



С.П. Синчихин, О.Б. Мамиев

ГБОУ ВПО «Астраханская государственная
медицинская академия» Минздрава России

Для корреспонденции

Синчихин Сергей Петрович –
доктор медицинских наук,
профессор, заведующий кафедрой
акушерства и гинекологии
лечебного факультета ГБОУ ВПО
«Астраханская государственная
медицинская академия»
Минздрава России
Адрес: 414000, г. Астрахань,
ул. Бакинская, д. 121
Телефон: (8512) 33-05-50
E-mail: doc_sinchihin@rambler.ru

Лекарственная постабортная терапия у юных женщин

В статье представлена схема патогенетического развития постабортных осложнений. Дано обоснование необходимости применения лекарственной терапии для предупреждения функциональных нарушений после прерывания беременности. Показана клиническая эффективность применения препаратов мидиана и циклодинон для предупреждения дисфункции яичников и нарушений менструального цикла.

Ключевые слова: медикаментозный аборт, предупреждение осложнений аборта, мидиана, циклодинон

S.P. Sinchikhin, O.B. Mamiev

Astrakhan State Medical Academy

Drug postabortive therapy in young women

The article presents the scheme of pathogenetic development of postabortive complications. The substantiation of the need of drug therapy for the prevention of functional disorders after abortion. Shows the clinical effectiveness of the use of drugs midiana and cyclodynon to prevent ovarian dysfunction and disorders of the menstrual cycle.

Key words: medical abortion, prevention of complications of abortion, midiana, cyclodynon

Мы считаем, что осложнения аборта необходимо рассматривать с позиции их патогенетического развития [4]. Из этого следует, что отрицательное воздействие аборта на организм женщины связано: 1) с инфицированием и развитием в последующем воспалительных процессов в половых органах и трубной формы бесплодия; 2) с механическим повреждением шейки и тела матки (перфорация матки, истмико-цервикальная недостаточность); 3) с гормональными нарушениями, возникающими в связи с резким прекращением процесса беременности и с последующим развитием гиперпластических изменений в яичниках, эндометрии, молочных железах, а также эндокринной формы бесплодия, миомы матки, эндометриоза и др. (рис. 1).

Представленная на рис. 1 схема помогает практикующим врачам четко понимать причину осложнений аборта и обоснованно проводить превентивные (профилактические) мероприятия [3].

Медикаментозное прерывание нежеланной беременности является приемлемой альтернативой хирургическому аборту, особенно у первобеременных и юных женщин.

Фармацевтический (фармакологический) аборт позволяет исключить механическое повреждение половых органов и снизить риск развития постабортных инфекционно-воспалительных осложнений [1, 5]. Однако следует учитывать, что после любого вида аборта происходит гормональная перестройка организма, связанная с резким прекращением процесса беременности. Из указанного следует, что в постабортном периоде важно проводить лечебные мероприятия, направленные на устранение дисгормональных изменений, которые могут явиться причиной или фоном развития нарушений в органах репродуктивной и эндокринной систем организма.

Целью нашего исследования явилась клиническая оценка эффективности при-

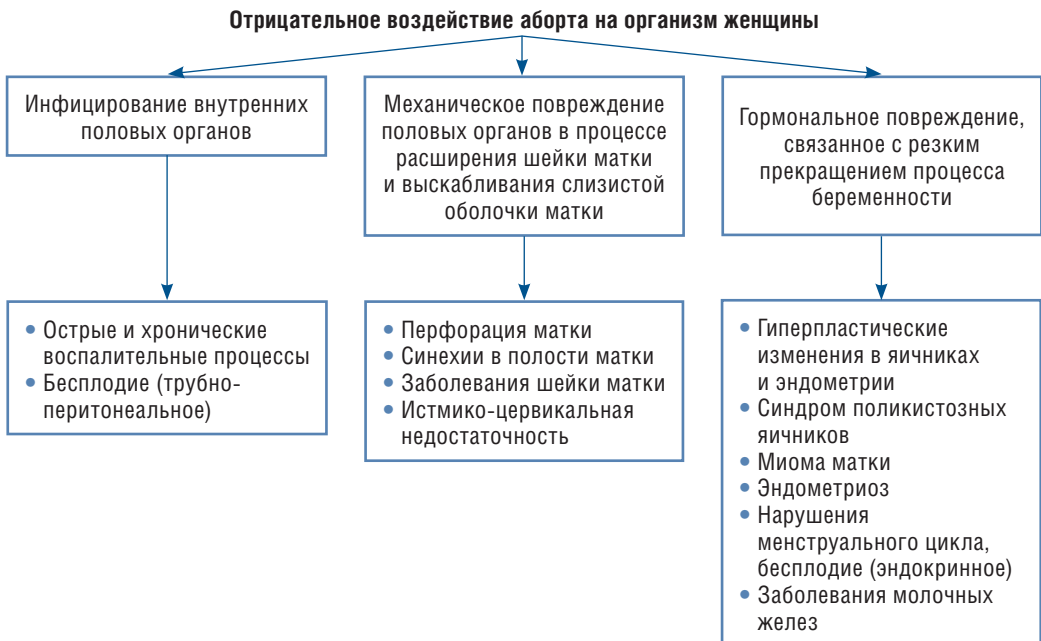


Рис. 1. Постабортные осложнения

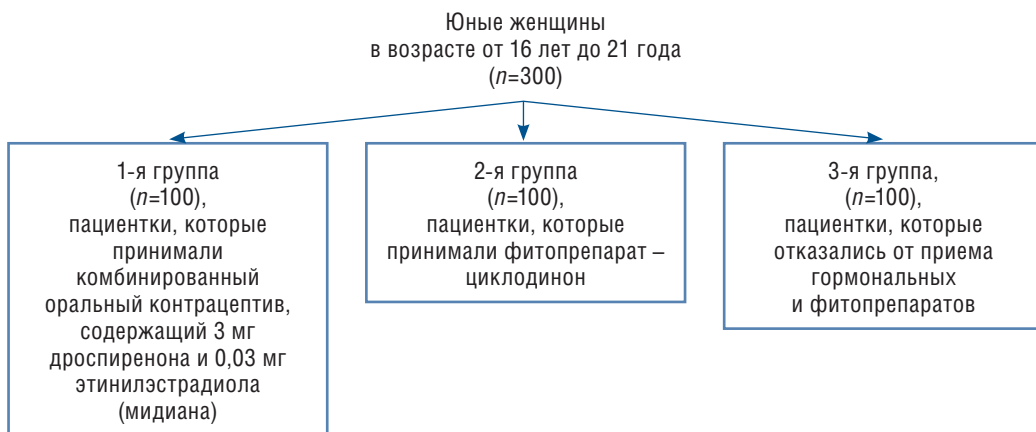


Рис. 2. Дизайн исследования (наблюдение в течение 3 мес после медикаментозного прерывания первой беременности)

менения лекарственной постабортной (реабилитационной) терапии у юных женщин.

Материал и методы

Под наблюдением находилось 300 первобеременных женщин в возрасте от 16 лет до 21 года, которые обратились для лекарственного прерывания нежеланной беременности.

Всем женщинам до проведения фармакологического аборта и в постабортном периоде мы проводили гинекологическое и ультразвуковое исследование.

Для медикаментозного прерывания беременности мы использовали комбинацию мифепристона и мизопростола по регламентированной схеме.

В исследование включали только тех женщин, которые после фармаборта находились под динамическим наблюдением и повторно осматривались специалистами через 1, 2 и 3 мес.

Менструальный цикл до беременности у всех наблюдаемых женщин был регулярным.

В зависимости от ведения постабортного периода пациентки были разделены на 3 группы, каждую из которых состав-

ляли по 100 человек. Пациентки из разных групп были сопоставимы между собой по возрасту, а также по репродуктивному и соматическому анамнезу. Дизайн исследования представлен на рис. 2.

1-ю группу (n=100) образовали юные женщины, которые с 5-го дня после появления менструальноподобной реакции начинали прием комбинированного орального контрацептива, содержащего дроспиренон и этинилэстрадиол (мидиана), в циклическом режиме в течение 3 мес. Выбор препарата был обусловлен тем, что, в отличие от других синтетических гестагенов, дроспиренон сочетает в себе антианδροгенное и антиминералокортикоидное действие, оказывает наименьшее влияние на системный метаболизм, обладает минимумом побочных эффектов. Содержание этинилэстрадиола в дозе 0,03 мг обеспечивает стабильный менструальный цикл в постабортном периоде. Назначение комбинированных оральных контрацептивов с 5-го дня от приема мизопростола (т.е. от начала менструальноподобной реакции) связано с тем, что в отличие от инструментального аборта, когда основная часть децидуальной ткани удаляется вместе с плодным яйцом,

при медикаментозном аборте отторжение децидуальной ткани происходит самостоятельно и, как правило, не одновременно, а в течение нескольких дней (до 5 дней). Преждевременное назначение оральных контрацептивов, по нашим наблюдениям, может увеличить число неблагоприятных исходов фармаборта в виде незэлиминированных остатков гестационной ткани.

2-ю группу ($n=100$) составили молодые пациентки, которые категорически отказывались от приема гормональных препаратов. Этим женщинам для нормализации гормонального статуса в постабортном периоде рекомендовался на следующий день после применения мизопростола прием препарата циклодинон по 1 таблетке *per os* ежедневно в течение 3 мес. Указанный фитопрепарат был выбран, так как экстракт плодов прутняка обыкновенного оказывает допаминергическое действие, вызывает снижение продукции пролактина, т.е. устраняет гиперпролактинемия, которая наблюдается в постабортном периоде [1, 4]. Следует понимать, что повышение концентрации пролактина нарушает секрецию гонадотропинов, в результате чего могут возникать нарушения созревания фолликулов, овуляции и фазы желтого тела. Это в дальнейшем приводит к дисбалансу между эстрадиолом и прогестероном. Именно этот гормональный дисбаланс вызывает нарушения менструального цикла и мастодинию. Препарат циклодинон эффективно устраняет нарушенный баланс женских половых гор-

монов, нормализует менструальный цикл и способствует устранению мастодинии. Препарат хорошо переносится и не вызывает побочных эффектов, характерных для синтетических допаминергических препаратов

3-ю группу ($n=100$) сформировали молодые пациентки, которые отказывались от приема гормональных и фитопрепаратов. Эта группа являлась группой сравнения по отношению к 1-й и 2-й.

Результаты и обсуждение

Спустя 14 дней после приема мизопростола у всех женщин были проведены гинекологический осмотр и ультразвуковое исследование органов малого таза (табл. 1).

Полученные результаты показали, что изгнание плодного яйца, по данным эхографического исследования, произошло у всех женщин, у которых с целью медикаментозного прерывания беременности был использован мифепристон в дозе 600 мкг в комбинации с мизопростолом в дозе 800 мкг *per os*.

По данным сонографии, высота эндометрия находилась у женщин 1-й группы в пределах 4–7 мм, а у пациенток 2-й и 3-й групп – 6–11 мм.

Эндометрий был однородным (линейным) у 99, 97 и 98 пациенток в 1-й, 2-й и 3-й группах соответственно.

Структурно неоднородный эндометрий обнаружен у 1, 3 и 2 пациенток из 1-й, 2-й и 3-й групп соответственно.

Таблица 1. Исходы медикаментозного прерывания беременности

Обследование после фармаборта			Пациентки		
			1-я группа ($n=100$)	2-я группа ($n=100$)	3-я группа ($n=100$)
Состояние эндометрия по данным сонографии	Через 2 нед	однородный (линейный)	99	97	98
		неоднородный	1	3	2
		уровень (мм)	4–7	6–11	6–11
	Через 5–6 нед (проводилась в необходимых клинических ситуациях)	1	2	1	
Гистероскопия, выполненная по окончании первой после фармаборта менструации (проводилась в необходимых клинических ситуациях)			1	1	1

Таблица 2. Особенности менструального цикла в постабортном периоде

Период наблюдения	Менструальный цикл	Пациентки		
		1-я группа (n=100)	2-я группа (n=100)	3-я группа (n=100)
1-й месяц	От 28 до 30 дней	100	94	88
	От 38 до 55 дней	–	6	–
	От 40 до 55 дней	–	–	12
2-й месяц	От 28 до 30 дней	100	98	93
	От 38 до 55 дней	–	2	–
	От 40 до 55 дней	–	–	7
3-й месяц	От 28 до 30 дней	100	100	97
	От 38 до 55 дней	–	–	–
	От 40 до 55 дней	–	–	3
1–3 мес	Опсоменорея	–	–	2
1–3 мес	Полименорея	–	–	4

По данным клинического осмотра и инструментального обследования, возникновения у наблюдаемых 1-й группы каких-либо опухолевидных образований в яичниках не выявлено.

Во 2-й группе наблюдались функциональные кисты у 6% женщин.

В 3-й группе у 12% пациенток отмечалось образование односторонних ретенционных кист размерами от 3,5 до 7 см.

У всех этих женщин длительность менструального цикла, следующего за фармабортом, составила 38–55 дней, а именно у пациенток 2-й группы – от 38 до 42 дней, у наблюдаемых 3-й группы – от 40 до 55 дней.

Пациенткам, у которых по данным сонографии диагностировался неоднородный эндометрий, после очередной менструации провели повторное ультразвуковое исследование. Неоднородная структура эндометрия сохранялась у 1 женщины из 1-й группы, у 2 пациенток из 2-й группы и у 1 – из 3-й группы. У 1 женщины из 2-й группы и у 1 пациентки из 3-й группы эндометрий оказался линейным, и аборт у них после этого стал считаться завершённым. У остальных (по одной женщине из всех групп) эндометрий сохранялся неоднородным. Неполное отторжение децидуальной оболочки потребовало про-

ведения гистероскопии и инструментального выскабливания стенок полости матки. При морфологическом исследовании соскоба находили участки децидуальной ткани.

Дальнейшее наблюдение за пациентками в течение последующих месяцев показало, что менструальный цикл у наблюдаемых пациенток на фоне приема препаратов мидиана и циклодинон был или становился регулярным. У всех женщин 1-й и 2-й группы и у 94% женщин 3-й группы очередные менструации имели обычный характер. В 3-й группе нарушения менструальной функции по типу опсоменореи и (или) полименореи наблюдались в течение 3 мес у 2 и 4 пациенток, ранее их не имевших (табл. 2).

Если отдельно сравнить клинические особенности течения постабортного периода во 2-й и 3-й группах, то нужно отметить, что у пациенток (2-я группа), принимавших циклодинон, функциональные нарушения встречались достоверно реже, чем у женщин (3-я группа), которые отказывались от приема гормональных и фитопрепаратов ($p < 0,01$) (табл. 3). Вместе с тем на фоне приема эстроген-гестагенсодержащего контрацептива указанные нарушения не наблюдались ни у одной пациентки из 1-й группы.

Таблица 3. Функциональные нарушения у наблюдаемых пациенток

Вид нарушения	Пациентки			Достоверность различий
	1-я группа (n=100)	2-я группа (n=100)	3-я группа (n=100)	
Ретенционные кисты яичников	–	6	12	$p < 0,01$
Дисфункция яичников	–	6	18	$p < 0,01$

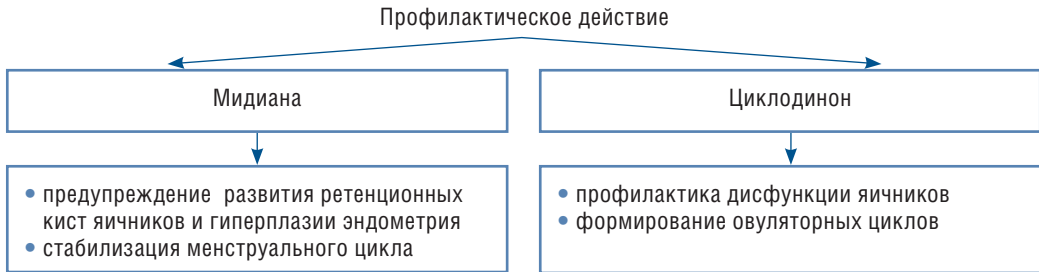


Рис. 3. Значение приема комбинированного орального контрацептива (мидиана) и фитопрепарата (циклодинон) в постабортном периоде

Следует отметить (рис. 3), что лечебное действие препарата мидиана после аборта выражалось в предупреждении развития ретенционных кист яичников, стабилизации менструального цикла, лучшей регенерации слизистой оболочки матки без развития гиперплазии эндометрия.

Применение циклодинона в текущем после фармаборта менструальном цикле и далее 2 мес предупреждало в большинстве случаев развитие дисфункции яичников, способствовало формированию овуляторных циклов и нормализовало II фазу менструального цикла.

Заключение

Таким образом, полученные данные показывают, что использование лекарственной постабортной терапии клинически эффективно, позволяет предупредить постабортные функциональные нарушения, а значит, способствует сохранению репродуктивного здоровья молодой женщины. В доступных источниках литературы и данных Интернета мы не обнаружили сведений о проведенных ранее подобных исследованиях, поэтому сделать сравнение полученных нами данных с другими не представляется возможным.

Сведения об авторах

Синчихин Сергей Петрович – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии лечебного факультета ГБОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия» Минздрава России
E-mail: sinчихin@rambler.ru

Мамиев Олег Борисович – доктор медицинских наук, профессор кафедры акушерства и гинекологии лечебного факультета ГБОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия» Минздрава России
E-mail: mamievob@rambler.ru

Литература

1. Прилепская В.Н., Ледина А.В., Тагиева А.Е. Опыт применения препарата агнукастон в лечении предменструального синдрома // Материалы VIII Всерос. науч. форума «Мать и дитя». – М., 2008. – С. 490.
2. Радзинский В.Е. Право на выбор // Мед. вестн. – 2012. – № 592.
3. Руководство по контрацепции / Под ред. В.Н. Прилепская В.Н. – М.: МЕДпресс-информ, 2010. – 400 с.
4. Синчихин С.П. Алгоритм медикаментозного прерывания беременности и постабортной реабилитации // Репродукт. здоровье детей и подростков. – 2008. – № 2. – С. 43–50.
5. Ткаченко Л.В., Раздобарина И.А. Опыт применения препарата циклодинон в практике детского гинеколога // Материалы VIII Всерос. науч. форума «Мать и дитя». – М., 2008. – С. 532.