Мифепристон является антипрогестином и вместе с простагландином используется для прерывания беременности у женщин, срок гестации у которых составляет до 49 дней (в некоторых протоколах используется вплоть до 63 дней). Применяют различные дозы мифепристона. В некоторых Европейских странах - 600 мг per os. Последние исследования показали, что и дозировка в 200 мг - эффективна.

Простагландины (обычно 1 мг гемипроста вагинально или 200 мкг мизопростола per os или до 800 мкг вагинально) применяются через 36-48 часов после мифепристона. Поданным исследований, использующих мифепристон в сочетании с простагландинами, полный аборт произошел у 94% женщин. При этом наиболее распространенными побочными явлениями были тошнота, рвота, диарея и длительное кровотечение.

Единственной развивающейся страной в системе здравоохранения, в которой широко применяется мифепристон, является Китай. Государственный комитет по планированию семьи разработал медицинские показания и выдает разрешения медицинским учреждениям на использование этого метода. С момента регистрации данного препарата, для использования в целях прерывания беременности в 1988 году, было сообщено о нескольких случаях серьезных осложнений.

Однако большинство женщин, применявших данный метод, были удовлетворены и высказали желание при необходимости повторного его использования. Несмотря на общее положительное отношение к данному методу, по мнению некоторых ученых этот метод менее удобен и занимает больше времени, чем хирургический аборт.

Метотрексат, как антиметаболит, который препятствует делению клеток, использовался в течение многих лет для лечения эктопической беременности с эффективностью более 90%, сейчас он стал применяться для прерывания беременности на ранних сроках. У женщин со сроком гестации до 49 дней, метотрексат обычно вводится внутримышечно, 50 мг/м2 поверхности тела, с последующим введением 800 мкг мизопростола вагинально на 5-7 день приема метотрексата. При данной схеме применения эффективность составила 90%.

В последующих исследованиях у 315 женщин оценена эффективность приема 50 мг метотрексата per os с последующим использованием 800 мг мизопростола вагинально с

3-5 дня. При данной схеме эффективность составила 91%; незначительными были различия у женщин, которые принимали мизопростол в течение 3, 4 или 5 дней после использования метотрексата. Однако при приеме данных препаратов наблюдались побочные реакции в виде: кровотечения, спазма, тошноты, рвоты и диареи.

Особенностью метотрексата является длительный временной промежуток от введения метотрексата до полного аборта (по некоторым данным до 30 дней). Однако последующие исследования с использованием метотрексата per os и мизопростола вагинально не подтвердили этот факт: у всех женщин произошел аборт в течение 24 часов после введения мизопростола.

В то время как некоторые исследователи считают, что подобную схему введения метотрексата следует сделать более доступной (из-за низкой стоимости и легкости в использовании), другие выступают против этого. Так как метотрексат обладает тератогенным действием, отдел токсикологии при ВОЗ выступает против его использования, учитывая возможность врожденных дефектов у младенцев. Принимая во внимание то, что 10% вызванных метотрексатом абортов оказываются неудачными, и необходимое в подобных случаях хирургическое вмешательство не возможно в некоторых учреждениях, ученые ВОЗ считают, что метотрексат не может быть рекомендован для применения при раннем прерывании беременности.

Мизопростол используется не только в сочетании с метотрексатом, но и самостоятельно для искусственного прерывания беременности в первом и втором триместрах. Самостоятельное использование мизопростола для прерывания беременности широко практикуется в некоторых странах, хотя при этом отмечается широкий разброс применяемых дозировок и имеются некоторые данные о тяжелых кровотечениях, вызванных приемом мизопростола.

Проведенные на Кубе исследования 141 женщины со сроком гестации до 10 недель успрерывантановили, что в 83% случаев произошло ие беременности после применения мизопростола, хотя приблизительно у половины этих женщин пришлось произвести хирургическую эвакуацию содержимого полости матки. Женщины самостоятельно вводили 800 мкг мизопростола вагинально и находились в горизонтальном положении в течение 3-х часов. Если аборт не произошел в течение 48 часов, доза вводимого мизопростола корректировалась.

Неудач было больше у женщин со сроком гестации больше 9 недель (17%), при сравнении с женщинами со сроком гестации меньше 9 недель (4%). Побочные явления включали тазовые боли (93%), диарею (58%), озноб (57%), лихорадку (35%), рвоту (25%), тошноту (24%), головокружение (21%). Все побочные явления, кроме боли, были не выраженными и продолжались в течение 2-х часов.

В исследованиях, проведенных в Мозамбике, было установлено, что при использовании мизопростола беременность прерывается в 89% случаев, хотя иногда возникает необходимость его дополнительного введения. Некоторым из 132 женщин со средним сроком гестации 14,2 недели (от 11 до 22 недель) вводили 800 мкг мизопростола вагинально, дополнительные дозы применялись, если не отмечалось смягчения шейки через 18 часов.

Для большинства женщин (80%) достаточно было только одной дозы для прерывания беременности. Имелись незначительные осложнения; 20% женщин нуждались в аналгетиках. Полученные результаты увеличили некоторое беспокойство в отношении применения мизопростола.

Показано, что при применении мизопростола число случаев неполного аборта больше, чем при использовании других методов прерывания беременности.

В исследованиях, описанных выше, женщины находились под динамическим наблюдением, с применением УЗИ, влагалищного исследования и при необходимости дополнительного введения мизопростола. Все же значительная часть пациенток была подвергнута хирургической эвакуации полости матки, что скорее всего не приемлемо для многих плохо оборудованных учреждений. Кроме того, эмбриональное воздействие мизопростола приводит к врожденным дефектам, если аборт оказался не удачным.

Имеются данные о различных патологических состояниях у детей после неудачной попытки прерывания беременности мизопростолом (включая дефекты черепных и поясничных нервов). Однако у 29 бразильских женщин в подобной ситуации родились 17 здоровых младенцев.

Некоторые эксперты верят, что польза от применения мизопростола может

перевешивать риск, вызванный его использованием в определенных ситуациях. Как отмечалось выше, в некоторых областях, где женщины самостоятельно применяют мизопростол, отмечается снижение числа опасных для здоровья осложнений, возникающих при использовании обычно практикуемых методов прерывания беременности. В одном из проведенных исследований, отмечено, что эндометрит в послеабортном периоде развился в 32% случаев при использовании мизопростола, а у женщин, которые предпочли криминальный аборт в 63% случаев.

Мизопростол рассматривается в качестве метода лечения несостоявшегося аборта. При исследовании 84 пациенток с несостоявшимся абортом, 50% женщин вводился мизопростол в дозе 200 мкг вагинально, другая половина составила группу плацебо. Спонтанный аборт произошел у 83% в первой группе и у 17% во второй.

Аборт происходил в среднем через 12 часов после введения мизопростола. Другое небольшое исследование среди американских женщин так же показало, что вагинальное введение мизопростола эффективно для лечения выкидыша. Восьми женщинам с гибелью плода при сроке менее 8 недель (по данным УЗИ) введено 800 мкг мизопростола вагинально; если аборт не происходил в течение 24 часов, препарат вводился повторно.

Полная эвакуация плодного яйца произошла у 7 пациенток из 8. Результаты исследований свидетельствуют, что широкое использование мизопростола для лечения несостоявшегося аборта уменьшает необходимость кюретажа, несущего определенные осложнения и производимого специально обученным медицинским персоналом.
Мануальная вакуумная аспирация для лечения неполного аборта

Мануальная вакуумная аспирация (МВА) является важным методом, применяющимся для оказания экстренной помощи пациенткам с неполным медицинским и спонтанным абортом. МВА может быть использован для лечения неполного аборта при сроке гестации меньше 12 недель. Данный метод успешно применяется целым рядом медицинских учреждений.

Например, в Китае Министерство Здравоохранения совместно с Китайской Ассоциацией Медицинских сестер производят обучение медицинского персонала методике быстрой эвакуации остатков плодного яйца из полости матки с помощью МВА.

Медсестры получали информацию о планировании семьи, для консультирования пациенток после оказания им помощи в прерывании беременности. Между январем и октябрем 1997 года 162 процедуры МВА были произведены в 29 учреждениях; 86% из них осуществлены медсестрами. Приблизительно 60% пациенток, помощь которым была оказана средним медперсоналом, подобрали для себя метод контрацепции.

Это свидетельствует о том, что работа служб планирования семьи становится более успешной с помощью хорошо обученного, информированного среднего медперсонала.

Новые методы прерывания беременности на ранних стадиях делают жизнь женщин безопаснее. Следует подчеркнуть важную роль МВА для лечения осложнений после аборта, неполного медицинского и спонтанного абортов. Широкое использование данных методов позволит предотвратить число нежелательных беременностей, что в свою очередь приведет к сокращению смертности, связанной с небезопасным абортом.

По материалам сайта: http://www.altermed.ru/