



Можейко Л.Ф.

Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

Клинические критерии приемлемости реабилитационной терапии после медикаментозного аборта

Конфликт интересов: не заявлен.

Подана: 11.07.2024

Принята: 19.08.2024

Контакты: lfmozheiko@gmail.com

Резюме

Сложная демографическая ситуация, сопровождающая отрицательный прирост населения, ухудшающиеся с каждым годом показатели женского здоровья уменьшают репродуктивный потенциал белорусской нации.

В связи с этим крайне важна информация о наиболее щадящих методах прерывания беременности по медицинским показаниям и при нежелательной беременности. Общеизвестно, что хирургические методы часто приводят к осложнениям и ухудшению здоровья молодых женщин. Именно по этой причине ведется активная научно-практическая работа, направленная на расширение показаний для медикаментозного аборта как наиболее щадящего метода сохранения репродуктивного здоровья и фертильности в дальнейшем.

Ключевые слова: молодые женщины, прерывание беременности, репродуктивное здоровье

Mozheiko L.

Belarusian State Medical University, Minsk, Belarus

Medical Termination of Pregnancy and Clinical Criteria for the Acceptability of Rehabilitation Therapy

Conflict of interest: nothing to declare.

Submitted: 11.07.2024

Accepted: 19.08.2024

Contacts: lfmozheiko@gmail.com

Abstract

The difficult demographic situation that accompanies negative population growth and women's health indicators worsening every year reduce the reproductive potential of the Belarusian nation.

In this regard, information about the most gentle methods of abortion for medical reasons and in case of unwanted pregnancy is extremely important. It is well known that surgical methods often lead to complications and deterioration in the health of young women. It is for this reason that active scientific and practical work is being carried out aimed at expanding the indications for medical abortion, as the most gentle method of preserving reproductive health and fertility in the future.

Keywords: young women, abortion, reproductive health

■ ВВЕДЕНИЕ

Искусственное прерывание беременности в молодом возрасте оказывает негативное влияние на репродуктивное здоровье и фертильность в будущем, в связи с чем важно определить наиболее щадящий метод прерывания нежелательной беременности [1]. Раннее начало половой жизни, неосведомленность в вопросах контрацепции, ее недоступность по финансовым соображениям часто являются причиной аборт. К искусственному аборту нередко прибегают девушки, еще не выполнившие детородную функцию. Согласно сведениям предабортного консультирования, не останавливает их даже тот факт, что каждая четвертая, прервавшая первую беременность хирургическим путем, становится бесплодной [2].

■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В Республике Беларусь в 2011 году внедрен альтернативный метод прерывания беременности – медикаментозный, что положительно влияет на сохранение здоровья женского населения.

Из 210 млн беременностей, наступающих в мире ежегодно, 46 млн (22%) заканчиваются медицинским аборт [3]. В нашей стране проблема абортов особенно актуальна, поскольку Беларусь занимает пятое место в мире по числу абортов – 16 696 в 2022 году. На фоне низкой рождаемости из 10 беременностей каждая 5-я завершается аборт, причем каждая 3-я беременность завершается аборт в возрасте моложе 19 лет.

Показания. Основные показания для медикаментозного прерывания беременности:

- желание пациентки прервать незапланированную беременность сроком до 9 недель (до 63 дней от первого дня последней менструации);
- наличие медицинских показаний к прерыванию беременности (включая замершую беременность в сроке до 63 дней);
- медикаментозный аборт также может быть использован, если срок беременности не превышает допустимый, а состояние здоровья женщины позволяет использовать лекарственные средства для медикаментозного прерывания беременности с учетом их противопоказаний [4].

Противопоказания. Выделяют абсолютные и относительные противопоказания к проведению медикаментозного аборта.

К абсолютным противопоказаниям относятся: аллергические реакции на лекарственные средства для прерывания беременности, внематочная беременность, миома матки, нарушение свертывающей системы крови, почечная, надпочечниковая

и печеночная недостаточность, сахарный диабет в стадии декомпенсации, длительная кортикостероидная терапия, терапия антикоагулянтами.

Относительные противопоказания: наличие рубца на матке после кесарева сечения, беременность при использовании внутриматочной контрацепции, бронхиальная астма, заболевания сердечно-сосудистой системы, курение [1].

Выделяют несколько этапов проведения медикаментозного аборта.

Первый этап: пациентка обращается к врачу – акушеру-гинекологу, который проводит осмотр и назначает необходимые инструментальные исследования, в частности УЗИ, с целью подтверждения маточной беременности и установления срока беременности, а также анализы в соответствии с клиническим протоколом оказания медицинской помощи беременной. После принятия решения о прерывании беременности и проведения предабортного консультирования назначаются лекарственные средства для прерывания беременности, в том числе комбинированное лекарственное средство Медабон. Вначале рекомендуется прием лекарственного средства мифепристон, после чего женщина находится под наблюдением врача в течение 2 часов и более.

Второй этап проводится через 36–48 часов после первого. Пациентке назначается лекарственное средство мизопропростол. В течение суток обычно беременность прерывается.

Третий этап: спустя 1–2 недели после первичного обращения к врачу – акушеру-гинекологу проводится гинекологический осмотр и УЗИ для оценки эффективности двух предыдущих этапов [1].

■ РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Для проведения медикаментозного прерывания беременности в сроке 12 недель и более необходима госпитализация в гинекологический стационар, где подбирается наиболее приемлемая схема назначения лекарственных средств индивидуально для каждой женщины, с учетом срока беременности и состояния ее соматического и репродуктивного здоровья.

Клинические проявления медикаментозного аборта: наличие тянущих, не сильно выраженных болей внизу живота, которые напоминают боли при месячных; кровянистые выделения из половых путей, которые по объему соответствуют или несколько превосходят менструальную кровопотерю; кровянистые выделения из половых путей в послеабортный период. При изгнании плодного яйца часто наблюдаются боли внизу живота схваткообразного характера, кровянистые выделения усиливаются [5].

Осложнения. Важно своевременно предупреждать возможные осложнения и нежелательные последствия медикаментозного прерывания беременности. При повышении температуры тела, появлении интенсивных болей внизу живота или их усилении, при наличии обильных кровянистых выделений из половых путей в течение трех и более дней после медикаментозного аборта пациентка незамедлительно должна обратиться к врачу женской консультации. В ходе проведения медикаментозного прерывания беременности может произойти неполный аборт, что потребует проведения выскабливания полости матки или вакуум-аспирации. Кроме того, возможны инфекционные осложнения, что потребует назначения медикаментозной коррекции (аэртал 100 мг 2 раза в день, дазолик 0,5 мг 2 раза в день в течение 5 дней) [1].

У некоторых женщин возникают побочные эффекты, связанные с приемом прогестагенов: головная боль, головокружение, тошнота, рвота, диарея, кожная сыпь [6].

Для профилактики осложнений в ходе проведения медикаментозного аборта и после него необходимо выполнять ряд условий:

- измерение температуры тела ежедневно в течение 2 недель;
- отказ от физических нагрузок;
- исключение интимных контактов на протяжении 3 недель;
- для нормального сокращения матки следует контролировать своевременное опорожнение мочевого пузыря и кишечника;
- исключение переохлаждения и перегревания организма;
- соблюдение правил личной гигиены: ежедневная смена нижнего белья, частая замена прокладок, ежедневно гигиенический душ и др.;
- нежелательно принимать ванну, посещать солярий, бассейн и сауну в течение 3 недель после аборта.

Женщину необходимо проинформировать о том, что после медикаментозного аборта беременность может наступить в следующем цикле, поэтому сразу после прерывания беременности рекомендуется подобрать эффективный метод контрацепции, который назначается незамедлительно после завершения медикаментозного аборта. После искусственного или спонтанного прерывания беременности овуляция происходит через 8–10 дней, поэтому важно контрацепцию начинать сразу после прерывания беременности. При этом важная роль отводится желанию женщины в выборе безопасных и доступных современных средств контрацепции с учетом клинических критериев приемлемости (ККП), которые в 2022 году предложены экспертами Всемирной организации здравоохранения [5].

Категории ККП для использования средств контрацепции:

- категория 1 – состояния, при которых нет ограничений для использования метода контрацепции;
- категория 2 – состояния, при которых преимущества от использования метода превышают теоретические или доказанные риски;
- категория 3 – состояния, при которых теоретические или доказанные риски обычно превышают преимущества от использования метода;
- категория 4 – состояния, при которых существует недопустимый риск для здоровья, связанный с использованием метода контрацепции.

КГК включают в себя комбинированные оральные контрацептивы (КОК), контрацептивные пластыри (П), комбинированное вагинальное кольцо и комбинированные инъекционные контрацептивы (КИК).

Гестагены включают в себя чисто прогестиновые таблетки (ЧПТ), импланты с содержанием левоноргестрела (LNG) или этоноргестрела (ETG), депонированные инъекции медроксипрогестерона ацетата (ДМПА), инъекции нонэтистерона энантата (NET-EN), а также ВМС, высвобождающие левоноргестрел (LNG-IUD).

Симптоматические методы контрацепции включают календарный метод, цервикальный метод, метод двух дней, симптотермальный метод, которые основываются на оценке цервикальной слизи, измерении базальной температуры тела.

Календарные методы включают метод календарного ритма (воздержание от незащищенного полового контакта с первого до последнего предполагаемого

фертильного дня, расчеты выполняются на основании записей нескольких менструальных циклов) и метод стандартных дней (воздержание от незащищенного полового контакта на 8–19-й дни менструального цикла, если менструальный цикл продолжается 26–32 дня).

Пациентку также необходимо информировать о том, что естественные методы планирования беременности (календарный метод и метод, который основан на регуляции фертильности) не обладают достаточной надежностью, поэтому в качестве выбора метода контрацепции необходимо отдать предпочтение комбинированным оральным контрацептивам [5].

После хирургического или медикаментозного прерывания беременности в первом или во втором триместре, а также после аборта, осложненного инфекцией, принимая во внимание клинические критерии приемлемости, можно рекомендовать принимать незамедлительно следующие средства контрацепции: категория ККП 1 – без ограничений: комбинированные гормональные контрацептивы (КГК), чисто прогестиновые контрацептивы (ЧПК), а также барьерные средства контрацепции (презервативы, спермициды). При этом влагищную диафрагму и влагищный колпачок не следует рекомендовать для использования до 6 недель после прерывания беременности во втором триместре.

Использование внутриматочных средств (ВМС) можно начинать сразу же после хирургического или медикаментозного прерывания беременности в первом триместре. Категория ККП 1 – без ограничений, а также категория ККП 2 – преимущества в основном превышают риски, рекомендуются после прерывания беременности во втором триместре. После аборта, осложненного инфекцией, категория ККП 3 и 4 – не следует начинать немедленно, так как введение ВМС в таких ситуациях может значительно усугубить состояние пациента. В таких ситуациях рекомендуется проведение антибактериальной терапии в сочетании с иммуномодулирующей (интерферон альфа-2b, суппозитории ректальные 3 000 000 МЕ ежедневно 10 дней). Доказано, что включение в лечение рекомбинантного интерферона альфа-2b с антиоксидантами (витамины С и Е) усиливает иммуномодулирующее действие и активность иммунного ответа организма на патогены [10, 11].

Биологические методы контрацепции после прерывания беременности также следует применять с осторожностью, после проведения специального консультирования для правильного использования метода в подобных обстоятельствах, а использование календарного метода неэффективно, лучше предложить альтернативные методы контрацепции.

Учитывая тот факт, что прерывание беременности по желанию женщины нередко сопровождается стрессовым состоянием с возбуждением гипоталамо-гипофизарной системы и повышенной выработкой стероидных гормонов – глюкокортикоидов и эстрогенов, возникает необходимость в снижении возбудимости гипоталамуса, что позволит предупредить развитие неблагоприятных изменений в яичниках и эндометрии. В таких случаях рекомендовано использование эстроген-гестагенных оральных контрацептивов, которые будут способствовать адекватной реабилитации функции гипоталамо-гипофизарной системы и восстановлению репродуктивной функции в послеабортном периоде. Это особенно важно для молодых женщин, поскольку прерывание первой беременности, наступившей при недостаточно сформированной репродуктивной системе, нередко приводит к бесплодию. Особое место в действии

КОК отводится гестагенному компоненту. Для постабортной реабилитации наиболее приемлем дезогестрел, который является прогестагеном третьего поколения. Дезогестрел обладает высокой прогестагенной активностью при пероральном введении и высокой селективностью [7].

Также следует учитывать, что после проведения хирургического аборта доза этинилэстрадиола должна быть не менее 30 мкг для достижения наилучшего терапевтического эффекта. Таким требованиям соответствует комбинированный оральный контрацептив Регулон, содержащий 30 мкг этинилэстрадиола и 150 мкг дезогестрела. Лекарственное средство Регулон является монофазным препаратом, обладающим свойством регуляции гипоталамо-гипофизарной системы, снижая гонадотропную активность, обеспечивая 100% контрацепцию, поскольку способность к зачатию может восстановиться уже через 11–14 дней после проведенного аборта. Немаловажной особенностью Регулона является противовоспалительное действие и способность содействовать регенерации эндометрия.

Регулон (30 мкг ЭЭ и 150 мкг дезогестрела) рекомендуется к применению с пятого дня от момента инструментального прерывания беременности или совершившегося медикаментозного аборта. Это предупреждает осложнения после медицинского аборта, связанные с гормональными нарушениями и воспалительной реакцией. В дальнейшем, через месяц, можно продолжить прием КОК, содержащего 30 мкг ЭЭ и 150 мкг дезогестрела, для предупреждения нежелательной беременности и реабилитационной функции репродуктивной системы.

Таким образом, использование гормональных контрацептивов после медицинского аборта преследует несколько целей: предупреждение развития постабортных осложнений, предупреждение возникновения повторной нежелательной беременности и регуляцию менструальной функции на фоне послеабортного стресса. Кроме того, современные низкодозированные комбинированные контрацептивы (КОК), содержащие прогестагены третьего поколения, оказывают лечебное и профилактическое действие при различных гинекологических заболеваниях.

Доказано, что использование комбинированного орального контрацептива Регулон оказывает положительный эффект при дисменорее и предменструальном синдроме, способствует увеличению продукции белков, связывающих половые стероиды, в частности тестостерона, в результате чего наблюдается выраженный антиандрогенный эффект. Поэтому он особенно рекомендуется женщинам с андрогензависимыми изменениями кожи (акне, себорея, гипертрихоз). Регулон хорошо переносится, не вызывает побочных реакций, эффективно регулирует менструальную функцию, надежно предупреждает наступление нежелательной беременности [8].

■ ВЫВОДЫ

Медикаментозный метод прерывания беременности обладает множеством преимуществ:

- является более щадящим для молодых женщин;
- психологически переносится намного легче, чем любой хирургический метод;
- нивелирует риски, связанные с анестезией;
- исключает повреждение цервикального канала, эндометрия и маточных сосудов;
- предохраняет от инфицирования гемотрансмиссивными заболеваниями (ВИЧ, гепатиты) [9];

- после медикаментозного аборта юным женщинам рекомендуется назначать КОК, содержащие 30 мкг этинилэстрадиола в сочетании со 150 мкг дезогестрела.
-

■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Bogomolova K., Petrov U., Palieva N. Medical abortion as an alternative to instrumental abortion. *Chief Physician of the South of Russia*. 2022; 1:47–50. (in Russian)
2. Yanbaev D., Mullagalieva L. Medical abortion is an effective way to preserve reproductive health. *Bashkir State Medical University of Roszdrav, Ufa*. 2009;1:49–51. (in Russian)
3. Bearak J., Popinchalk A., Ganatra B., Moller A-B., Tunçalp Ö., Beavin C. et al. Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990–2019. *Lancet Glob Health*. 2021;8(9):1152–1161.
4. *Medical termination of pregnancy. Clinical recommendations (treatment protocol)*. M., 2015; 30 p. (in Russian)
5. *Guidelines for abortion care*. World Health Organization. 2022; 80 p. (in Russian)
6. Petrov U., Baykulova T. Modern ideas about the problem of artificial termination of pregnancy (literature review). *International Journal of Applied and Fundamental Research*. 2016;8 (part 5):727–731. (in Russian)
7. Prilepskaya V., Abakarova P., Mezhevitinova E., Dovletkhanova E., Nazarova N. Modern principles of counseling in contraception. Hormonal contraception. *Algorithms for diagnosis and treatment*. 2021. Appendix № 3. (in Russian)
8. Mozheiko L., Runets U. Contraception after childbirth in women of early reproductive age. *Med. magazine*. 2021;1:84–88. (in Russian)
9. Mozheiko L. *Formation of the reproductive system in teenage girls and correction of its disorders: Monograph*. Mn.: BSMU, 2002. 231 p. (in Russian)
10. Levina A., Babachenko I., Skripchenko N. Etiological structure in frequently ill children depending on age. *Russian Bulletin of Perinatology and Pediatrics*. 2017;62:72–77. (in Russian)
11. Bocharova I., Malinovskaya V., Aksenov A. The use of Viferon in the complex treatment of urogenital infections in newborns. *Effective pharmacotherapy, obstetrics and gynecology*. 2009;6:28–32. (in Russian)