Заключение

Избыточное потребление холестерина является мировой проблемой, требующей тщательного контроля. Это подтвердилось в проведенном нами исследовании, где в среднем у 80% испытуемых потребление холестерина было выше нормы. Между тем, заложенные в молодом возрасте пищевые привычки зачастую сохраняются на всю жизнь. Это обуславливает необходимость формирования адекватного пищевого поведения с ранних лет, во избежание ассоциированных проблем в зрелом возрасте.

1. Всемирная Организация Здравоохранения. Информационные бюллетени. 10 ведущих причин смерти в мире // [Электронный ресурс] // URL: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
2. Всемирная Организация Здравоохранения. Всеобъемлющий глобальный механизм контроля, включающий показатели, и комплекс добровольных глобальных целей в области профилактики неинфекционных заболеваний и борьбы с ними. Версия от 25 июля 2012 года. // [Электронный ресурс] // URL: https://www.who.int/nmh/events/2012/Discussion_paper3_RUS.pdf
3. Дубцов Г.Г. Заключение об эффективности научно-технической разработки «Метод анализа характера питания человека в домашних условиях и фактического химического состава диетологических рационов, генерированных с использованием сервиса Nutrilogic». Утверждено Ю.В. Бабиным. МГУПП, 2018.
4. Тутельян В.А. Химический состав и калорийность российских продуктов питания: Справочник. М.: ДеЛи плюс, 2012, 284 с.
5. Нормы физиологических потребностей в энергии и пищевых веществах для различных групп населения Российской Федерации. Методические рекомендации. М.: Федеральный центр гигиены и эпидемиологии Роспотребнадзора, 2009, 36 с.

Томилов В.О., Лобанова Д.А., Борисова В.А., Грачева А.А., Руина О.В.

Медикаментозный аборт на ранних сроках

*ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(Россия, Нижний Новгород)*

doi: 10.18411/sr-10-04-2021-07

Аннотация

Одной из ключевых проблем в акушерстве и гинекологии является искусственное прерывание беременности. Авторами сделан акцент на медикаментозном аборте. Из-за высокой смертности при самостоятельном выполнении аборта необходимо проводить просветительскую деятельность среди населения по данному вопросу. Также необходимо помнить о долгосрочных последствиях после выполнения данной процедуры.

Ключевые слова: аборт; прерывание беременности; беременность.

Согласно данным Института Гуттмахера в 2017 году количество медикаментозных абортов на ранних сроках увеличилось на 25% по сравнению с 2014 годом и составило 39% от всех прерываний беременности. Это не значит, что количество абортов выросло - напротив, за этот же период их количество снизилось на 8%. Однако это говорит о том, что все больше женщин на ранних сроках предпочитают медикаментозный аборт, а не хирургический [1]. Многие женщины считают медикаментозный аборт более естественным методом, поскольку он имитирует процесс выкидыша.

Экспертами ВОЗ определено, что безопасными методами прерывания беременности являются медикаментозный аборт и вакуум-аспирация. При этом наименьшее число и тяжесть осложнений наблюдается при искусственном прерывании беременности в ранние сроки – до 6 нед.

К сожалению, осведомленность об этом методе достаточно низкая. Как и любимая медицинская процедура, аборт вызывает страх у пациенток. Зачастую это связано с мифами, которые его окутывают. К примеру, некоторые пациентки приравнивают медикаментозный аборт к экстренной контрацепции. Однако механизм их действия принципиально разный. Медикаментозный аборт останавливает течение уже возникшей беременности, экстренная контрацепция предотвращает ее возникновение, не допуская овуляции. То есть если овуляция уже произошла, она будет бессильна. Исключение составляет медьсодержащая внутриматочная спираль, которая вызывает воспалительную реакцию, нарушающую движение сперматозоидов, и предотвращающую прикрепление зиготы к стенке матки [5].

«Таблетка для аборта» - лекарственный препарат, останавливающий беременность и помогающий организму избавиться от нее. Он состоит из двух препаратов. Первый - мифепристон, так же известный как RU-486, который запускает процесс безопасного прерывания беременности. Мифепристон является синтетическим производным прогестерона с присоединением норэтиндрона. Обладает антипрогестагенным действием, не обладает гистогенной активностью. Сродство к рецепторам прогестерона у него в 5 раз выше, чем у гормонов. Он препятствует связыванию прогестерона с рецепторами и угнетает простагландиндегидрогеназу, что приводит к разрушению капилляров в слизистой оболочке матки, повышению активности фосфолипазы A2, которая высвобождает из липидов арахидоновую кислоту и увеличивает синтез простагландинов. Под действием мифепристона увеличивается чувствительность матки к простагландинам в 5 раз.

Синтез простагландинов так же активизируется за счет ингибирования простагландиндегидрогеназы. Увеличение концентрации простагландинов индуцирует сокращения матки. Началу сокращений предшествует размягчение и расширение шейки матки.

В результате развитие беременности приостанавливается и начинается процесс избавления от нее. Учитывая особую значимость препаратов для прерывания нежелательной беременности в связи с их высокой востребованностью, эффективностью и безопасностью, в 2004 году ВОЗ включила мифепристон и мизопростол в Перечень основных лекарственных средств [3].

Спустя 24-48 часов принимается второй препарат – мизопростол. Он помогает матке избавиться от беременности. Мизопростол является синтетическим аналогом простагландина E. Он инициирует сокращение гладких мышц миометрия и расширение шейки матки. Подобно выкидышу, происходящему без медикаментозного вмешательства, организм начинает испытывать спазмы и избавляться от оставшейся беременности. Вагинальное применение мизопростола показало высокую эффективность (в течение 24 ч родоразрешены 89,3 % беременных), было более эффективным, чем применение окситоцина, однако риск гиперстимуляции матки, наоборот, был выше при применении мизопростола. Пероральное введение мизопростола также было эффективным (87,4 %), интервал от начала родовозбуждения до родов был меньше, чем при применении других методов родовозбуждения [2].

Возникает вопрос о безопасности медикаментозного аборта. Риск смертности во время прерывания беременности тем ниже, чем меньше срок. Так как медикаментозный аборт возможен на сроке не более 10 недель, он становится максимальным безопасным.

По данным Института Гуттмахера осложнения, требующие госпитализации, возникают лишь в 0,4% случаев. Метроррагия возникает в 12%, остатки плодного яйца наблюдаются в 2%, эндометрит не наблюдается. Нарушения гормонального фона наблюдались в 4% случаев. За все время использования препаратов было выявлено 7

летальных исходов. Один в результате разрыва маточной трубы при внематочной беременности, 5 – результаты развития сепсиса.

Противопоказаниями для медикаментозного аборта служат внематочная беременность, почечная и печеночная недостаточность, надпочечниковая недостаточность, длительное применение кортикостероидов, миома матки, заболевания крови, курение, присутствие в матке ВМС, аллергии.

Таким образом, медикаментозное прерывание беременности обладает следующими плюсами: атравматичность процедуры, высокая эффективность 97%, отсутствие гормонального стресса, а следовательно влияния на репродуктивную и менструальную функции, отсутствие психологического стресса для пациентки, низкий риск инфицирования. Поэтому стоит рассказывать женщинам о такой возможности, ведь популяризация данной методики будет способствовать сохранению репродуктивного потенциала страны.

На данный момент на российском рынке представлены следующие виды препаратов. Мифипрестон, женале, гинепристон производятся в нашей стране. Стоимость их колеблется от 400 до 600 рублей. Другой производитель выпускает таблетки с этим же действующим веществом под названием Гинестрил стоит значительно выше - 6330 руб. Это связано с тем, что данный препарат относится к новому поколению медикаментов и имеют меньше побочных эффектов. Однако, как abortивные средства они показывают меньшую эффективность.

Было отмечено, что в 5 % случаев беременность продолжала развиваться, в 7 % не наступало изгнание плода, в 3% наблюдалось сильное кровотечение, требовавшее хирургического вмешательства.

Наиболее эффективной считается следующая схема приема препаратов: 600мг Мифепристона с последующим пероральным приемом 2 х таблеток 400мг Мизопростола спустя 48 часов. Другие дозы и режимы приемы, включая меньшие дозы, допустимо снижение дозы Мифепристона до 200мг, так же оказались эффективными не только в клинических испытаниях, но и на практике.

Затрагивая тему долгосрочных последствий для здоровья женщин, стоит сказать, что в общеклинических испытаниях никаких серьезных последствий и рисков зарегистрировано не было. Такие эффекты кажутся маловероятными в связи с кратковременностью воздействия препарата. Мифепристон метаболизируется очень быстро, так три четверти дозы выводятся из организма в течение двух дней. Вероятность наступления овуляции уже в следующем после аборта цикле составила 75,9%. Доказано, что комбинация Мифепристона с Мизопростолом не влияет на последующие беременности или способности к зачатию.

Однако, в виду кажущейся простоты процедуры и доступности препаратов без соответствующего рецепта от врача, женщины принимают решение самостоятельно провести данную процедуру без консультации. Таким образом, смертность даже от такого щадящего метода резко увеличивается. Применение препаратов для медикаментозного аборта без контроля не допустимо.

В виду возможности развития обильных кровотечений и наличия строгих противопоказаний прием стоит осуществлять только после консультации с гинекологом, и желателен прием в условиях дневного стационара под постоянным наблюдением медицинского персонала. Но, несмотря на это вероятность развития осложнений остается менее значимой по сравнению с риском осложнений после криминальных абортов.

Медикаментозный аборт следует рассматривать и как резерв в снижении материнской смертности и заболеваемости, а также способ улучшения репродуктивного здоровья женщины, напрямую связанного со снижением государственных затрат на ведение осложненных беременностей и выхаживание

недоношенных новорожденных [4]. Такой вид аборта должен стать приоритетным методом при прерывании беременности на ранних сроках.

1. Бантьева М.Н., Манюшкина Е.М., Соколовская Т.А. Медико-социальная значимость проблемы абортов в Российской Федерации. Академия медицины и спорта. 2020;1(1):5-9. doi:10.15829/2712-7567-2020-1-5-9
2. Благодарный Г. В. Применение синтетического аналога простагландина E1 мизопростола с целью родовозбуждения // Ж. акуш. и жен. болезн.. 2017. №1. – С. 58
3. Дикке Г.Б. Медикаментозный аборт. Мифепристон-200 - выбор, основанный на доказательствах // Главврач Юга России. 2014. №1 (38). – С. 49
4. Дикке Г.Б. Показания и современные схемы медикаментозного завершения беременности // ПМ. 2017. №7 (108).
5. Пак В.Е., Ли К.И. Мифепристон и мизопростол: вместе или отдельно? // Акушерство и гинекология: новости, мнения, обучение. 2019. Т. 7, № 3. Приложение. С. 83–86. doi: 10.24411/2303-9698-2019-13911

Томилов В.О., Лобанова Д.А., Копылова М.В.

Актуальные вопросы лечения и профилактики преэклампсии и эклампсии

ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

(Россия, Нижний Новгород)

doi: 10.18411/sr-10-04-2021-08

Аннотация

В работе рассмотрены появления таких тяжелых состояний, как преэклампсия и эклампсия. Авторами сделан акцент на патогенезе, фармакопрофилактике и фармакотерапии данных патологических состояний как на одном из наиболее актуальном вопросе в акушерстве.

Ключевые слова: эклампсия; преэклампсия; гипертонические расстройства; беременность; интенсивная терапия.

Во время беременности усиливается выраженность системного воспаления, тромбообразования и атеросклеротических процессов; к середине второго триместра женщина может столкнуться с толерантностью к глюкозе, гестационным сахарным диабетом, метаболическим синдромом и нарушением тромбофильного гемостаза. Гипертонические расстройства во время беременности, в том числе преэклампсия, встречаются в 2-8% беременностей. В России этот показатель выше и колеблется на уровне 5-30% [1].

На данный момент ни одна проблема в акушерстве не вызывает столь пристального внимания, как проблема преэклампсии и эклампсии ввиду их малой изученности.

Преэклампсия (ПЭ) - это синдром, который развивается только у беременных женщин, обычно после 20-й недели, из-за дисфункции жизнеобеспечивающих систем организма. Этот синдром обычно проявляется гипертензией и протеинурией [6]. Основную роль в развитии ПЭ играют сосудистые нарушения: ангиоспазм, нарушение проницаемости сосудистой стенки, изменение вязкости крови и дезорганизация микроциркуляции.

Одним из основных проявлений этого гестоза является гиповолемия, которая встречается почти во всех случаях. Это приводит к снижению переноса кислорода и его потребления тканями с последующим развитием сердечной недостаточности и