

## Особенности медикаментозного прерывания беременности во II триместре и проблемы метода.

Научный руководитель – Корнилова Татьяна Юрьевна

Дашдамирова Ш.Ф.<sup>1</sup>, Яфаркин А.С.<sup>2</sup>, Ваганова Р.Т.<sup>3</sup>

1 - Ульяновский государственный университет, Институт медицины, экологии и физической культуры, Ульяновск, Россия, *E-mail: shargiya.dashdamirova.97@mail.ru*; 2 - Ульяновский государственный университет, Институт медицины, экологии и физической культуры, Ульяновск, Россия, *E-mail: ayrenn\_nox@icloud.com*; 3 - Ульяновский государственный университет, Институт медицины, экологии и физической культуры, Ульяновск, Россия, *E-mail: reginavag6@yandex.ru*

**Актуальность.** Медикаментозное прерывание беременности с применением антипрогестинов и синтетических аналогов простагландинов является современным и безопасным методом прерывания беременности.

**Цель исследования.** Проанализировать особенности медикаментозного прерывания беременности во II триместре с 2017 по 2019 гг. Выявить проблемы внедрения медикаментозного прерывания беременности.

**Материалы и методы исследования.** Искусственное прерывание беременности на поздних сроках по медицинским показаниям проведено 102 женщинам. Были две клинические группы: в *первую* вошли 84 пациентки, Их беременность завершилась абортom под воздействием мифепристона 200мг перорально в комбинации с мизопростолом 200мг лингвально, повторяя каждые 3 часа по 200мг при необходимости; вторую клиническую группу составили 18 женщин, беременность которых прервана антипрогестероном (МИФ) 200мг перорально с простагландином (МИЗ) 400мг вагинально, повторяя каждые 3 часа по 200мг при необходимости. Эффективность применения МИФ и МИЗ и наиболее приемлемые сочетания доз препаратов оценивали, регистрируя время от приема последней таблетки МИЗ до изгнания плода, с учетом срока беременности.

**Результаты исследования.** Возраст всех женщин колебался от 13 до 42 лет. В возрастной категории до 20 лет находилось 13% пациенток; 30 лет и старше - 42%. Лишь у 37% пациенток настоящая беременность была первой, 37% пациенток имели в анамнезе от 3 до 10 беременностей. У 45% женщин в анамнезе не было родов. У 10% повторнородящих - рубец на матке после кесарева сечения. Гинекологические заболевания выявлены в 48% случаев, в 60% - экстрагенитальные заболевания. *В первой группе* все 84 пациентки получили только 200мг МИФ, а вот доза МИЗ колебалась от 200мг до 1400мг: в 12-14 недель эффективнее были 200мг, в 14-19 недель - 600мг, а в 20-21неделю + 6 дней - 400мг. Соответственно, продолжительность аборта в зависимости от срока беременности составила: 150 минут, 189 минут и 201минута. *Во второй группе* 18 пациенток для успешного изгнания плода из матки получили 200мг МИФ, а доза МИЗ как и в первой группе колебалась от 200мг до 1200мг: в 12-14 недель эффективнее были 800мг, в 14-19 недель - 1000мг, а в 20-21неделю + 6 дней - 400мг. Продолжительность аборта в зависимости от срока беременности составила: 204 минуты, 205 минут и 205 минут. Средний объем кровопотери в обеих группах-150 мл. Во всех 102 случаях обнаружен дефект хориона/плаценты и произведено инструментальное опорожнение полости матки. Побочные эффекты от МИФ и МИЗ не зарегистрированы.

**Выводы.** Исследование показало, что лингвальное использование синтетического мизопростола экономически выгоднее, чем вагинальное. Время от приема последней таблетки до изгнания плода при лингвальном применении короче. Комплаентность к лингвальному применению очень высока. Для исключения во многих случаях после изгнания плода

и рождения хориона/плаценты кюретажа необходимо внедрить возможности ультразвуковой диагностики на всех этапах медикаментозного прерывания.