

Препараты, используемые в РБ	Метилдопа 13,3%* Клонидин 10%	Нифедипин Амлодипин 40%	Метопролол 53,3% Атенолол Бетаксол Бисопролол Небиволол	Доксазолин	Папаверин 23,3% Дротаверин 56,67% Дибазол 65,67% Пентоксифиллин 60%	Гидрохлоротиазид
------------------------------	--	-------------------------------	--	------------	--	------------------

**Выводы:**

1. В РБ используется более узкий спектр лекарственных средств по сравнению с препаратами мировой клинической практики.

2. Необходимо обратить внимание на рекомендуемые комбинации лекарственных препаратов, используемые для лечения АГ.

3. В мировой практике используются лекарственные препараты с минимальными побочными эффектами, которыми можно пополнить арсенал препаратов, применяемых в РБ, например, лабетолол.

**Литература:**

1. Верткин А.Л. Артериальная гипертония беременных: механизмы формирования, профилактика, подходы к лечению / А.Л. Верткин, Л.Е. Мурашко, О.Н. Ткачева и др. // Российский кардиологический журнал. – 2003. – № 6. – С. 59 – 65.

2. Воскресенский С.Л. Клинические протоколы наблюдения беременных, рожениц, родильниц, диагностики и лечения в акушерстве и гинекологии / С.Л. Воскресенский, Т.Ю. Егорова, Н.П. Жукова // Минск, 2012. – 231 с.

3. Макаров О.В. Артериальная гипертензия у беременных. Только ли гестоз? / О.В. Макаров, Е.В. Волкова, Н.Н. Николаев // М: "ГЭОТАР Медиа", 2006. – 176 с.

УДК 618.4

**Е.Ю. Кукарская, Ю.В. Дунаева, Е.И. Новиков, В.А. Полякова, Т.П. Шевлюкова**  
**МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ПРЕРЫВАНИЕ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ**

Кафедра акушерства и гинекологии  
Тюменский государственный медицинский университет  
Тюмень, Российская Федерация

**E.Y. Kukarskaia, Y.V. Dunaeva, E.I. Novikov, V.A. Polakova, T.P. Shevlukova**  
**THE MEDICAL ABORTION OF MISSED PREGNANCY**  
Department of obstetrics and gynecology

Tyumen state medical university  
Tyumen, Russian Federation

**E-mail:** kukarskaiaekat@mail.ru

**Аннотация.** Возможности медикаментозного прерывания неразвивающейся беременности продемонстрированы в статье как эффективный и наиболее безопасный метод прерывания беременности, особенно у женщин, не выполнивших репродуктивную функцию. Представлен ретроспективный анализ случаев медикаментозного аборта при неразвивающейся беременности, отсутствие осложнений при проведении медикаментозного аборта и эффективность метода. Принимая во внимание увеличивающееся число неразвивающихся беременностей, данные настоящего исследования диктуют необходимость более широкого применения медикаментозного метода в акушерско–гинекологической практике.

**Annotation.** There are the most effective and safe method of abortion in the article. This method is medical abortion. There are the retrospective analysis of cases of medical abortion of developing pregnancy, lack of complications of medical abortion and efficiency of the method. Because of increasing of missed abortion is necessary to use more the medical abortion in obstetric practice.

**Ключевые слова:** медикаментозный аборт, неразвивающаяся беременность, выскабливание полости матки.

**Keywords:** medical abortion, missed abortion, scraping the uterine cavity.

После «первичного» фильтра репродуктивных потерь на доклинических стадиях (до установления задержки очередной менструации и положительного теста на беременность) шансы на благополучный исход резко возрастают: 80% беременностей прогрессируют, самопроизвольным прерыванием завершаются лишь 20% [1,2]. У половины пациенток со спонтанным прекращением гестации наблюдают неразвивающуюся беременность. В настоящее время общепризнанной является необходимость прерывания неразвивающейся беременности при любом сроке гестации. По стандартам оказания медицинской помощи женщинам с неразвивающейся беременностью проводится хирургическое прерывание путем выскабливания полости матки в гинекологическом стационаре [3]. Выскабливание полости матки является травматичной операцией, сопровождающейся высоким риском развития не только ближайших осложнений (перфорации матки, кровотечения, острого воспалительного процесса и др.), но и отдаленных – хронического эндометрита, спаечного процесса внутри матки (синехии) и/или малого таза, адгезивного пельвиоперитонита [4,5].

**Цель исследования** – проведение анализа всех случаев медикаментозного прерывания регрессирующей беременности в ГБУЗ ТО «Перинатальный центр» за 2012–2015 гг.

### **Материалы и методы исследования**

Проведен ретроспективный анализ всех случаев медикаментозного прерывания неразвивающихся беременностей в гинекологическом отделении ГБУЗ ТО «Перинатальный центр» г. Тюмени. Проведена клиничко-анамнестическая характеристика и оценка течения абортного периода у всех женщин.

### **Результаты исследования и их обсуждение**

По данным ретроспективного анализа общее число регрессирующих беременностей за 2012–2015 гг. составило 2612 случаев: из них экстренные – 295 (11,3%), плановые – 2317 (88,7%), до 12 недель беременности – 2525 (96,6%), после 12 недель беременности – 87 (3,4%). Возраст пациенток с неразвивающейся беременностью от 16 до 48 лет. Из них: 16 – 20 лет 128 случаев (4,9%), 21 – 30 лет 1375 случаев (52,6%), 31 – 40 лет 1019 случаев (39%), 41 – 48 лет 90 случаев (3,4%). Наибольший удельный вес – 21–34 года (87%). Превалирующий срок постановки диагноза приходится на 7 – 8 неделю беременности. Всего выполнено 96 медикаментозных прерываний регрессирующих беременностей. Прерывание беременности проводится только с письменного информированного добровольного согласия пациенток. Женщины при поступлении в стационар не дали согласие на прерывание беременности хирургическим методом, категорически отказавшись от выскабливания полости матки. Пациенткам предложено фармакологическое прерывание беременности препаратами миропристон (МНН: мифепристон) и миролют (МНН: мизопростол). Медикаментозный аборт проводили согласно рекомендациям ВОЗ: I этап – прием 200мг мифепристона (Мифепристон в дозе 200мг обладает сопоставимой эффективностью с дозой 600 мг, согласно доказательным данным базы Кохрейна, 2012г.). II этап (через 24 – 48 часов) – прием мизопростола в зависимости от срока беременности: до 49 дней аменореи – 400мкг внутрь, 50 – 63 день аменореи – 800мкг вагинально или сублингвально. III этап (на 10 – 14 –й дни после аборта) – контрольный осмотр, оценка эффективности опорожнения полости матки и состояния пациентки. Прерывание беременности протекало по типу менструальноподобной реакции и характеризовалось появлением тянущих болей внизу живота, кровянистыми выделениями из половых путей (в среднем через 24 – 48 часов после приема мифепристона, в течение 5 – 14 дней в виде умеренных кровянистых выделений). Во время экспульсии плодного яйца отмечались умеренные схваткообразные боли и усиление кровянистых выделений. Общий объем кровопотери не превышал 50 мл. Частота полного опорожнения полости матки составила 96%. Полный самопроизвольный выкидыш после приема только мифепристона произошел у 5 % женщин. Осложнения в виде выраженного кровотечения не наблюдалось, в 4% случаев потребовалось выполнение вакуум-аспирации полости матки, в связи с неполным абортом. Побочное действие миролюта в виде тошноты отмечалось у 6% женщин, рвоты и диареи не было, у 8% женщин отмечено повышение температуры тела и озноб, в 100%

случаев – тянущие боли внизу живота разной интенсивности. В 8 % случаях отмечались сильные схваткообразные боли, требующие назначения анальгетиков и спазмолитиков. Через 10 – 14 дней всем женщинам выполнено УЗИ матки, после чего женщины выписывались из стационара. Время нахождения в стационаре от 10 до 12 дней. При выписке пациенткам даны необходимые рекомендации относительно реабилитации после медикаментозного аборта: гормональная реабилитация (позволяет восстановить структуру, секреторную функцию и рецептивность эндометрия), антибиотики широкого спектра действия (только при доказанном этиологическом факторе острого или обострения хронического эндометрита).

### **Выводы**

Таким образом, медикаментозное прерывание неразвивающейся беременности оказалось эффективным и наиболее безопасным методом прерывания беременности при соблюдении всех правил его применения и противопоказаний, не сопровождается значительной кровопотерей. Учитывая большое число регрессирующих беременностей (2612) и возможность медикаментозных прерываний неразвивающейся беременности (96), доказан положительный эффект фармакологического прерывания, что диктует необходимость более широкого применения медикаментозного метода в акушерско–гинекологической практике и особенно у женщин, не выполнивших репродуктивную функцию.

### **Литература:**

1. Дикке Г.Б. Проблемы внедрения технологий безопасного аборта в России // Status Praesens, 2009. – С. 11.
2. Дикке Г.Б. От кюретки до таблетки. / Г.Б. Дикке, Л.В. Ерофеева, Е.Л. Яроцкая // Артифициальный аборт: российские реалии // Status Praesens, 2011. – № 1. – С. 14
3. Серов В.Н. Акушерство и гинекология. Клинические рекомендации. / В.Н. Серов, Г.Т. Сухих // М., 4-е изд., 2014. – С. 96
4. Берер М. Обеспечение безопасности аборт: вопрос разумной политики и практики общественного здоровья // Проблемы репродуктивного здоровья, 2008. – С. 25
5. Kulier R. Medical methods for first trimester abortion / R. Kulier, N. Kapp, A. Metin Gulmezoglu // Aldo Campana, 2011. – P. 32

УДК 618.5

**Е.Ю. Кукарская, Т.П. Шевлюкова, Т.В. Попкова**  
**ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИЙ ПОДХОД ПРИ АКУШЕРСКИХ**  
**КРОВОТЕЧЕНИЯХ**

Кафедра акушерства и гинекологии  
Тюменский государственный медицинский университет  
Тюмень, Российская Федерация