл. 1 і 2.

Таким чином, за анамнестичними даними та результатами гінекологічного обстеження групи пацієнток були статистично ідентичні з достовірністю 95%.

Привертає увагу високий відсоток пацієнток, які вже вдруге вибрали МА як метод переривання небажаної вагітності. Так, з 10 пацієнток I групи, що вже мали аборт, 8 (80%) вибрали МА вдруге; а з 52 у II групі – 39 (75%), що свідчить про високу прийнятність методу для жінок.

Вивчення характеру кров'янистих виділень (табл. 2) свідчить про таке. У жінок I групи кров'янисті виділення

з'являлися в середньому через 60 хв від часу вживання мізопростолу і тривали в середньому 6 днів, у жінок II групи – через 30–50 хв після інтравагінального введення мізопростолу та тривали 5–6 днів. Інтенсивність кров'янистих виділень була помірною у 19 пацієнток I групи та у 88 пацієнток II групи, що склало 86,4% та 89,8% відповідно. Рясні кров'янисті виділення відзначали 3 жінки I групи та 10 з II групи, що склало 13,6% та 10,2% відповідно та потребувало адекватної медикаментозної корекції.

Отже, нами не виявлено достовірної різниці в групах між строками появи кров'янистих виділень, їхньою інтенсивністю та кількістю.

Аналіз випадків виникнення та розвитку больового синдрому показав, що безболісне медикаментозне переривання вагітності було зареєстроване у 16 пацієнток I групи та у 81 пацієнтки II групи, що склало 72,7% та 82,7% відповідно. На інтенсивний переймоподібний біль у нижній частині живота скаржились 6 жінок I групи та 17 пацієнток II групи, що склало 27,3% та 17,4% відповідно. Таким пацієнткам призначали нестероїдний протизапальний засіб зі спазмолітичною та анальгетичною метою.

Таким чином, характер больових реакцій в обох групах теж не відрізнявся, ні за частотою виникнення, ні за інтенсивністю.

Диспепсичні розлади мали такий характер: нудота у 8 жінок I групи – 36,4% та у 6 жінок II групи – 6,1%; блювання у 7 жінок I групи – 31,8% та у 5 жінок II групи – 5,1%. Це свідчить, що побічні реакції з боку травного тракту проявлялися достовірно рідше у пацієнток II групи.

Кількість жінок, що скаржились на гіпертермію та запаморочення, була однаково невисокою в обох групах: 5 пацієнток I групи – 22,7% та 10 – у II – 10,2%.

Таке ускладнення, як неповний аборт, виникло у 3 жінок, що склало 2,5% від загальної кількості таких, що були під

спостереженням. Процедура переривання вагітності цим жінкам була завершена в умовах стаціонару додатковою дозою 600 мкг «Міролютю» інтравагінально і через 2–3 год відбулося випорожнення вмісту матки, що підтверджене УЗ-контролем.

Після проведення медикаментозного переривання вагітності, запальних захворювань статевих органів та порушень менструальної функції при подальшому спостереженні протягом 3–5 міс в обох групах зафіксовано не було.

Щоб підтвердити факт завершення аборт, відсутності інфекції або будь-яких інших ускладнень на 10–14-й день в обов'язковому порядку проводили огляд пацієнтки з метою оцінювання зменшення матки до нормальних розмірів, виконувалось УЗД.

Ураховуючи те, що МА не впливає на фертильність жінки, вона може завагітніти в першому менструальному циклі після проведеного МА, і тому повинна використовувати контрацепцію при першому після аборт статевоу контакті. Усім пацієнткам в індивідуальному порядку була призначена контрацепція.

### Особенности ведения медикаментозного аборта В.В. Каминский, Н.Г. Прядко, В.Н. Булгакова

Медикаментозный аборт (МА) является современным и безопасным методом прерывания нежелательной беременности. В статье представлены данные собственных исследований относительно прерывания нежелательной беременности у 120 пациенток методом МА, порядка проведения процедуры, дальнейшего наблюдения и полученных результатов. Определены эффективность и преимущества прерывания беременности медикаментозным методом.  
**Ключевые слова:** нежелательная беременность, аборт, безопасный аборт, медикаментозный аборт (МА), прерывание беременности.

### ВИСНОВКИ

1. Метод медикаментозного переривання вагітності в ранні строки є високоефективним і склав в нашому дослідженні 97,5%, що корелюється з даними інших дослідників, а в 2,5% закінчився консервативно після призначення додаткової дози препарату.

2. Застосування низьких доз міфепристона, як шлях зниження собівартості процедури, є ефективним у разі документально підтвердженої якості препарату та дотримання умов зберігання і використання у ліцензованих лікувальних закладах.

3. Інтравагінальне введення мізопростолю (простагландину E2) достовірно знижує вірогідність розвитку та інтенсивність диспептичних побічних реакцій (нудоти та блювання) при проведенні процедури, у порівнянні з трансбуквальним шляхом.

4. Медикаментозний вплив на організм при небажаній вагітності на ранніх термінах є найбільш щадним та прийнятним. Висока ефективність методу, відсутність ускладнень та швидка відновлюваність фертильності дозволяє рекомендувати його до використання, особливо у підлітків, молодих жінок та першовагітних.

### Specifics of the medical abortion V. Kaminsky, N. Pryadko, V. Bulgakova

Medical abortion (MA) is a modern and safe method of terminating the unwanted pregnancy. In the article, we present the primary research data on 120 patients that received the medical abortion, discuss the details of the procedure, subsequent observations and final results. We determine the effectiveness and benefits of the medical abortion as a method of terminating the unwanted pregnancy.

**Key words:** unwanted pregnancy, abortion, safe abortion, medical abortion (MA), termination of pregnancy.

### Сведения об авторах

**Каминский Вячеслав Владимирович** – Кафедра акушерства, гинекологии и репродуктологии Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04210, г. Киев, пр. Героев Сталинграда, 16. E-mail: kagir@ukr.net

**Прядко Наталья Григорьевна** – Кафедра акушерства, гинекологии и репродуктологии Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04210, г. Киев, пр. Героев Сталинграда, 16. E-mail: kagir@ukr.net

**Булгакова Вера Николаевна** – Киевский городской центр репродуктивной и перинатальной медицины, 04210, г. Киев, проспект Героев Сталинграда, 16. E-mail: kagir@ukr.net

### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Наказ МОЗ України від 31.12.2010 № 1177 «Комплексна допомога під час небажаної вагітності».  
2. Наказ МОЗ України від 24.05.2013 № 423 «Про затвердження Порядку надання комплексної допомоги вагітній жінці під час небажаної вагітності, форм первинної облікової документації та інструкції щодо їх заповнення».  
3. Наказ МОЗ України від 13.12.2013 № 1090 «Про затвердження Плану заходів щодо впровадження проекту «Комплексна медична допомога під час небажаної вагітності» на національному рівні».

4. Белокриницкая Т.Е., Фролова Н.И., Белокриницкая И.А., Сухина В.В. Сравнительная оценка клинического течения медикаментозного аборта с 200 и 600 мг мифепристона: проспективное когортное исследование // Акушерство и гинекология. – 2014. – № 3. – С. 81–86.  
5. Дикке Г.Б. Профилактика повторной? нежелательной? беременности, выбор метода контрацепции // Акушерство и гинекология. – 2014. – № 4. – С. 81–87.  
6. Дикке Г.Б. Толщина эндометрия не

является критерием выбора инструментальной ревизии полости матки после медикаментозного аборта // Медицинский совет. – 2010. – № 7–8. – С. 49–52.  
7. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. Second edition. WHO. – 2012.  
8. Grossman D. Медикаментозный аборт в первом триместре беременности: Комментарий БРЗ (последняя редакция: 3 сентября 2004 г.). Библиотека репродуктивного здоровья ВОЗ; Женева: Всемирная организация здравоохранения.

9. Elizabeth G. Raymond, Caitlin Shannon, Mark A. Weaver, Beverly Winikoff. First-trimester medical abortion with mifepristone 200 mg and misoprostol: a systematic review. Contraception 2013 (1); Volume 87: 26–37.  
10. Faucher P, Baunot N, Madelenat P. The efficacy and acceptability of mifepristone medical abortion with home administration misoprostol provided by private providers linked with the hospital: a prospective study of 433 patients. Gynecol Obstet Fertil 2009;33:220–227.

Статья поступила в редакцию 21.04.2015