

Септические аборты предотвратимы



Появление современных безопасных методик искусственного прерывания беременности – вакуумной аспирации и медикаментозного аборта – парадоксальным образом практически не повлияло в России на долю абортов, проводимых традиционными методами (дилатация и кюретаж). Следовательно, по-прежнему высок обусловленный традиционными методами риск развития инфекционных осложнений и летальных исходов. Однако в некоторых регионах России медикаментозные аборты уже получили большое распространение. Теоретическая база изменения парадигмы искусственного прерывания беременности, а также прикладные аспекты внедрения медикаментозных абортов в клиническую практику обсуждались на симпозиуме компании «Пенткрофт Фарма».



Профессор
В.Е. Радзинский

Приветствуя участников симпозиума, его председатель – заслужен-

ный деятель науки Российской Федерации, главный внештатный эксперт-специалист акушер-гинеколог Виктор Евсеевич РАДЗИНСКИЙ отметил, что за последние 5 лет число женщин, погибающих от ассоциированного с прерыванием беременности сепсиса, в России уменьшилось почти в 2 раза, с 80 до 48 тысяч в год. Однако этот показатель остается чрезвычайно высоким. В западных государствах, за исключением тех стран, где аборты до сих пор запрещены по религиозным причинам, доля материнской смертности вследствие прерывания беременнос-

ти существенно ниже. Этого удалось добиться путем перехода от хирургических абортов к медикаментозному, который проводится – в отсутствие противопоказаний – на всех сроках беременности. Несмотря на то что доля медикаментозных абортов в России за последние 2 года увеличилась вдвое (с 3,5% до 7,2%), 93% абортов в стране все еще проводятся при помощи морально устаревших и даже опасных для жизни хирургических методов. Решение данной проблемы должно стать одной из первоочередных задач российской гинекологии.

Сателлитный симпозиум компании «Пенткрофт Фарма»

**Инфекционные осложнения после прерывания беременности.
Как предупредить?**

По мнению д.м.н., профессора кафедры акушерства, гинекологии и репродуктивной медицины факультета повышения квалификации медицинских работников РУДН Галины Борисовны ДИККЕ, из всех возможных нежелательных последствий аборт по-прежнему наиболее значимыми являются инфекционные осложнения. Согласно данным зарубежных авторов, наиболее вероятно развитие инфекционных осложнений после дилатации и кюретажа, по сравнению с более безопасным медикаментозным абортом (5% и 0,5% соответственно)¹. Между тем в 2006–2011 гг. в России для прерывания беременности в первом триместре чаще всего применялись дилатация и кюретаж, а доля медикаментозных аборт росла в основном за счет уменьшения доли метода вакуумной аспирации. Фактически происходило замещение одного относительно безопасного метода искусственного прерывания беременности другим.

В 2012 г. было отмечено снижение числа аборт, проводимых методом дилатации и кюретажа (до 60%), по сравнению с предыдущими годами. Одновременно увеличилась доля вакуумной аспирации и медикаментозных аборт. Однако частота использования медикаментозных аборт существенно варьирует в разных регионах страны: от 30,1% в Санкт-Петербурге до 0,1% в Калининградской области. В Москве медикаментозные аборт в 2012 г. проводились всего в 0,7% случаев против 1,4% в 2009 г. и 2,2% в 2011 г. Во всем мире аборт во втором триместре составляют 10–15% от общего числа искусственных прерываний беременности, однако на их долю приходится 2/3 всех осложнений, связанных с абортами. Даже в развитых странах, таких как США, по мере увеличения срока беременности на момент проведения аборт увеличивается и частота летальных исходов. При этом 30% случаев материнской смертности связано с инфекционными осложнениями.

Структура прерываний беременности на поздних сроках в России в последние годы претерпела существенные изменения, обусловленные, прежде всего, изменением критериев живорождения. Сократилось число случаев прерывания беременности на сроках 22–27 недель, но увеличилась доля аборт, производимых на 13–21-й неделе (на этом сроке в 2012 г. было произведено 4,2% аборт, 61,4% из которых составили самопроизвольные аборт, а 28,8% – аборт по медицинским показаниям).

Искусственное прерывание беременности в поздние сроки может быть вызвано различными причинами. Во-первых, пороки развития плода иногда диагностируются с задержкой. Во-вторых, в ходе беременности могут возникнуть показания к проведению аборт со стороны матери, в том числе социальные. В-третьих, невозможность своевременного прерывания беременности может быть связана с организационными и финансовыми сложностями.

Хотя относительный риск развития осложнений в случае, когда беременность прерывается во втором триместре, выше, чем при проведении аборт на ранних сроках, в целом прерывание беременности, по мнению западных экспертов, остается достаточно



Профессор
Г.Б. Дикке

безопасной процедурой при условии, если оно производится квалифицированными медицинскими работниками, использующими современные методики с доказанной безопасностью и эффективностью.

В 2008 г. был организован совместный проект Минздравсоцразвития России и Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) по стратегической оценке политики, программ и услуг в сфере незапланированной беременности, аборт и контрацепции в РФ. В настоящее время запущен второй этап проекта, нацеленный на повышение качества медицинских услуг по вопросам репродук-

В руководстве Всемирной организации здравоохранения по проведению безопасных аборт (2012) отмечается, что медикаментозное прерывание беременности возможно как в первом, так и во втором триместрах беременности. Рекомендующим хирургическим методом в первом триместре является вакуумная аспирация, во втором – дилатация и эвакуация.

¹ Chan Y.F., Ho P.C., Ma H.K. Blood loss in termination of early pregnancy by vacuum aspiration and by combination of mifepristone and gemeprost // Contraception. 1993. Vol. 47. № 1. P. 85–95.

III Конференция с международным участием «Инфекции и инфекционный контроль в акушерстве и гинекологии»

тивного выбора и по внедрению безопасных технологий искусственного прерывания беременности, в том числе медикаментозного аборта. От методики прерывания беременности напрямую зависит здоровье женщины, в том числе репродуктивное. Удачным примером внедрения современных методик в России, по мнению профессора Г.Б. Дикке, является Кемеровская область, 4 года назад включившая медикаментозные аборты в региональную программу ОМС. В результате данная процедура стала доступна для всех женщин абсолютно бесплатно, что сократило число криминальных абортов и снизило материнскую смертность.

Применение современных методик прерывания беременности указывается как необходимое условие снижения материнской смертности в международных и российских клинических рекомендациях. Так, в 2012 г. ВОЗ выпустила новое руководство по проведению безопасных абортов, в котором приведены основные рекомендации по проведению хирургического и медикаментозного абортов². В нем отмечается, что медикаментозное прерывание беременности возможно как в первом, так и во втором триместрах беременности. Рекомендуются хирургическим методом в первом триместре является вакуумная аспирация, во втором – дилатация и эвакуация.

Приказом Минздрава России от 12 ноября 2012 г. № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю акушерство и гинекология» не рекомендуется использовать дилатацию и кюретаж для прерывания беременности в первом триместре и интраамниальное введение гипертонического раствора или простагландинов, а также стимуляцию окситоцином во втором триместре. В приказе, так

же как и в рекомендациях ВОЗ, предписывается в первом триместре использовать вакуумную аспирацию и медикаментозный аборт, во втором триместре – медикаментозный аборт, дилатацию и эвакуацию. Учитывая особую значимость препаратов для прерывания нежелательной беременности, ВОЗ включила мифепристон и мизопростол, используемые в процедуре медикаментозного аборта, в перечень основных лекарственных средств. В российском перечне пока присутствует только второй из этих препаратов, однако мифепристон зарегистрирован и доступен российским пациенткам.

Что касается вероятности развития инфекционных осложнений аборта, то, как отметила профессор Г.Б. Дикке, это зависит от ряда факторов. В группу риска по данному критерию включаются следующие категории пациенток:

- женщины, у полового партнера которых выявлена хламидийная инфекция;
- женщины, у которых хламидийная инфекция выявлялась в течение последних 12 месяцев без подтверждения ее эрадикации;
- женщины с диагностированным бактериальным вагинозом или кандидозом;
- женщины, имевшие 2 и более половых партнеров в течение последних 6 месяцев;
- женщины моложе 25 лет;
- женщины с внутриматочными манипуляциями в анамнезе;
- женщины с низким социально-экономическим статусом.

Известно, что у 25% женщин, перенесших аборт, возникает хронический эндометрит, однако истинной причиной его развития является не само прерывание беременности, а инфекционное заболевание, присутствовавшее у пациентки до наступления беременности. Медицинская процеду-

ра оказывается лишь фактором риска, провоцирующим манифестацию персистирующих инфекций. Скрининг на инфекции, передаваемые половым путем, не является обязательным компонентом обследования перед прерыванием беременности, поэтому многие зарубежные исследователи говорят о необходимости рутинного назначения антибиотиков, по крайней мере в группах риска.

Доказано, что наиболее действенным методом профилактики инфекционных осложнений после хирургического аборта является рутинное применение антибиотиков – оно снижает частоту осложнений на 60%. Ранее считалось, что при медикаментозном прерывании беременности назначение антибиотиков без показаний необязательно, поскольку при таком подходе отсутствуют условия для восходящего инфицирования. Однако в последнее время все больше специалистов склоняются к такой необходимости. Особое внимание следует уделить женщинам с хламидийной инфекцией и клинически выраженным бактериальным вагинозом. Наличие последнего, по мнению многих авторов, является показанием к санации перед проведением аборта. Для профилактики инфекционных осложнений используются антибиотики широкого спектра действия. В лечении бактериального вагиноза и инфекций смешанной этиологии с успехом применяются комбинированные препараты на основе метронидазола и миконазола.

В заключение профессор Г.Б. Дикке подчеркнула, что безопасный аборт является естественной обратной стороной контрацепции: «Забываясь о безопасности прерывания беременности, мы заботимся не только о здоровье конкретной женщины, но и общества в целом».

² Безопасный аборт: рекомендации для систем здравоохранения по вопросам политики и практики. 2-е изд. ВОЗ, 2013. 125 с. // www.apps.who.int/iris/bitstream/10665/70914/19/978924454431_rus.pdf

Сателлитный симпозиум компании «Пенткрофт Фарма»

Ключевые направления охраны репродуктивного здоровья женщин в регионе с невысоким демографическим потенциалом

Орловская область испытывает демографические проблемы, типичные для небольшого региона РФ. Население области составляет около 800 тыс. человек, налицо тенденция к старению населения, особенно сельского, высокий миграционный прирост. По статистике, которую привела главный акушер-гинеколог управления здравоохранения Департамента здравоохранения и социального развития Орловской области Татьяна Владимировна АННЕНКОВА, в 2011 г. число родов на 1000 населения составило всего 10,5. В этой связи очевидны основные направления работы акушерско-гинекологической службы Орловской области. Среди них приоритетными являются профилактика нежелательной беременности, минимизация последствий аборт и обучение населения основам здорового образа жизни. Эта работа уже принесла положительные результаты. В области наблюдается снижение показателей распространности абортов, а также постепенное увеличение доли медикаментозных абортов.

В Орловской области медикаментозный аборт начал выполняться с 2001 г., еще до выпуска официальных рекомендаций. В настоящее время медикаментозный аборт проводится во всех районах области, но наиболее востребован в тех лечебных учреждениях, где нет анестезиолога, поскольку при таких условиях хирургическое прерывание беременности проводить запрещено.

Особенно широко медикаментозные аборты применяются в возрастной группе 15–19 лет, их доля составляет около 27% от общего числа абортов, проводимых девочкам-подросткам. В младшей возрастной подгруппе (15–17 лет) этот показатель еще выше, он достигает 40%. В этом, по мнению

Т.В. Анненковой, большая заслуга амбулаторных врачей.

В области также накоплен некоторый опыт проведения медикаментозных абортов во втором триместре. До 2006 г. искусственное прерывание беременности на поздних сроках проводилось в основном методом введения солевого гипертонического раствора. Аборты, проводившиеся данным способом, требовали обязательного выскабливания матки, сопровождалась целым рядом осложнений, в том числе инфекционными. В настоящее время действует постановление Правительства Орловской области от 30 декабря 2011 г. № 465 «О программе государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи на территории Орловской области на 2012 г.». Согласно данному постановлению, женщины, которым производится прерывание беременности по медицинским показаниям, а также искусственный аборт при первой беременности, имеют право на применение технологии медикаментозного аборта (при отсутствии противопоказаний к применению данной технологии). Кроме того, мефипристон – препарат, необходимый для проведения медицинского аборта, – включен в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения, необходимых для оказания стационарной медицинской помощи, а также скорой и неотложной медицинской помощи.

Однако, несмотря на то что для определенных категорий пациенток медикаментозный аборт является бесплатным, а для других – вполне доступным по цене, многие женщины отказываются от его проведения, мотивируя это нежеланием «создавать гормональную нагрузку». Следовательно, во многих случаях препятствием



Т.В. Анненкова

к проведению медикаментозного аборта является недостаточная информированность женщин о безопасности данной процедуры. В этой связи качественное информирование и консультирование наиболее результативно позволяют предотвратить хирургический аборт и его осложнения. Кроме того, большое значение приобретают просветительская работа и разработка программ полового воспитания молодежи, направленных на информирование подростков о способах контрацепции. Т.В. Анненкова привела в пример опыт орловского Центра охраны репродуктивного здоровья подростков. Главными принципами работы центра являются добровольность, доступность, доверие, доброжелательность и конфиденциальность. За 2012 г. волонтерская команда центра провела более 150 тренингов, которые посетили более 2500 школьников. Оздоровление юных – единственная возможность улучшить репродуктивный потенциал страны.

В Орловской области женщины имеют право на применение медикаментозного аборта в случае прерывания беременности по медицинским показаниям или проведения искусственного аборта при первой беременности.

III Конференция с международным участием «Инфекции и инфекционный контроль в акушерстве и гинекологии»



Профессор
Л.А. Крылова

Более подробно о проведении медикаментозного аборта во втором триместре беременности рассказала заведующая консультативно-диагностическим отделением Орловского перинатального центра Людмила Александровна КРЫЛОВА. В структуре Орловского перинатального центра имеются все блоки, необходимые для нормальной работы учреждения данного профиля. Помимо традиционных структурных единиц, таких как акушерский или неонатологический блок, в состав консультативно-диагностического отделения входит единственная в регионе медико-генетическая консультация. Методика медикаментозного прерывания беременности, в том числе на поздних сроках, применяется в регионе уже 8 лет. За это время было проведено 357 медикаментозных абортов во втором триместре беременности. Возраст женщин, которым был проведен медикаментозный аборт, колебался от 16 до 46 лет. Подавляющее большинст-

Современные технологии безопасного прерывания беременности второго триместра в условиях регионального центра

во пациенток составили женщины активного репродуктивного возраста от 20 до 39 лет, которые в дальнейшем планировали иметь еще детей. 68% женщин, которым была проведена процедура медикаментозного прерывания беременности во втором триместре, были первобеременными, остальные 32% – беременными повторно. Как известно, аборт на данных сроках может проводиться только при наличии медицинских или социальных показаний, причем список последних был недавно сокращен с 12 до 1 пункта – в настоящее время единственным социальным показанием к проведению аборта является беременность в результате изнасилования. К медицинским показаниям относятся показания к прерыванию беременности либо со стороны матери, либо со стороны плода, например, несовместимые с жизнью пороки развития либо пороки, которые приводят к тяжелой инвалидизации новорожденного. Именно показания со стороны плода являются наиболее распространенной причиной проведения абортов во втором триместре. Кроме того, медикаментозное прерывание беременности используется для стимуляции родовой деятельности при излитии околоплодных вод и антенатальной гибели плода.

Перед прерыванием беременности пациентки Орловского перинатального центра проходят следующие обследования:

- развернутый общий (клинический) анализ крови;
- общетерапевтический анализ крови биохимический, коагулограмма;
- определение антител классов М, G к ВИЧ-1 и -2;
- определение антител классов М, G к антигенам вирусных гепатитов В и С;
- определение антител к бледной трепонеме в крови;

- определение основных групп крови (А, В, 0) и резус-принадлежности;
- общий анализ мочи, микроскопическое исследование отделяемого женских половых органов;
- трансабдоминальное (трансвагинальное) ультразвуковое исследование матки и придатков;
- регистрация электрокардиограммы;
- консультации врача-терапевта и врачей других специальностей (по показаниям).

В ходе обследований устанавливается резус-принадлежность крови, чтобы определить необходимость введения антирезусного иммуноглобулина. В случае выявления инфекции при микроскопическом исследовании отделяемого из женских половых органов обязательно проводится санация раствором хлоргексидина или бетадина. Выявляется наличие миоматозных узлов, состояние рубца на матке, определяется локализация плаценты: центральное предлежание является противопоказанием к проведению медикаментозного аборта. Однако данное противопоказание встречается чрезвычайно редко – за период с 2006 г. всего один раз пришлось прибегнуть к проведению хирургического аборта во втором триместре по причине центрального предлежания плаценты.

В Орловской области разработан и используется единый протокол медикаментозного прерывания беременности. Пациентка принимает 200 мг мифепристона перорально (до 2012 г. доза составляла 600 мг), через 36–48 часов – 400 мг мизопростола интравагинально или сублингвально. Мизопростол вводится каждые 3 часа, пока общая доза не достигнет 2000 мкг. Продолжительность прерывания беременности данным методом составляет 10 часов, эффектив-

Существующая правовая база позволяет использовать медикаментозный метод на сроках беременности свыше 12 недель, однако очевидна необходимость принятия клинического протокола и стандарта, утвержденного Минздравом России.

III Конференция с международным участием «Инфекции и инфекционный контроль в акушерстве и гинекологии»

ность – 100%, время пребывания в стационаре – 4–5 суток.

Медикаментозному аборту, как правило, сопутствует развитие болевого синдрома, поэтому все пациентки получают адекватное обезболивание нестероидными противовоспалительными средствами, анальгетиками и спазмолитиками.

После изгнания плода пациентка остается под наблюдением с целью определения целостности изгнания плаценты. Затем, на 3–4-е сутки после аборта, пациентке выполняется ультразвуковое исследование, еще одно ультразвуковое исследование выполняется амбулаторно, на 5–7-й день следующего менструального цикла. В Орловской области все женщины, перенесшие прерывание беременности во втором триместре, после выписки из стационара направляются на диспансерное наблюдение в консультативно-диагностическое отделение перинатального центра.

Осложнения, которые возникали после медикаментозного прерывания беременности, Л.А. Крылова разделила на 2 группы: ранние и поздние. К ранним осложнениям относится сохранение в полости матки остатков плацентарной ткани (3 пациенткам проводился инструментальный контроль стенок полости матки после отделения последа) и пролонгирование беременности (12 пациенткам потребовалась повторная стимуляция мизопростолом на 2-е

сутки). Таких тяжелых осложнений медикаментозного аборта на поздних сроках, как разрыв матки, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, разрыв шейки матки или кровопотеря, превышающая 0,5% от массы тела, в Орловской области не наблюдалось, хотя аборт выполнялся в том числе и женщинам, у которых были рубцы на матке после перенесенного кесарева сечения и консервативной миомэктомии. Не было осложнений и в случаях низкого или краевого предлежания плаценты, а также у женщины с дисплазией матки третьей степени в анамнезе.

смертности зарегистрировано не было, хотя антибактериальная терапия назначалась лишь 15,6% пациенток (женщинам, входившим в группу риска развития септических осложнений).

Таким образом, клиническая эффективность медикаментозного прерывания беременности во втором триместре в Орловской области составила 100%. Немаловажно также, что, по результатам анкетирования, выбранным методом прерывания беременности оказались удовлетворены 100% пациенток.

Л.А. Крылова отметила, что существующая правовая база позволяет

Методика медикаментозного прерывания беременности, в том числе на поздних сроках, применяется в Орловской области уже 8 лет. Клиническая эффективность медикаментозного аборта во втором триместре составила 100%. Немаловажно также, что, по результатам анкетирования, выбранным методом прерывания беременности оказались удовлетворены 100% пациенток.

Из поздних осложнений медикаментозного аборта в регионе регистрировалась только гематометра, потребовавшая вакуумной аспирации полости матки; данное состояние наблюдалось у 5 женщин. Случаев инфекционных осложнений и материнской

использовать медикаментозный метод на сроках свыше 12 недель, однако очевидна необходимость принятия клинического протокола и стандарта медикаментозного прерывания беременности во втором триместре, утвержденного Минздравом России.

Заключение

Развитие осложнений, в том числе инфекционных, во многом зависит от метода прерывания беременности. Так, инфекционные осложнения возникают после дилатации и кюретажа в 10 раз чаще, чем после медикаментозного аборта. Медикаментозный аборт более безопасен по сравнению с хирургическими методами, при этом

эффективность процедуры приближается к 100%. Согласно рекомендациям ВОЗ (2012), а также приказу Минздрава России (2012), медикаментозный аборт разрешен (при отсутствии противопоказаний) как в первом, так и во втором триместрах беременности. К сожалению, в России частота использования медикаментозного аборта остается невысокой.

В этой связи показателен опыт Орловской области, в которой медикаментозный аборт включен в программу ОМС, а мифепристон и мизопростол введены в перечень лекарственных средств для прерывания беременности по медицинским показаниям.

Таким образом, минимизация сопряженных с искусственным прерыванием беременности рисков вполне возможна и достижима путем повышения доли медикаментозных абортов.