

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
"Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-
Ясенецкого" Министерства здравоохранения

Российской Федерации

Кафедра перинатологии, акушерства и гинекологии лечебного факультета

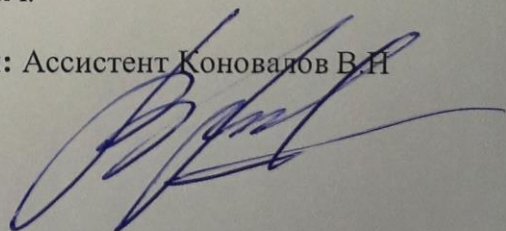
Заведующий кафедрой: ДМН, Профессор Цхай В.Б.

РЕФЕРАТ

«МЕТОДЫ ПРЕРЫВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ В РАННИЕ И ПОЗДНИЕ СРОКИ. ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. МЕДИЦИНСКИЙ АБОРТ»

Выполнила: клинический ординатор
кафедры перинатологии, акушерства и
гинекологии лечебного факультета
Зубова И.А.

Проверил: Ассистент Коновалов В.И.



г.Красноярск

2018г.

**Рецензия на реферат выполненный по теме: «МЕТОДЫ ПРЕРЫВАНИЕ
БЕРЕМЕННОСТИ В РАННИЕ И ПОЗДНИЕ СРОКИ. ПОКАЗАНИЯ И
ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. МЕДИЦИНСКИЙ АБОРТ»**

Ординатором 2го года обучения

Кафедра перинатологии, акушерства и гинекологии лечебного факультета ФГБУ ВО
КрасГМУ им. Профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого.

ФИО: Зубова Инна Александровна

Реферат выполнен на 19 страницах, в структуре реферата имеется: титульный лист,
оглавление, содержательная часть, используемая литература.

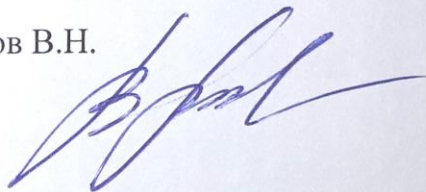
Актуальность изучения проблемы диагностики и лечения данной патологии очевидна
ввиду того что аборт является главной причиной гинекологической заболеваемости, с ним
связывают риск возникновения ранних осложнений и отдалённого влияния на репродуктивное
здоровье.

Содержание реферата в полной мере отражает значимость и актуальность темы.

При написании реферата использовались современные источники литературы не старше 5
лет.

Реферат принят и оценен на (4) хорошо.

Руководитель клинической ординатуры: Коновалов В.Н.



Содержание

1. Определение. Классификация абортов.
2. МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ
3. ПРЕРЫВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ В РАННИЕ СРОКИ
- 3.1 Медикаментозное прерывание беременности
- 3.2 Хирургические методы
- 4.ПРЕРЫВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ В ПОЗДНИЕ СРОКИ

1. Определение. Классификация абортов.

Медицинский аборт - искусственное прерывание беременности, выполненное обученным медицинским персоналом с соблюдением всех требований метода.

Искусственный аборт (abortusartificialis) – аборт, вызванный преднамеренно воздействием непосредственно на плодное яйцо, плодместилище, организм беременной.

Медицинский аборт проводят в медицинском учреждении с информированного согласия женщины и обязательным оформлением соответствующей медицинской документации.

Искусственное прерывание беременности осуществляют по желанию женщины до 12 недель беременности; по социальным показаниям - до 21 недель 6 дней, а при наличии медицинских показаний и согласия женщины - независимо от срока беременности.

По собственному желанию женщины беременность прерывают в сроке до 12 недель при предъявлении направления из женской консультации

Классификация абортов

Аборты делят на 2 группы: спонтанные и индуцированные. Индуцированные, в свою очередь, - на больничные, проведенные в медицинском учреждении, и уголовные, или внебольничные.

Выделяют ранний (до 12 недель) и поздний (с 12 до 21 недель 6 дней) аборт (прерывание беременности).

Медицинский аборт по методу проведения:

1. Медикаментозный.

2. Хирургический:

Выбор того или иного метода зависит от срока беременности и от возможностей конкретной медицинской организации.

Необходимость разделения аборт на ранний и поздний определяется тем, что после 12 недель размеры матки большие, плацента сформирована, плод достаточно велик. Это обуславливает сложность операции прерывания беременности в поздние сроки, невозможность выполнить ее одномоментно путем выскабливания полости матки.

В нашей стране разрешается проводить операцию искусственного прерывания беременности сроком до 12 недель в лечебном учреждении по желанию женщины при отсутствии медицинских противопоказаний.

Прерывать беременность в поздние сроки (от 13 до 22 недель) разрешается только при наличии медицинских или социальных показаний и отсутствии противопоказаний. Решение о возможности такого оперативного вмешательства принимает специальная комиссия при наличии у женщины соответствующих юридических и медицинских документов.

2. МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Перечень основных и дополнительных диагностических мероприятий

Основные диагностические мероприятия:

- клинический анализ крови: гемоглобин, эритроциты, лейкоциты, СОЭ, время свертываемости крови;
- группа и резус-принадлежность крови;
- анализ крови на реакцию Вассермана;
- анализ крови на ВИЧ;
- микроскопическое исследование мазка из влагалища (цервикального канала и уретры) на степень чистоты и флору;
- УЗИ ОМТ.

Дополнительные диагностические мероприятия:

- флюорография;
- консультация узких специалистов.

Диагностические критерии

Искусственное прерывание беременности производится:

- по желанию женщины при сроках беременности до 20 дней задержки менструации и до 12 недель беременности;
- по медицинским показаниям, как со стороны матери, так и плода независимо от срока беременности;
- по социальным показаниям от 13 недель до 21 недель 6 дней;

- метод и способ прерывания беременности определяет медицинская организация, в которой будет проводиться данная манипуляция. Где это возможно, женщинам должны быть предоставлены методы аборта на их выбор.

Жалобы и анамнез: желание прервать беременность или заключение комиссии о прерывании беременности по медицинским или социальным показаниям.

Физикальное обследование:

- измерить пульс, АД, температуру;
- провести общее физикальное обследование;
- подтвердить срок беременности и провести гинекологическое исследование.

Лабораторные исследования:

- клинический анализ крови;
- общий анализ мочи;
- определение группы крови и резус-фактора;
- исследование крови на ВИЧ-инфекцию, сифилис, гепатиты В и С;
- анализ свёртывающей системы крови (по показаниям);
- мазок на степень чистоты.

Инструментальные исследования: УЗИ органов малого таза (может использоваться для подтверждения сроков беременности и результатов объективного исследования).

Показания для консультации специалистов:

- консультация терапевта обязательно;
- консультации других специалистов – по показаниям (наличие экстрагенитальных заболеваний).

Дифференциальный диагноз – не проводится.

3. ПРЕРЫВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ В РАННИЕ СРОКИ

(до 12 недель беременности)

Лечение.

Чувствительные тесты на беременность позволяют диагностировать беременность в ранние сроки - одну-две недели. Аборт при беременности сроком до 5 недель называют регуляцией менструации, менструальной экстракцией, или мини-аспирацией. Регуляцию менструации можно осуществлять как путем вакуум-кюретажа, так и стероидными препаратами, которые вызывают аборт.

3.1 Медикаментозное прерывание беременности

Стероидные препараты, вызывающие аборт.

Этот метод используют в сроке беременности до трех недель. Применяются препараты Мизопропростол или мифепристон - RU 486, который является аналогом норэтиндрона. Он действует как фальшивый передатчик и блокирует естественный прогестерон.

1. Преимущества медикаментозного прерывания беременности:

1. высокая эффективность (95–98%), безопасность и приемлемость;
2. отсутствие риска, связанного с анестезией;
3. отсутствие риска осложнений, связанных с хирургическим вмешательством: механическим повреждением эндометрия, миометрия, сосудов матки, травмой цервикального канала;
4. снижение риска развития восходящей инфекции и связанных с ней осложнений;
5. неинвазивность метода исключает опасность заражения ВИЧ-инфекцией, гепатитом В, С и др.;
6. отсутствие психоэмоциональной травмы, возникающей при хирургическом аборте;
7. отсутствие неблагоприятного влияния на дальнейшую репродуктивную функцию, что особенно важно для первобеременных;
8. предоставление женщине права выбора метода;
9. высокая удовлетворённость пациенток качеством медицинской помощи при данном методе прерывания беременности.

Психологически женщине легче перенести раннее прерывание беременности медикаментозным путём, чем хирургическую операцию под наркозом. При медикаментозном прерывании беременности шейка матки и слизистая матки не травмируются хирургическими инструментами, что сохраняет репродуктивную функцию женщины и существенно снижает процент возможных осложнений, в частности — серьёзных кровотечений.

Препараты, используемые для медикаментозного прерывания беременности

Медикаментозный аборт с применением антипрогестинов и синтетических аналогов простагландинов в настоящее время является современным, эффективным и безопасным методом прерывания беременности.

Рекомендованные препараты: мифепристон и мизопропростол (уровень доказательности IA).

Лекарственные средства, сертифицированные в Российской Федерации для медикаментозного

прерывания беременности:

1. мнн Мифепристон, таблетки 200 мг.
2. мнн Мизопропростол, таблетки 200 мкг.

Мифепристон

Это синтетический стероидный препарат для перорального применения. В настоящее время Мифепристон, антагонист прогестероновых рецепторов, широко используемый для медикаментозных абортов, зарегистрирован в более чем 40 странах и он в настоящее время включён ВОЗ в «Типовой перечень жизненно важных лекарственных препаратов». Обладая высоким сродством к рецепторам прогестерона, мифепристон действует как его антагонист. Механизм abortивного действия мифепристона основан на его антипрогестероновом эффекте, обусловленном блокированием действия прогестерона на уровне рецепторов в эндометрии и

миометрии, что в свою очередь приводит к подавлению развития трофобласта, повреждению и отторжению децидуальной оболочки, появлению маточных сокращений, развитию менструальноподобного кровотечения, что клинически проявляется медикаментозным абортом.

Мизопростол

Это синтетический аналог простагландина E1. Механизм abortивного действия связан с инициацией сокращения гладких мышц миометрия и расширения шейки матки. Способность мизопростола стимулировать сокращения матки облегчает раскрытие шейки и удаление содержимого полости матки. Мизопростол повышает частоту и силу сокращений миометрия, оказывая слабое стимулирующее действие на гладкую мускулатуру ЖКТ. Препарат должен применяться для прерывания беременности в комбинации с мифепристоном только в специализированных учреждениях, которые имеют соответствующим образом подготовленных медицинских работников.

Показания и противопоказания

к медикаментозному прерыванию беременности

Показания к применению клинического протокола медикаментозного прерывания беременности:

- желание пациентки прервать незапланированную беременность сроком до 9 нед (до 63 дней от первого дня последней менструации);
- наличие медицинских показаний к прерыванию беременности (включая замершую беременность в сроках до 63 дней аменореи) медикаментозный аборт также может быть использован, если срок беременности не превышает допустимый срок для метода, а состояние здоровья женщины позволяет использовать препараты для медикаментозного прерывания беременности с учётом их противопоказаний.

При медикаментозном методе прерывания беременности используются лекарственные средства, зарегистрированные на территории Российской Федерации, в соответствии с инструкциями по медицинскому применению препаратов [15]. В инструкциях ко всем зарегистрированным препаратам указано ограничение по сроку прерывания беременности 42 днями аменореи. Вместе с тем, ведущими мировыми профессиональными сообществами (RCOG, ACOG) и ВОЗ рекомендуется медикаментозное прерывание беременности в амбулаторных условиях в сроках до 63 дней аменореи [25, 44, 54, 57, 58]. Отмечается высокая эффективность и безопасность процедуры, что было доказано большим количеством исследований (IA). Поэтому настоящий клинический протокол следует считать нормативным документом, разрешающим применение методики медикаментозного аборта в указанных сроках (до 63 дней аменореи) вне инструкций без дополнительного оформления заключения врачебной комиссии на её проведение.

Противопоказания к использованию клинического протокола прерывания беременности медикаментозным методом:

- подозрение на внематочную беременность;
- беременность сроком более 63 дней аменореи¹;
- индивидуальная непереносимость мифепристона и/или мизопростола;
- надпочечниковая недостаточность и/или длительная глюкокортикоидная терапия;
- острая или хроническая печёночная или почечная недостаточность;
- наследственная порфирия;
- миома матки больших размеров²;
- анемия (уровень гемоглобина менее 100 г/л)³;
- нарушения гемостаза (в том числе предшествующая терапия антикоагулянтами)⁴;
- острые воспалительные заболевания женских половых органов⁵;
- наличие тяжёлой экстрагенитальной патологии;
- курение у женщин старше 35 лет без предварительной консультации терапевта⁶;

- кахексия;
- заболевания, связанные с простагландиновой зависимостью или противопоказания к применению простагландинов: глаукома, бронхиальная астма, артериальная гипертензия;
- эндокринопатии и заболевания эндокринной системы, в том числе сахарный диабет;
- гормонально-зависимые опухоли;
- период лактации⁷;
- беременность, возникшая на фоне применения внутриматочных контрацептивов⁸;
- беременность, возникшая после применения гормональных контрацептивных средств⁹.

При наличии противопоказаний необходимо решить вопрос, оставить беременность, или прервать ее с известным риском. Если нет жизненных показаний к немедленному прерыванию беременности, то ее прерывают после лечения заболеваний, которые были противопоказаниями.

3.2. Хирургические методы

ВАКУУМ-аспирация

Искусственный аборт путем вакуум-аспирации проводят в ранние сроки беременности (при задержке менструации до 5 недель). Метод заключается в создании в полости матки равномерного отрицательного давления, в результате чего плодное яйцо отделяется от стенок матки. Вакуум-аспирация является менее травматичной операцией, по сравнению с выскабливанием полости матки, поскольку сопровождается меньшим повреждением стенки матки и меньшей кровопотерей. Показания, противопоказания и подготовка к операции такие же, как и при искусственном аборте.

Техника операции: При первой беременности для расширения цервикального канала используют вибро дилататоры маленького размера или расширители Гегара до № 7. В повторнобеременных вакуум-аспирацию преимущественно проводят без расширения канала шейки матки. В матку вводят канюлю (металлическую или полиэтиленовую), после чего включают насос и создают отрицательное давление 0.6-0.7 атм. Осторожными круговыми движениями последовательно обходят всю полость матки так, чтобы овальное отверстие канюли касалось стенки матки. Плодное яйцо отслаивают и аспирируют.

Операцию можно проводить в амбулаторных условиях, под местным обезболиванием при условии наблюдения за женщиной следующих 2 часов.

ПОДГОТОВКА К ОПЕРАЦИИ

Женщину, которой необходимо прервать беременность, госпитализируют в стационар не менее чем за сутки до операции. Ей проводят санитарно-гигиеническую обработку (душ, клизму, бритье волос на лобке и наружных половых органах), а также общие и гинекологические обследования с целью: 1) диагностики срока беременности, 2) исключения противопоказаний к операции, 3) точной диагностики положения, величины и формы беременной матки.

Операцию искусственного прерывания беременности сроком до 12 недель проводят путем выскабливания полости матки или вакуум-аспирации. Ее выполняют в специальной малой операционной. Набор инструментов раскладывают на столике справа от хирурга в порядке, соответствующем моментам операции.

При проведении первого аборта необходимо определить резус-принадлежность женщины. Это связано с тем, что у женщин с резус (-) кровью эмбрион может унаследовать резус-фактор отца (Rh-положительный). В процессе разрушения кюреткой тканей эмбриона фетальные эритроциты попадают в кровоток матери и вызывают сенсibilизацию организма женщины, что негативно может повлиять на последующие беременности. В этих случаях при возможности беременность прерывают путем такой операции, как вакуум-аспирация и вводят женщине антирезус-гамма-глобулин.

ВЫСКАБЛИВАНИЕ ПОЛОСТИ МАТКИ

Техника операции: Для проведения операции необходимо иметь набор стерильных инструментов, включающий влагалищные зеркала Симпса, маточный зонд, кюретки № 2,4,6 (рис. 21.1), пулевые щипцы, пинцет, абортцанг (рис. 21.2), расширители Гегара.

Операция состоит из 3 этапов.

I этап: выпрямления канала шейки матки и зондирование полости матки.

После обработки наружных половых органов спиртом или йодом шейка матки выводят в зеркалах, обрабатывают спиртом. На переднюю губу шейки матки накладывают пулевые щипцы, подтягивают ко входу во влагалище (при положении матки в *anteflexio* влагалищная часть шейки матки подтягивают назад, при

retroflexio - вперед для исправления канала шейки матки). После выпрямления канала переднее зеркало удаляют и проводят зондирование матки, чтобы проверить положение матки и установить длину ее полости (рис. 21.3).

II этап: расширение канала шейки матки.

Для расширения вводят последовательно, согласно положению матки, металлические расширители Гегара от № 4 до № 12-13 (рис. 21.4). Диаметр каждого последующего расширителя увеличивается на 0.5 мм. Расширители держат за ручку тремя пальцами, а не всей кистью и осторожно вводят несколько выше внутреннего зева. Если расширитель проходит с затруднениями, необходимо подольше задержать его в канале шейки матки. При значительных затруднениях применяют внутривенное введение спазмолитиков. В процессе расширения шейки матки может произойти травматическое повреждение ее в области внутреннего зева, что приводит к рубцовым изменениям шейки матки и истмикоцервикальной недостаточности. Для меньшей травматизации шейки матки расширения цервикального канала проводят вибророзширявачем.

III этап: собственно выскабливание стенок матки.

Проводят разрушение и удаление плодного яйца при помощи кюреток или абортцангом. Используют сначала тупую кюретку, а затем - острую, в частности большую (№ 4, 5, 6) и меньшую (№ 2) (рис. 21.5). При беременности сроком более 10 недель рекомендуется сначала удалить большие части плода абортцангом, а затем проводить выскабливание стенок матки кюретками. Ручку кюретки захватывают тремя пальцами правой руки и, подтягивая влагалищная часть шейки матки к себе и обратно, вводят кюретку до дна матки. Затем хирург делает движения кюреткой по стенке матки от дна до внутреннего маточного шейки не прикладывая чрезмерных усилий (рис. 21.6). Последовательно такие движения проводят по передней, правой, задней и левой стенках матки. Для удаления децидуальной оболочки в области трубных углов матки используют кюретки меньших размеров. Неполное удаление децидуальной оболочки может быть причиной развития децидуального эндометрита или полипоза эндометрия, поэтому необходимо тщательно и полностью удалить содержимое матки. Вместе с тем следует помнить,

что чрезмерное выскабливание может привести к повреждению базального слоя эндометрия и мышцы матки, а затем к атрезии полости матки и развития аменореи.

При выскабливании стенок матки иногда может возникнуть значительное кровотечение, однако, после полного удаления плодного яйца матка сокращается и кровотечение прекращается.

Нерационально и даже вредно обрабатывать стенки матки тампоном, смоченным раствором йода и тампонировать матку. При гипотонии матки рекомендуется введение эргометрина или иного сокращающего матку средства.

Обезболивание: выскабливание полости матки можно проводить как под местным, так и под общим обезболиванием. Местно применяют парацервикальную анестезию 0.25-0.5% раствором новокаина или лидокаина. Для внутривенного наркоза используют препараты кратковременного действия: калипсол, сомбревин, кетанест и другие.

Осложнения:

В ходе операции или после ее проведения могут возникнуть осложнения, о которых необходимо постоянно помнить, чтобы вовремя их предупредить (рис.21.7). К основным относятся: 1) перфорация стенок матки, 2) неполное удаление плодного яйца, 3) плацентарный полип, 4) эндометрит 5) параметрит, 6) пельвиоперитонит, 7) септические осложнения (септицемия, септикопиемия, бактериально-септический шок). Нельзя забывать и о развитии нарушений менструального цикла, бесплодие, эндометриоз, хронических воспалительных процессов, миомы матки, истмикоцервикальной недостаточности, патологии прикрепления плодного яйца и плаценты.

4.ПРЕРЫВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ В ПОЗДНИЕ СРОКИ

(12-22 недели)

Несмотря на то, что основная часть прерываний беременности выполняется в I триместре, тем не менее, имеется потребность в этой процедуре и во II триместре (1,4% в 2013 году по данным МЗ РФ). Это связано с задержкой диагностики пороков развития плода, возникновением медицинских показаний со стороны матери, а

также несвоевременным (поздним) выявлением нежелательной беременности при наличии медицинских или социального показаний к ее прерыванию [2-3].

Аборты во втором триместре в мире составляют около 10-15% от всех абортов, но несут ответственность за две трети основных осложнений, связанных с ними, что актуально и для России. Так, на протяжении последнего десятилетия более 1/3 летальных исходов (38,9% в 2012 г.) наступало при аборте по медицинским показаниям [4].

В 2012 г. [1] в связи с изменением законодательства число абортов в сроке до 22 недель увеличилось как в абсолютных значениях (с 59128 до 63441, или на 7,3%), так и в относительных (с 3,45 до 3,50%). Сравнительный анализ данных за 2011-2012 гг. выявляет, что наибольший прирост числа абортов в сроке 12-21 недель произошел в отношении абортов по медицинским показаниям – на 39,5%, среди последних преимущественно в связи с врожденными пороками развития плода – на 72,4%. Число прерываний беременности по материнским показаниям увеличилось на 15,5%.

Показания и нормативная база для прерывания беременности во втором триместре

Медицинские показания к прерыванию беременности во II триместре определены Приложением к Приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 5 декабря 2007 г. № 736 и включают показания со стороны матери (психические и соматические заболевания, представляющие опасность для здоровья и жизни женщины в случае сохранения беременности, острые вирусные заболевания) и показания со стороны плода (пренатальная диагностика тяжёлых ВПР, антенатальная гибель плода). Постановление Правительства РФ от 6 февраля 2012 г. N 98 "О социальном показании для искусственного прерывания беременности" установило, что единственным социальным показанием для искусственного прерывания беременности является беременность, наступившая в результате совершения преступления, предусмотренного статьей 131 Уголовного кодекса Российской Федерации (изнасилование).

В случае, если беременность пролонгировала после неудавшейся попытки медикаментозного аборта в первом триместре, и этот факт не был установлен своевременно, а женщина обратилась повторно уже в сроках более 13 недель, то следует руководствоваться Приказом МЗ РФ № 736, где предусмотрены такие показания: заболевания и состояния, требующие приема во время беременности лекарственных средств с возможным тератогенным действием; врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения.

Условием для искусственного прерывания беременности является наличие подписанного пациенткой информированного добровольного согласия женщины (в соответствии с Федеральным Законом №323 от 21 ноября 2011 г. "Об основах охраны Здоровья граждан в Российской Федерации", Приказом МЗ РФ № 572н и рекомендуемым образцом, утвержденным Приказом МЗ и СР РФ от 12.05.2007 № 335 с изменениями от 2012 г.).

В связи с ограничением сроков медикаментозного прерывания беременности утвержденными Росздравнадзором инструкциями к препаратам мифепристон и мизопропрост (до 42 дней аменореи), использование методики в поздних сроках возможно только по заключению клинико-экспертной комиссии (врачебной комиссии) лечебного учреждения на основании Федерального Закона №323 (ст. 48) и Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 5 мая 2012 г. N 502н Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации» с изменениями и дополнениями от 2 декабря 2013 г. (раздел II, п. 4.7), согласно которым в функции врачебной комиссии входит принятие решения о назначении лекарственных препаратов при наличии медицинских показаний (индивидуальная непереносимость, по жизненным показаниям), не входящих в соответствующий стандарт медицинской помощи.

Для прерывания беременности сроком более 12 недель МЗ РФ, ВОЗ, RCOG рекомендуют как хирургический (дилатация и эвакуация) (уровень А*), так и медикаментозный методы (уровень В). Лечебно-профилактические учреждения должны предлагать хотя бы один, а лучше оба метода (уровень В, настоятельность рекомендаций высокая) [4,9-10]. Эти рекомендации поддерживают ведущие

российские ученые, что отражено в Клинических рекомендациях по акушерству и гинекологии, которые были разработаны Российским обществом акушеров-гинекологов и Ассоциацией медицинских обществ по качеству .

Несмотря на то, что интраамниальное введение гипертонического раствора, интра- или экстраамниальное введение простагландинов или внутривенное введение больших доз окситоцина с последующим выскабливанием полости матки большой кюреткой в настоящее время не рекомендуются [6-8], в России эти методы продолжают практиковаться

В то же время наблюдается распространение дилатации и эвакуации. Медикаментозный метод пока применяется очень ограниченно, в основном, в рамках научно-исследовательских программ [1], а в клинической практике — в единичных ЛПУ на основе местных нормативных документов.

Методика медикаментозного прерывания беременности во втором триместре

На основании многочисленных исследований, проведенных в последние годы, были разработаны, изучены и рекомендованы ВОЗ (2012 г.) схемы медикаментозного прерывания беременности для использования в странах, где аборт разрешен законом, в сроках беременности до 22 недель (табл.). Эти рекомендации объединили исследования, основанные на доказательствах, и клинические руководства таких авторитетных организаций как Британская Королевская коллегия акушеров-гинекологов (RCOG, 2011), Американская коллегия акушеров и гинекологов (ACOG, 2011), National Abortion Federation (NAF, 2011), Европейское Медицинское Агенство (ЕМЕА, 2007)

Эффективность применения мифепристона с использованием рекомендованных схем, составляет по данным разных авторов до 98,9 % [8].

Таблица

Современные схемы медикаментозного аборта во втором триместре (13-22 недель беременности), имеющие доказанную эффективность (ВОЗ, 2012 г.)

Режимы	Сроки	Критерии доказательности	Настоятельность рекомендаций
Мифепристон 200 мг орально Мизопростол 800 мкг вагинально или 400 мкг внутри через 36-48 часов и далее по 400 мкг вагинально или под язык каждые 3 часа до 4 доз	13-22 недели	В (доказательства, основанные на надежных экспериментальных или наблюдательных исследованиях)	Высокая

Последние 30 лет ведется работа по улучшению технологии аборта с точки зрения: эффективности, безопасности (снижение риска осложнений), технической простоты выполнения, приемлемости, улучшения контроля над болью и кровопотерей.

Учитывая особую значимость препаратов для эффективного и безопасного прерывания нежелательной беременности, ВОЗ включила мифепристон (с 2005 года) и мизопростол (с 2009) в перечень основных лекарственных средств (Model List of Essential Medicines).

Согласно международным клиническим рекомендациям, основанным на доказательствах, протокол прерывания беременности поздних сроков (13-22 недель) предусматривает прием препарата мифепристон в дозе 200 мг (1 таблетка) однократно внутри под контролем врача. Динамическое наблюдение за пациенткой осуществляется в течение 36-48 часов. Через 36-48 часов проводится осмотр пациентки и, если аборт не произошел, с целью усиления эффекта мифепристона вводят препарат мизопростол 400 мг внутри или 800 мкг однократно во влагалище, затем мизопростол вводят повторно в дозе 400 мкг сублингвально каждые 3 часа

(максимальное число доз – 4). Динамическое наблюдение за пациенткой осуществляется врачом до изгнания плода (в стационарных условиях).

Клиническое течение прерывания беременности и результаты

Средний интервал между началом стимуляции и абортом составляет 5,9-6,6 часов. Он увеличивается с увеличением срока беременности (95% ДИ от -2,52 до -0,89, $p=0,0001$), с увеличением возраста ($p=0,0001$) и у первобеременных женщин (95% ДИ от -0,25 до -1,01, $p=0,0001$). Положительный эффект достигается в среднем в 97-98 % случаев. Приблизительно у 0,2-0,4 % женщин аборт происходит после введения исключительно мифепристона.

После медикаментозного аборта во втором триместре рутинное хирургическое выскабливание полости матки не требуется. Его следует проводить только в том случае, когда имеются клинические признаки неполного аборта (уровень В) . В проведенных исследованиях такая необходимость была в 8,1% и 9,4-11, 5% случаев.

Если аборт не происходит в течение 24 часов, в соответствие с некоторыми протоколами, мифепристон вводится повторно, после чего повторно вводится мизопростол вагинально. Пациентки, у которых аборт не происходит в течение вторых суток, получают третью дозу мифепристона с последующим введением простагландина. Для тех женщин, у которых аборт не наступает на вторые или третьи сутки, следует завершить прерывание беременности путем дилатации и эвакуации.

Кровотечение является ожидаемым побочным эффектом и, как правило, не бывает чрезмерным. Обильное кровотечение (более 500 мл), требующее переливания крови встречается с частотой около 0,7 %.

Разрывы шейки матки при медикаментозном аборте возможны, как и в случаях использования дилатации и эвакуации, с той же частотой (0,1-0,2 %). Разрыв матки встречается редко, однако медицинские работники должны знать о

том, что такой риск есть (1 случай на 1 000 вмешательств) и обычно возникает при необходимости завершения процедуры хирургическим вмешательством.

Риск восходящей инфекции патогенными микроорганизмами непосредственно во время аборта, выполненного в лечебном учреждении, ничтожно мал. До недавнего времени вопрос о необходимости профилактической антибиотикотерапии при медикаментозном аборте рассматривался отрицательно. Однако недавно было показано, что базовый риск серьезной инфекции при медикаментозном аборте с 0,093% был снижен до 0,006% при рутинной антибиотикопрофилактике. В целом предоставление доксициклина во время медикаментозного аборта способствовало снижению относительного риска инфекций на 76%. Публикации 2011-2012 гг. и, в особенности, рекомендации RCOG (2011) [7], подтверждают необходимость такой меры. Однако не все исследователи пока разделяют эту точку зрения, признавая необходимость рутинной антибиотикопрофилактики только для женщин с высоким риском инфекционных заболеваний, передаваемых половым путем (ИППП), и развития инфекционных осложнений.

Безопасность методов индуцированного аборта во втором триместре

Изучение показателей смертности, связанной с абортами, на уровне стран позволяет получить представление о сравнительной безопасности метода.

В сравнении с современными режимами медикаментозного аборта и дилатации и эвакуации ни по показателям приемлемости, ни по уровню удовлетворенности и частоте осложнений статистически значимых различий выявлено не было. Тем не менее, женщины, прервавшие беременность медикаментозным способом, чаще испытывали один или более побочных эффектов (относительный риск 6,0; 95 % ДИ 0,9-40,3; $p=0,05$ против 0,1; 95 % ДИ 0,0-0,3 при дилатации и эвакуации) [2, 17].

Таким образом, хотя относительный риск осложнений выше во II триместре, абсолютный риск невелик, когда прерывание беременности выполняется (в случае

хирургического аборта) или наблюдается (в случае медикаментозного) квалифицированными медицинскими работниками.

В целом медикаментозный аборт рассматривается международными экспертами как существенный резерв в снижении материнской смертности при прерывании беременности во всех сроках.

5. Заключение.

Для сравнения используемых в настоящее время медикаментозных (мифепристон в сочетании с мизопростолом) и хирургических методов выполнения аборта для прерывания беременности во втором триместре еще необходимо проведение исследований достаточной статистической мощности. Однако предварительный клинический опыт прерывания беременности в поздних сроках современными методами в научно-исследовательских учреждениях России в рамках научных программ, а также практический опыт ряда медицинских учреждений в регионах по протоколам, утвержденным местными органами самоуправления, демонстрирует перспективность этих методов для снижения осложнений и материнской смертности среди женщин, вынужденных прервать беременность в сроках более 12 недель.

Дополнение Приказа МЗ РФ № 572н детализирующими документами позволит в кратчайшие сроки привести нормативную базу лечебных учреждений в соответствие с требованиями времени и внедрить современные методы в целях улучшения качества оказания медицинской помощи женщинам при вынужденном прерывании беременности в поздние сроки.

Список литературы

1. МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЗАВЕРШЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ В ПОЗДНИЕ СРОКИ. ПОКАЗАНИЯ, МЕТОДЫ И РЕЗУЛЬТАТЫ/ Н.Е. Кан¹, И.И. Баранов¹, Г.Б. Дикке², В.Л. Тютюнник/Москва/2015
2. МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ПРЕРЫВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ/ Клинические рекомендации (протокол лечения)/ Сухих Г.Т. и др/ Москва/2015
3. Национальное руководство по акушерству и гинекологии под ред. Г. М. Савельевой, Г.Т. Сухих, В.Н. Серова, В.Е. Радзинского. 2015