

Литература

1. Жебровский В.В., Эльбашир М.Л. Хирургия грыж живота и эквентраций. - Симферополь: Бизнес-Информ, 2002.
2. Кузин М.И. Раны и раневая инфекция. - М.: Медицина, 1981.
3. Ненатяжная герниопластика/ Под ред. В.Н. Егиева. - М.: Медпрактика-М, 2002.
4. Пучков К.В. Новые синтетические шовные материалы в хирургии: Методическое пособие. - Рязань, 1994.
5. Шварц С. Справочник по хирургии. - СПб.: Питер, 1999.
6. Шехтер А.Б. Грануляционная ткань: воспаление и регенерация. - Арх. патол. - 1984. - № 2. - С. 20-29.

ALLOPLASTY OF INGUINAL HERNIA BY POLYPROPYLENE IMPLANT: EXPERIMENTAL AND CLINICAL RESEARCHES
K.V. Puchkov, V.B. Filimonov, A.V. Beck, H.I. Tilov, A.P. Shvalb, V.V. Osipov

Ryazan State Medical University, Ryazan Regional Center of Endosurgery

Summary - These scientists had held experimental research of wound process after use of polypropylene implant to 30 white rats. It was shown that implant was indifferent for organism and course of inflammation with its availability almost did not differ from aseptic wound process. 147 operations with using of reticular implant Surgipro MESH (USSC) were performed in the clinic; 79 operations were laparoscopic hernioplasty, 17 operations were laparoscopically assisted hernioplasty and 51 operations were hernioplasty according to Liechtenstein. The authors diagnosed the indications to the methods of plasty of hernial gates and analyzed their findings.

Pacific Medical Journal, 2003, No. 1, P. 81-83.

УДК 618.39-085

Н.В. Балацкая, З.А. Лушикова, Т.В. Багрий

МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ПРЕРЫВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ В СОВРЕМЕННОЙ КЛИНИКЕ

Клиника «Ярослава» (г. Владивосток)

Ключевые слова: медикаментозное прерывание беременности, мини-аборт.

Одним из основных направлений в работе акушеров-гинекологов является сохранение репродуктивного здоровья женщин. Одна из главных задач, решаемых здесь, - это профилактика незапланированной беременности, снижение числа медицинских и криминальных аборт. Другая, не менее важная задача - сведение к минимуму риска осложнений медицинских аборт.

До настоящего времени искусственные аборт остаются ведущим методом планирования семьи в Российской Федерации. В последние годы число аборт практически не уменьшилось. Известно, что в структуре материнской смертности около 30% составляет смертность женщин, связанная с проведением аборт и возникшими осложнениями [3]. В Санкт-Петербурге за период с 1992 по 1994 г. аборт и его осложнения стали причиной гибели беременных женщин в 54% случаев [2].

В связи с этим в течение многих лет продолжается поиск новых, щадящих методов прерывания беременности на ранних сроках с целью снижения числа интраоперационных осложнений (перфорация матки), ранних послеоперационных осложнений (кровотечение, острый эндометрит), а также поздних осложнений (нарушения менструального цикла, вторичное бесплодие).

Одним из современных методов прерывания беременности ранних сроков является медикаментозный аборт. Для него рекомендован таблетированный синтетический стероидный препарат «Мифегин» («Мифепристон»).

Мифепристон - прямой ингибитор прогестерона. Его действие обусловлено блокадой прогестивного эффекта на уровне рецепторов. Препарат также является антагонистом андрогенов и глюкокортикоидов. Применение мифепристона одобрено Государственным комитетом Министерства здравоохранения России (протокол 111-6 от 30 декабря 1999 г.). Регистрационный номер П-8-242 № 101 1033. Препарат включен в Регистр лекарственных средств России 2000 г.

Мифепристон, подавляя действие гестагенов на уровне рецепторов, восстанавливает сниженную прогестероном чувствительность циркулярной мышцы матки к окситоцину. В продольной же мышце матки гестаген и антигестаген не влияют на ее чувствительность к окситоцину. Прогестерон снижает ответ миометрия на Ca^{++} , а мифепристон «отменяет» этот эффект в обоих мышечных слоях. Препарат повышает сократительную способность миометрия [1, 4], потенцируя тем самым действие собственных простагландинов, что приводит к прерыванию беременности только на фоне приема Мифепристона или вводимых дополнительно синтетических аналогов простагландинов (мизопростол, сайтотек).

Приведен анализ 147 наблюдений медикаментозного аборт. Контрольную группу составили 160 женщин, которым был проведен мини-аборт. Распределение пациенток по группам и возрасту представлено в табл. 1.

Таким образом, прерывание беременности чаще всего проводилось в возрасте от 21 до 30 лет. Причем в данной возрастной группе пациентки одинаково часто выбирали как медикаментозное прерывание беременности, так и мини-аборт. В возрастной группе до 20 лет число медикаментозных прерываний беременности оказалось несколько выше, чем мини-аборт, а в возрастной группе старше 30 лет чаще использовался мини-аборт.

Из всех пациенток, сделавших медикаментозный аборт, первобеременных было 47 человек (32%), повторно беременных нерожавших - 32 (21, 8%), повторно беременных рожавших - 68 (46,2%).

Таблица 1

Характеристика клинических наблюдений

Группа	Всего	Возраст женщин, лет							
		до 20		21-30		31-40		более 40	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Медикаментозный аборт	147	28	19,1	89	60,5	28	19,1	2	1,4
Контроль (мини-аборт)	154	23	14,4	96	60,0	33	24,4	2	1,2
Всего:	301	51	16,9	185	61,5	61	20,3	4	1,3

Оба способа прерывания беременности выбирались рожавшими и нерожавшими пациентками одинаково часто. Повторное прерывание беременности мифегином произведено у 7 женщин (4,8%). Прерывание беременности в срок до 43 дней от первого дня последней менструации выполнено у 99 пациенток (67,4%), до 63 дней аменореи - у 48 (32,6%).

Заслуживал внимания тот факт, что 10 из 147 женщин (6,8%) имели в анамнезе операцию кесарева сечения, у 10 человек (6,8%) диагностирована миома матки, у 8 (5,4%) - аномалии развития (седловидная или двурогая матка). Среди них была одна пациентка, которой в условиях женской консультации дважды безрезультатно проводилась попытка проведения мини-аборта и одна пациентка с прогрессирующей беременностью после проведения мини-аборта. Техника проведения медикаментозного аборта заключалась в приеме 600 мг мифегина и через 36-48 часов - препарата поддержки (сайтотек в дозе 400 мг).

Побочные эффекты при приеме мифепристона и сайтотека отмечены у 24 пациенток, что составило 16,3%. Чаще всего встречались интенсивные боли в нижних отделах живота после приема сайтотека, потребовавшие применения обезболивающих средств в 10 случаях (6,8%). Второй по частоте побочный эффект заключался в появлении через 40-60 мин после приема препарата тошноты без рвоты, зарегистрированной у 8 человек (5,4%). Из них у 2 тошнота возникала после приема мифепристона и у 6 - после приема сайтотека. По литературным данным, тошнота встречается у 27,5% паци-

Таблица 2

Структура осложнений прерывания беременности

Осложнение	Группа наблюдений			
	Медикаментозный аборт		Контроль (мини-аборт)	
	абс.	%	абс.	%
Прогрессирующая беременность	0	0,0	1	0,6
Неполный аборт	2	1,4	2	1,3
Плацентарный полип	1	0,7	2	1,3
Кровотечение	2	1,4	3	1,9
Воспаление матки и придатков	0	0,0	3	1,9
Перфорация матки	0	0,0	1	0,6
Всего:	5	3,4	12	7,5

енток [2]. Рвота после приема сайтотека в наших наблюдениях отмечена в 4 случаях (2,7%), обморочное состояние - в 2 (1,4%).

Экспульсия плодного яйца под влиянием мифепристона без препарата поддержки произошла через 24-36 часов у 13 человек, что составило 9,6% и превысило данные литературы на 3,8% (у 1 пациентки беременность была замершая, а у 5 изменились симптомы угрожающего самопроизвольного выкидыша). После однократного приема препарата поддержки прерывание беременности наступило у 94 человек (63,9%). По-

вторная доза сайтотека (400 мг через 4 часа после первого приема) привела к экспульсии плодного яйца у 41 беременной (27,9%). У 12 женщин (8,2%) прерывание беременности произошло отсрочено, в течение 16-24 часов после повторного приема препарата поддержки. Случаев пролонгирования беременности после медикаментозного аборта не было.

Осложнения при медикаментозном аборте встречались значительно реже, чем при мини-аборте (табл. 2). У пациенток, принимавших с целью прерывания беременности мифегин и сайтотек, не было таких осложнений, как перфорация матки и воспалительные заболевания.

На основании проведенного исследования следует сделать вывод, что медикаментозный аборт в современных условиях является высокоэффективным, наиболее щадящим и безопасным методом прерывания беременности. Применение мифегина является методом выбора для нерожавших женщин, женщин с аномалиями развития половых органов, а также лиц, перенесших оперативное родоразрешение и другие хирургические вмешательства на матке в анамнезе, и женщин с синдромом «коагулированной шейки».

Литература

1. Караева Е.Н., Соловьева Е.В., Кирпичников Н.В., Туманов А.В.// Эксперимент, и клинич. фармакология. - 1999. - №4. - С. 72-76.
2. Применение мифегина (мифепристона) в практике гинекологических отделений военных лечебных учреждений: Методические рекомендации. - М.: ГВКГ им. Н.Н. Бурденко, 2000.
3. Цвелев Ю.В. Состояние и современные проблемы репродуктивного здоровья женщины: Акт. речь в день 199-й годовщины академии. - СПб., 1997.
4. Bygdeman M., Swahn M.L.// Contraception. - 1985.- Vol.32.- P. 45-51.

DRUG ABORTION IN MODERN CLINIC

N.V. Balatskaya, Z.A. Lushnikova, T.V. Bagriy
Clinic «Yaroslava» (Vladivostok)

Summary - There has been given an analysis of 147 cases of drug abortion with using of medication «Mifegyn» («Mifepriston») and «Cytotec». The high effectiveness of this method, its safety, considerable reduction of complications' risk in comparison with mini-abortion have been shown in this research.
Pacific Medical Journal, 2003, No. 1, P. 83-84.