

литие вод) ограничивают применение данного метода внутриутробной терапии плода. Именно поэтому выполнение внутриутробного внутрисосудистого переливания крови должно осуществляться в медицинских центрах, обладающих необходимыми условиями для его реализации, а также требует особой подготовки медицинского персонала, осуществляющего внутриутробные вмешательства.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Кордоцентез: четырехлетний опыт применения в целях пренатальной диагностики и лечения заболеваний плода / Э. К. Айламазян [и др.] // Ультразвуковая диагностика акушерстве, гинекологии и педиатрии. — 2013. — № 3. — С. 33–39.

УДК 618.39-085.2/.3

### ДОЗА И ПУТИ ВВЕДЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ ПРИ МЕДИКАМЕНТОЗНОМ ПРЕРЫВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ

*Борисовец А. Г., Лукомский Д. А.*

Научный руководитель: к.м.н., ассистент *М. А. Кустова*

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

#### **Введение**

Термин «медикаментозный аборт» означает прерывание беременности с помощью лекарственных препаратов. Он является более бережным и менее травматичным в сравнении с хирургическим абортом. При его выполнении не требуется проведения дилатации шейки матки и кюретажа слизистой полости матки, позволяет избежать риска, связанного с хирургическим вмешательством и анестезией, протекает по типу самопроизвольного выкидыша. Психологически женщины медикаментозный аборт переносят значительно легче, благодаря отсутствию стрессовой реакции на хирургическую травму и боль [1]. Для медикаментозного прерывания беременности используют препараты мифепристона и мизопростола. Мифепристон — синтетический стероидный препарат, антагонист прогестероновых рецепторов, для перорального применения. Мизопростол — синтетический аналог простагландина E1. Препарат должен применяться для прерывания беременности в комбинации с мифепристоном только в специализированных учреждениях [2].

#### **Цель**

Проанализировать дозу и пути введения фармакологических препаратов мифепристона и мизопростола для прерывания беременности на разных сроках гестации по медицинским показаниям и по желанию женщины.

#### **Материал и методы исследования**

Проведен ретроспективный анализ медицинских карт 50 пациенток, которым было проведено медикаментозное прерывание беременности в сроке до 22 недель гестации в условиях стационара. Выборка историй проводилась сплошным методом, временной промежуток составил с июня 2018 г. по январь 2019 г. При обработке качественных признаков использовали: определение доли (P) и ошибки доли (Sp), хи-квадрат ( $\chi^2$ ), точный критерий Фишера (P). Количественные признаки описывали средним значением (M) и средним квадратическим отклонением (s), медианой (Me) и интерквартильным размахом (25-й и 75-й процентиля), сравнение проводили критерием Манна — Уитни (Z). Для установления направления и силы статистической связи количественных признаков использована ранговая корреляция Спирмана ( $r_s$ ). Статистически значимым уровнем ошибки считали  $p \leq 0,05$ . Статистическая обработка данных производилась при помощи программы «MedCalc 10.2.0.0» (MedCalc, Mariakerke, Belgium).

### Результаты исследования и их обсуждение

Средний возраст пациенток составил  $31,8 \pm 6,1$  лет. Значимо чаще наблюдались женщины повторнобеременные — 39 ( $78 \pm 5,9\%$ ,  $\chi^2 = 29,2$ ;  $p < 0,0001$ ) и повторнородящие — 36 ( $72 \pm 6,3\%$ ,  $\chi^2 = 17,6$ ;  $p < 0,0001$ ) пациенток. Средний срок прерывания составил  $Me = 60$  (37; 98) дней гестации. При неразвивающейся беременности  $Me = 42$  (35; 58) дня, при прерывании по желанию женщины —  $Me = 67,5$  (49; 70) дней, при пороках развития плода —  $Me = 142$  (100,3; 148,5) дня. Значимо чаще проводилось прерывание беременности в сроке до 12 недель — 33 ( $66 \pm 6,7\%$ ) случая, в более позднем сроке — 17 ( $34 \pm 6,7\%$ ) случаев ( $\chi^2 = 9$ ;  $p = 0,003$ ). Самой частой причиной прерывания была неразвивающаяся беременность — 29 ( $58 \pm 6,7\%$ ) случаев, по причине пороков развития плода — 15 ( $30 \pm 6,5\%$ ) случаев, прерывание по желанию женщины в сроке до 12 недель беременности — 6 ( $12 \pm 4,6\%$ ) случаев.

Для прерывания беременности на первом этапе пациентка принимала внутрь в присутствии врача препарат мифепристона. При прерывании беременности по желанию женщины во всех случаях доза мифепристона составила 600 мг, при пороках развития плода, независимо от срока гестации, использовали 400 мг препарата. При неразвивающейся беременности доза мифепристона была различной — от 200 до 600 мг, и имела тенденцию к увеличению с увеличением срока прерывания беременности ( $r_s = 0,36$ ;  $p = 0,057$ ). На втором этапе прерывания пациентке вводился препарат мизопростола. Количественное введение мизопростола напрямую коррелировало со сроком гестации ( $r_s = 0,79$ ;  $p < 0,0001$ ). Доза введения значимо не различалась среди женщин, прерывающих беременность по собственному желанию  $Me = 800$  (800; 1000) мкг и при неразвивающейся беременности  $Me = 800$  (800; 800) мкг. При прерывании беременности, ассоциированной с пороками развития плода, доза данного препарата была значимо большей  $Me = 1600$  (1000; 2400) мкг, в сравнении с прерыванием по желанию ( $Z = 2,72$ ;  $p = 0,006$ ) и неразвивающейся беременностью ( $Z = 4,5$ ;  $p < 0,0001$ ). Наиболее часто использовали сублингвальный — 28 ( $56 \pm 7\%$ ) случаев, сублингвальный + вагинальный — 18 ( $36 \pm 6,8\%$ ) случаев, сублингвальный+вагинальный+ректальный — 3 ( $6 \pm 3,4\%$ ) случая, и в одном случае было отмечено сублингвальное+ректальное введение мизопростола ( $2 \pm 2\%$ ). По нашим наблюдениям, сочетание нескольких путей введения препарата (сублингвально + вагинально или ректально) было связано с большей дозировкой препарата ( $r_s = 0,87$ ;  $p < 0,0001$ ) и сроком беременности ( $r_s = 0,76$ ;  $p < 0,0001$ ). Также способ введения мизопростола значимо различался, в зависимости от причины прерывания беременности (таблица 1).

Таблица 1 — Пути введения мизопростола в зависимости от причины прерывания беременности, n ( $P \pm Sp$ , %)

Пути введения мизопростола	Причина прерывания		
	по желанию женщины, N = 6	неразвивающаяся беременность, N = 29	пороки развития плода, N = 15
Сублингвальный	4 ( $66,7 \pm 19,2\%$ )	24 ( $82,8 \pm 7\%$ )	0*
Сублингвальный + вагинальный	2 ( $33,3 \pm 19,2\%$ )	4 ( $13,8 \pm 6,4\%$ )	12 ( $80 \pm 10,3\%$ )**
Сублингвальный + ректальный	0	1 ( $3,4 \pm 3,4\%$ )	0
Сублингвальный + вагинальный + ректальный	0	0	3 ( $20 \pm 10,3\%$ ***)

Примечания: \* — значимо реже, в сравнении с прерыванием по желанию ( $P = 0,025$ ) и при неразвивающейся беременности ( $P < 0,0001$ ); \*\* — значимо чаще, в сравнении с неразвивающейся беременностью ( $P < 0,0001$ ); \*\*\* — значимо чаще, в сравнении с неразвивающейся беременностью ( $P = 0,046$ ).

### Выводы

Таким образом, при прерывании беременности по желанию женщины доза мифепристона составила 600 мг, при пороках развития плода, независимо от срока гестации — 400 мг. При неразвивающейся беременности доза препарата мифепристона имеет тен-

денцию к увеличению с увеличением срока прерывания беременности и составила 200–600 мг. Количественное введение мизопростола напрямую коррелировало со сроком гестации. Доза введения значимо не различалась среди женщин, прерывающих беременность по собственному желанию и при неразвивающейся беременности. При прерывании беременности, ассоциированной с пороками развития плода, доза данного препарата была значимо большей, что, предположительно, связано с большим сроком гестации среди данных случаев. С увеличением срока гестации требовалась большая дозировка мизопростола, большая доза препарата требовала сочетания нескольких путей введения.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Коршикова, Р. Л. Медикаментозный аборт. Методика выполнения: инструкция по применению / Р. Л. Коршикова, А. Н. Барсуков, А. М. Камлюк. — Минск, 2011 — 2 с.
2. Медикаментозное прерывание беременности: клинические рекомендации (протокол лечения) / Г. Т. Сухих [и др.]; под общ. ред. Г. Т. Сухих. — М., 2015. — 12 с.

УДК 618.2:618.14-002-089

### **ОСОБЕННОСТИ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ ПАЦИЕНТОК, ПЕРЕНЕСШИХ ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПО ПОВОДУ ЭНДОМЕТРИОЗА ЯИЧНИКОВ**

*Боярская В. С., Боярский Е. Д.*

Научный руководитель: к.м.н., доцент *Т. Н. Захаренкова*

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

#### **Введение**

Эндометриоз — хронический патологический процесс с рецидивирующим течением, при котором за пределами полости матки происходит доброкачественное разрастание ткани, по морфологическим и функциональным свойствам подобной эндометрию. Полностью вылечить эндометриоз невозможно, с этим соглашаются многие ведущие специалисты, полагая, что заболевание можно лишь приостановить. Эктопические клетки эндометрия очень жизнеспособны и, оставшись при хирургическом удалении эндометриом, способны прогрессировать в новый очаг заболевания [1]. Поэтому пациентке, имеющей репродуктивные планы, в ближайшие сроки должно быть выполнено оперативное вмешательство. Но так как эндометриомы бывают больших размеров, то большая часть яичника при этом удаляется. И после оперативного лечения овариальный резерв становится резко сниженным. Иногда это приводит к бесплодию. Под овариальным резервом понимают функциональный резерв яичника, который определяет способность последнего к развитию здорового фолликула с полноценной яйцеклеткой и адекватному ответу на овариальную стимуляцию [2]. На сегодняшний день основными показателями овариального резерва является антимюллеров гормон (АМГ), фолликулостимулирующий гормон (ФСГ), ингибин В, трансвагинальное ультразвуковое исследование антральных фолликулов.

#### **Цель**

Оценить овариальный резерв и частоту наступления беременности в естественном и стимулированном цикле у пациенток, перенесших оперативное лечение при эндометриомах яичников.

#### **Материал и методы исследования**

Проведено ретроспективное исследование у 35 пациенток, состоящих на диспансерном учете в женских консультациях № 1, 2, 4, 8 ГУЗ «ГЦГП». Пациентки были разделены на 2 группы. Первую группу составили пациентки со II стадией эндометриоза (n = 26),