

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

РЕЦЕНЗИЯ НА РЕФЕРАТ

Кафедра перинатологии, акушерства и гинекологии лечебного факультета
(наименование кафедры)

Рецензия Коновалова Вячеслава Николаевича, ассистента кафедры
(ФИО, ученая степень, должность рецензента)

на реферат ординатора 2 года обучения
по специальности Акушерство и гинекология

Шестиалтынова Анастасия Анатольевна
(ФИО ординатора)

Тема реферата: "Методы прерывания беременности в поздние сроки"

Основные оценочные критерии

№	Оценочный критерий	положительный/отрицательный
1.	Структурированность	+
2.	Актуальность	+
3.	Соответствие текста реферата его теме	+
4.	Владение терминологией	+
5.	Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	+
6.	Логичность доказательной базы	+
7.	Умение аргументировать основные положения и выводы	+
8.	Источники литературы (не старше 5 лет)	+
9.	Наличие общего вывода по теме	+
10.	Итоговая оценка (оценка по пятибалльной шкале)	5/5

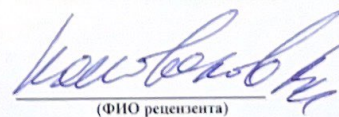
Дата: «20» 08 2024 год

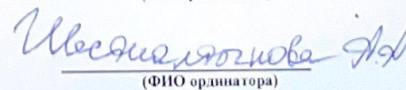
Подпись рецензента


(подпись)

Подпись ординатора

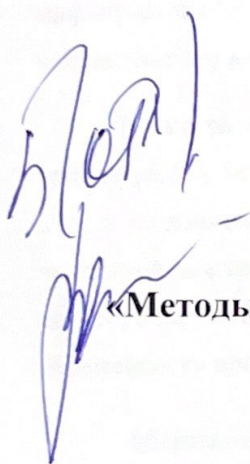

(подпись)


(ФИО рецензента)


(ФИО ординатора)

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



Реферат на тему

«Методы прерывания беременности в поздние сроки»

Выполнила:

Ординатор 2-го года

Кафедры перинатологии, акушерства и гинекологии

лечебного факультета

Шестиалтынова Анастасия Анатольевна

Красноярск, 2024

Содержание

1.	Введение	3 стр
2.	Определение	3 стр
3.	Показания	3-4 стр
4.	Классификация	4 стр
5.	Диагностика	4-7 стр
6.	Методы прерывания беременности в поздние сроки	7-8 стр
7.	Техника и безопасность прерывания беременности во II триместре	9 стр
8.	Профилактика	10 стр
9.	Заключение	11 стр
	Список литературы	12 стр

Введение

Искусственное прерывание беременности по-прежнему остается наиболее часто выполняемым вмешательством в акушерстве и гинекологии как во всем мире (по оценкам экспертов, 46 млн вмешательств в год), так и в России (около 1 млн). До сих пор в мире 22 млн абортс выполняется небезопасными способами; при этом погибают 47 000 женщин и остаются инвалидами еще 5 млн. И это при том, что еще в 1988 году в руках у акушеров-гинекологов оказался метод, на который возлагаются большие надежды по снижению показателя материнской смертности, — медикаментозный аборт с применением мифепристона и простагландина (мизопростола). Сегодня уже более сорока стран используют эту методику.

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 г. по данным Министерства здравоохранения Российской Федерации). 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 для ее прерывания.

Аборты во II триместре в мире составляют около 10–15% всех абортс, но являются причиной двух третей основных осложнений, связанных с ними, что актуально и для России.

По данным Росстата (форма №13 федерального государственного статистического наблюдения) в 2022 г. в РФ число медицинских абортс легальных до 116 недель составило 179 387, из которых медикаментозным методом - 83 921 (46,8%). Число медицинских абортс по медицинским показаниям в 12-216 недели составило 9108, из которых медикаментозным методом - 5858 (64,3%).

Определение

Искусственный аборт (медицинский аборт) — искусственное прерывание беременности до 21⁶ недель.

Показания

Искусственный аборт (медицинский аборт) проводится по:

1. медицинским показаниям со стороны матери (когда пролонгирование беременности ассоциировано с высоким риском материнской смерти) или со стороны плода (при некорректируемых заболеваниях плода, несовместимых с жизнью и/или с неблагоприятным прогнозом для жизни и здоровья),

2. по социальным показаниям (с 12⁰ по 21⁶ недель беременности),

3. до 11⁶ недель беременности - по настойчивому желанию женщины при условии обязательного проведения профессионального психологического консультирования в кабинете медико-социальной помощи женской консультации или в центре медикосоциальной поддержки беременных женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации. Перечень медицинских показаний для искусственного прерывания беременности определяется Министерством здравоохранения Российской Федерации. Социальные показания для искусственного аборта определяются Правительством Российской Федерации.

Классификация

Классификация медицинского аборта по сроку беременности:

- до 11⁶ недель беременности
- с 12⁰ по 21⁶ недель беременности

Классификация медицинского аборта по методу:

- Медикаментозный аборт
- Хирургический аборт

Диагностика

Всем пациенткам, обратившимся с целью медицинского аборта, необходима оценка жалоб и анамнеза с целью исключения противопоказаний к медицинскому аборту. Противопоказания для медицинского аборта определяются в зависимости от состояния беременной, срока и локализации беременности, показаний к ее прерыванию, переносимости применяемых медикаментозных препаратов, наличия острых инфекционных и воспалительных заболеваний. При наличии противопоказаний вопрос решается индивидуально консилиумом врачей с учетом срока беременности и возможностей (условий) медицинской организации, в которой прерывается беременность.

Рекомендован визуальный осмотр терапевтический, термометрия общая, измерение частоты сердцебиения, измерение частоты дыхания, измерение артериального давления на

периферических артериях дважды: при обращении пациентки по поводу медицинского аборта с целью оценки общего состояния и исключения противопоказаний к медицинскому аборту, и после медицинского аборта (через 10-15 дней) с целью оценки общего состояния и исключения осложнений медицинского аборта.

Рекомендовано определить срок беременности по дате последней менструации и данным УЗИ матки и придатков или УЗИ плода с целью выбора способа медицинского аборта. Для определения срока беременности в 1-м триместре беременности следует использовать показатель копчико-теменного размера (КТР) плода. Для определения срока беременности на более позднем сроке (при КТР > 84 мм) следует использовать показатель окружности головки плода.

Рекомендовано бимануальное влагалищное исследование и осмотр шейки матки (ШМ) в зеркалах дважды: при обращении пациентки по поводу медицинского аборта с целью дифференциальной диагностики с внематочной беременностью, определения размеров матки и ее соответствия сроку беременности, состояния и болезненности придатков, сводов влагалища, наличия и характера выделений из влагалища, и после медицинского аборта (через 10-15 дней) с целью исключения его осложнений.

Лабораторная диагностика

- Определение группы крови по системе АВ0 и антигена D системы Резус (резус-фактор)
- Определение анти(RhD)антител резус-отрицательным пациенткам, беременным от партнера с резус-положительной или неизвестной резус-принадлежностью крови
- Общий (клинический) анализ крови (ОАК) и исследование уровня тромбоцитов в крови перед хирургическим абортом на любом сроке беременности и перед 8 медикаментозным абортом на сроке ≥ 120 недель беременности с целью исключения инфекционно-воспалительных заболеваний, анемии, тромбоцитопении
- Рекомендована коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) перед медицинским (хирургическим или медикаментозным) абортом на сроке ≥ 120 недель беременности с целью исключения нарушений системы гемостаза (АЧТВ, фибриноген, МНО, тромбиновое время)
- Микроскопическое исследование влагалищных мазков
- При медицинском аборте по медицинским показаниям со стороны плода рекомендовано кариотипирование плода (цитогенетическое или молекулярное кариотипирование) с целью верификации хромосомных/генных заболеваний у

плода. По результатам кариотипирования плода необходимо направить пациентку на консультацию врача-генетика.

- После хирургического аборта на любом сроке беременности и медикаментозного аборта на сроке ≥ 120 недель беременности рекомендовано патолого-анатомическое исследование материала ранних и поздних выкидышей с целью подтверждения факта беременности, наличия аномалий плода при прерывании беременности по медицинским показаниям со стороны плода, исключения трофобластической болезни.
- После медицинского аборта рекомендовано исследование уровня хорионического гонадотропина человека (свободная β -субъединица) (β -ХГЧ) в сыворотке крови по показаниям. Исследование уровня β -ХГЧ целесообразно не ранее чем через 14 дней после медицинского аборта.

Инструментальные методы исследования

- УЗИ матки и придатков (до 9⁶ недель беременности) или УЗИ плода (после 10⁰ недель беременности) перед медицинским абортom с целью диагностики беременности, ее локализации, определения соответствия плодного яйца/эмбриона/плода сроку беременности, наличия сердцебиения эмбриона/плода с демонстрацией пациентке его изображения и сердцебиения (при наличии), наличия и состояния (при его наличии) рубца на матке, расположения хориона/плаценты (предлежания плаценты, прикрепления в области рубца при его наличии).
- ЭКГ перед хирургическим абортom на любом сроке беременности и медикаментозным абортom на сроке ≥ 120 недель беременности с целью исключения сердечно-сосудистых заболеваний.
- УЗИ матки и придатков трансвагинальное (при невозможности – трансабдоминальное или трансректальное) после медицинского аборта по показаниям (при клинической картине неполного аборта или подозрении на сочетание с внематочной беременностью) с целью подтверждения факта полного прерывания беременности. Обычно оценка жалоб производится при повторном визите пациентки через 9-15 дней после медицинского аборта. Диагноз продолжающейся беременности устанавливается на основании наличия плодного яйца и/или сердцебиения эмбриона/плода. Оценка эндометрия (М-эхо более 15 мм, наличие эхо-позитивных и эхо-негативных включений) при отсутствии клинических признаков неполного аборта (кровотечения, требующего хирургического

вмешательства, и/или признаков инфекции) имеет ограниченное значение и не является основанием для выбора хирургической тактики.

Консультация врача-терапевта перед хирургическим абортom на любом сроке беременности и медикаментозным абортom на сроке $\geq 12^0$ недель беременности с целью оценки электрокардиограммы, исключения соматических заболеваний и противопоказаний к абортu.

Методы прерывания беременности в поздние сроки

Немедикаментозные методы

При медицинском абортe в срок $\geq 12^0$ недель рекомендовано с целью немедикаментозной подготовки ШМ использовать гигроскопический расширитель цервикального канала DILAPAN-S или комплект палочек из ламинарии стерильный в течение 12 часов после приема мифепристона или перед прерыванием беременности хирургическим способом.

Медикаментозные методы

При медикаментозном медицинском абортe в срок $12^0 - 21^6$ недель с целью опорожнения полости матки рекомендовано назначить мифепристон однократно внутрь в дозе 200 мг, а затем (через 24-48 часов) мизопростол 800 мкг вагинально, сублингвально или буккально, затем по 400 мкг каждые 3 часа после первой дозы до прерывания беременности. Возможно назначение повторного курса мифепристона однократно внутрь в дозе 200 мг, а затем (через 12 часов) мизопростола 400 мкг вагинально, сублингвально или буккально, если в течение 24 часов после приема указанной схемы аборт не произошел. Необходимо проявлять осторожность и клиническую оценку при определении максимального количества доз мизопростола женщинам с рубцом на матке и при миоме матки.

Во 2-м триместре беременности в день прерывания беременности (но не ранее, чем через 4 часа) назначается бромокриптин или каберголин согласно инструкции к препарату с целью подавления/предотвращения лактации.

При хирургическом медицинском абортe вне зависимости от риска инфекционно-воспалительных осложнений и при медикаментозном медицинском абортe у пациенток группы высокого риска инфекционно-воспалительных осложнений рекомендована антибиотикопрофилактика препаратами широкого спектра действия с целью профилактики инфекционно-воспалительного процесса. С целью антибиотикопрофилактики согласно

отечественным и международным клиническим рекомендациям за 1 час до вмешательства или сразу после вмешательства назначаются или доксициклин согласно инструкции (100 мг за 1 час до аборта и 200 мг через 30 минут после) или азитромицин 500-1000 мг однократно перорально, или метронидазол (500 мг перорально перед абортом, 500 мг перорально через 4 и 8 часов после).

Пациенткам с резус (D) отрицательной принадлежностью крови, беременным от партнера с резус (D) положительной или неизвестной резус-принадлежностью крови, при отсутствии резус(D)-изоиммунизации необходимо назначить иммуноглобулин человека антирезус Rho[D] в течение 72 часов после медицинского аборта.

При неэффективности медикаментозного медицинского аборта (неполный аборт) рекомендован мизопростол 400 мкг сублингвально или 600 мкг внутрь с целью опорожнения полости матки при условии отсутствия показаний (кровотечение, требующее восполнения компонентами крови) для немедленной инструментальной ревизии полости матки (с целью гемостаза и/или при наличии признаков инфекции).

Хирургические методы

При невозможности выполнения медикаментозного медицинского аборта до 116 недель беременности или при наличии противопоказаний использования медикаментозных препаратов, используемых в схеме медикаментозного прерывания беременности, рекомендована вакуум-аспирация содержимого полости матки с целью ее опорожнения.

При невозможности выполнения медикаментозного медицинского аборта на сроке ≥ 120 недель или при наличии противопоказаний к применению медикаментозных препаратов, используемых в схеме медикаментозного прерывания беременности, рекомендована дилатация шейки матки и эвакуация содержимого полости матки (плодоразрушающая операция).

При медицинском аборте на сроке ≥ 12 недель рекомендована гистеротомия при наличии противопоказаний для прерывания беременности через влагалище. Противопоказаниями для прерывания беременности через влагалище являются такие состояния, как: полное предлежание плаценты, вращение плаценты, пороки развития мочеполовой системы с невозможностью прерывания беременности через влагалище, кровотечение.

Техника и безопасность прерывания беременности во II триместре

Дилатация и эвакуация предполагают эвакуацию содержимого полости матки с помощью абортных щипцов после предварительного расширения шейки матки с использованием медикаментозных средств (мифепристон или мизопростол), механических (расширители Гегара) или осмотических расширителей (ламинарии, дилапан).

Избыточная кровопотеря (более 500 мл) может возникнуть вследствие травмирования матки или шейки, неполного завершения процедуры или недостаточного сокращения матки после удаления плода. Частота этого осложнения составляет, по данным мировой литературы, не более 0,9%, из них необходимость в переливании крови возникает в 0,09–0,7% случаев. Процент случаев, потребовавших повторного хирургического вмешательства после неполного аборта – 0,05–0,4%, частота кровотечений, связанных с разрывом шейки матки, составляет 0,1–0,2%. Риск кровотечения возрастает с увеличением срока беременности.

Подходы к снижению кровопотери включают применение препаратов, стимулирующих сокращение матки, таких как окситоцин, а также местных сосудосуживающих средств. Окситоцин (0,5–1,0 мл) или метилэргометрин (1 мл) могут вводиться в виде болюсной внутримышечной, внутривенной или интрацервикальной инъекции в начале или в конце операции.

Перфорация матки – потенциально серьезное осложнение хирургического аборта во II триместре (0,2–0,4%). Для устранения его, как правило, требуется лапаротомия (в отдельных случаях – гистерэктомия). Установлено, что рутинное применение ультразвукового контроля при дилатации и эвакуации способствует снижению частоты перфораций. Кроме того, для его профилактики важно адекватное расширение шейки матки и внимательное наблюдение за правильным положением инструментов. Недооценка срока беременности также связана с возможностью перфорации, поэтому необходимо его точное определение.

Частота инфекционных осложнений метода составляет 0,8–2%. Использование «бесконтактной» технологии (методика «неприкасания» инструментария к окружающим нестерильным тканям) и профилактическое назначение антибиотиков способствует значительному снижению относительного риска инфекции, и в настоящее время это является стандартной практикой.

Профилактика

Рекомендованы методы планирования семьи (контрацепция) для профилактики нежелательной беременности. При настойчивом желании пациентки прервать беременность вопросы контрацепции обсуждаются и назначаются до медицинского аборта. После прерывания беременности возможно использовать как гормональную контрацепцию (гормональные контрацептивы системного действия, которые могут назначаться перорально, в виде инъекций, в виде подкожных имплантатов влагалищных колец, пластырей), так и внутриматочную контрацепцию. Гормональная контрацепция при медицинском аборте медикаментозным методом назначается после приема 1-й таблетки, при медицинском аборте хирургическим методом - сразу после прерывания беременности. Внутриматочная контрацепция при искусственном прерывании беременности любым методом назначается после успешного его завершения.

Показана консультация психолога с целью проведения доабортного консультирования. Во время консультирования проводится работа по профилактике аборта. При сохранении беременности сопровождение беременной пациентки психологом должно проводиться во время беременности и в послеродовом периоде.

Заключение

Прерывание беременности является распространенным, безопасным и эффективным вмешательством в области репродуктивного здоровья, если оно проводится обученным практикующим врачом, который использует клинически рекомендованный метод, соответствующий сроку беременности.

Для сравнения используемых в настоящее время медикаментозных (мифепристон в сочетании с мизопростолом) и хирургических методов выполнения аборта для прерывания беременности во II 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.

Таким образом, для прерывания беременности сроком более 12 и до 22 недель рекомендуются как хирургический (дилатация и эвакуация), так и медикаментозный методы.

Список литературы

1. Клинические рекомендации «Искусственный аборт (медицинский аборт)», 2023.
2. Журнал «Акушерство и гинекология», 2014, №1 «Современные методы прерывания беременности в поздние сроки», Г.Б.Дикке, И.В.Сахаутдинова.
3. Журнал «Акушерство и гинекология», 2016, №4 «Медикаментозное завершение в сроки от 12 до 22 недель: показания, методы и результат», Н.Е.Кан, И.И.Баранов.
4. Журнал «Главный врач», 2014, №1 «Медикаментозный аборт. Мифепристон-200 – выбор, основанных на доказательствах», Г.Б.Дикке.
5. Федеральный закон РФ от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан РФ».