

Ведение послеабортного периода при использовании медикаментозного метода прерывания беременности на ранних сроках

Г.Б. Дикке

Адрес для переписки: Галина Борисовна Дикке, galadikke@yandex.ru

Рассматриваются вопросы обеспечения безопасности аборт. Отмечаются безопасность и высокая эффективность медикаментозного прерывания беременности на ранних сроках. Частота осложнений, требующих инструментальной ревизии полости матки, при медикаментозном аборте составляет 3–5%. В случае наличия безусловных показаний к хирургическому вмешательству удаление остатков рекомендуется проводить методом мануальной вакуумной аспирации с использованием гибких пластиковых канюль.

Ключевые слова: прерывание беременности, медикаментозный аборт, мануальная вакуумная аспирация

Несмотря на распространение контрацепции, частота аборт в России продолжает оставаться высокой, что обуславливает актуальность задачи совершенствования медицинской помощи при аборте. Очевидна необходимость обеспечения качества и безопасности аборта путем внедрения стандартов необходимого объема помощи, включая эффективное консультирование и информирование, психологическую помощь и поддержку, применение современных технологий безопасного аборта, адекватное обезбоживание, контрацепцию и реабилитацию [1]. Обеспечение безопасности аборт может быть достигнуто путем

замены травматической процедуры кюретажа на технологии и процедуры, рекомендованные Всемирной организацией здравоохранения, такие как мануальная (ручная) вакуумная аспирация в первом триместре, медикаментозное прерывание беременности с помощью антигестагенов. Основным критерий в оценке эффективности медикаментозного аборта – отсутствие плодного яйца и его элементов в полости матки по результатам ультразвукового исследования. Однако интерпретация данных ультразвуковой картины М-эха после проведения процедуры медикаментозного аборта иногда вызывает затруднения ввиду полиморфизма визуализируемых структур.

В этой связи медикаментозное прерывание беременности требует более внимательного и длительного наблюдения, чем хирургический аборт. Результатом воздействия мифепристона на эндометрий является полная десквамация эндометрия и экспульсия плодного яйца [2, 3]. Распознаваемые продукты зачатия выводятся в течение четырех – шести часов после введения простагландина у 60–70% женщин и в течение 24 часов – у 85% женщин. Приблизительно у 95–96% пациенток полный аборт происходит в течение двух – семи дней после приема простагландина [2, 4, 5]. Эффективность применения мифепристона и мизопростала в первом триместре (до девяти недель) высока и составляет 95–99% [1, 6]. Кроме того, по данным многочисленных зарубежных исследований, снижение дозы мифепристона до 200 мг не влияет на эффективность процедуры [2, 7–9]. Мифепристон, вводимый в сочетании с простагландином, не прерывает беременность у 0,5–1% женщин [1, 3, 6]. Неполный аборт дополняется вакуумной аспирацией. В 0,8–1% случаев эту процедуру необходимо выполнять с целью гемостаза для прекращения сильного кровотечения. Кровотечение различной интенсивности начинается до приема



простагландина у 50–60% женщин, у остальных – в течение первых часов после введения простагландина. По результатам французского многоцентрового исследования сообщается, что длительность кровопотери у 90% женщин составила менее 12 дней, в среднем восемь дней [2]. Большинство женщин отмечают, что это кровотечение более обильное, чем менструация, но лечение, как правило, не требуется.

В ходе многоцентровых исследований во Франции и Великобритании эвакуация содержимого матки с целью прекращения кровотечений была сочтена необходимой в 0,4 и 1% случаев соответственно, а переливание крови выполняли в 0,1 и 1% случаев соответственно. Средняя величина кровопотери составила 74 мл (от 14 до 512 мл), среднее снижение концентрации гемоглобина – 0,3 г/дл [10].

Согласно данным отечественных исследований, частота осложнений, требующих инструментальной ревизии полости матки, не превышает 3–5%. К таким осложнениям относятся продолжающаяся беременность, задержка плодного яйца или его элементов в матке при прервавшейся беременности и кровотечение, интенсивность которого соответствует двум прокладкам «макси» в час на протяжении двух часов.

Оценка эффективности медикаментозного аборта проводится на основании сведений об экспульсии плодного яйца (визуальный контроль врачом или самой пациенткой, если аборт произошел в домашних условиях), бимануального обследования и ультразвукографического исследования, выполненного на 12–14-е сутки после приема препаратов. Проведение ультразвукового исследования ранее указанного срока, что практикуют некоторые российские врачи, нецелесообразно, поскольку полость матки опорожняется постепенно в течение двух недель, а ультразвукографическая картина в этот период отличается полиморфизмом. Так, на фоне

расширенного М-эха визуализируются множественные гипо- и гиперэхогенные структуры, что может привести к неправильной интерпретации результатов, гипердиагностике неполного аборта и неоправданной инструментальной ревизии полости матки.

Иллюстрацией к вышеизложенному могут служить следующие примеры. Ультрасонограммы пациенток, представленные на рис. 1 и 2, свидетельствуют об отсутствии плодного яйца в полости матки и доказывают эффективность выполненного медикаментозного аборта. Следует учитывать, что наличие в матке по данным ультразвукографии различных эконегативных и эхопозитивных структур в любом количестве (рис. 1, 2) не является показанием для выскабливания. Присутствие крови в полости матки после медикаментозного аборта у 30% женщин обусловлено недостаточным влиянием простагландина на сократительную активность миометрия, что было показано в экспериментальных исследованиях.

На основании ультрасонограммы, представленной на рис. 3, необходимо констатировать отсутствие эффекта от выполненного медикаментозного аборта, поскольку произошла задержка плодного яйца в полости матки.

Наличие структур в полости матки, интимно связанных с одной из ее стенок, может свидетельствовать о задержке частей хоримальной ткани (рис. 4). Отсутствие выраженного кровотечения или других клинических признаков неполного аборта позволяет врачу выбрать выжидательную тактику с последующим ультразвуковым контролем на пятый – седьмой день очередного менструального цикла.

Кровянистые выделения в течение двух-трех недель допустимы и не являются осложнением, требующим хирургического вмешательства.

При наличии «нечеткой» ультразвуковой картины и отсутствии клинических проявлений неполного аборта (более внизу живо-

та, повышения температуры тела, интенсивных кровянистых выделений из половых путей, мягкости и болезненности матки при бимануальном обследовании) возможна выжидательная тактика. Она включает профилактику воспалительных осложнений (антибактериальная терапия) и прием повторных доз мизопростола с целью усиления сократительной деятельности матки.

Если показания к хирургическому вмешательству безусловны, то в целях соблюдения принципа безопасности удаление остатков осуществляется методом мануальной вакуумной аспирации с использо-



Рис. 1. М-эхо шириной 10 мм. Полость матки заполнена гипозехогенным содержимым с наличием эхопозитивной взвеси. Заключение: состояние после медикаментозного аборта (наблюдение и фото автора)



Рис. 2. Полость матки расширена до 16 мм, заполнена неоднородным содержимым. Заключение: гематометра (наблюдение и фото автора)



Рис. 3. В полости матки визуализируется плодное яйцо. Заключение: неполный аборт (наблюдение и фото автора)



Рис. 4. Полость матки расширена до 16 мм, заполнена неоднородным содержимым. По задней и правой боковым стенкам визуализируются участки повышенной эхогенности размерами 15×9 и 10×6 мм, интимно связанные со стенкой матки. Заключение: остатки хориальной ткани (наблюдение и фото автора)

ванием гибких пластиковых канюль. Простота выполнения процедуры мануальной вакуумной аспирации, ее атравматичность позволяют бережно завершить медикаментозный аборт при его недостаточной эффективности. В настоящее время, согласно приказу Министерства здравоохранения и социального развития РФ № 223 от 30 марта 2006 г., кабинеты малой хирургии женских консультаций должны быть укомплектованы инструментарием для мануальной вакуумной аспирации (шприцы, канюли) в необходимом количестве.

Основное преимущество мануальной вакуумной аспирации состоит в атравматичности метода благодаря использованию самого устройства (шприца) и гибких канюль. Содержимое матки собирается в индивидуальный резервуар, что позволяет визуально контролировать удаленные ткани (плодное яйцо, хориальная ткань), в последующем кюретаже матки нет необходимости. Применение мягкой пластиковой канюли практически полностью исключает риск перфорации матки, а отсутствие острых краев отверстий канюли – риск повреждения базального слоя эндометрия. Размер канюли подбирается в соответствии со степенью открытия цервикального канала, при этом не надо расширять шейку матки расширителями Гегара. Риск инфицирования снижается благодаря однократному использованию канюли, а также бесконтактной методике проведения манипуляции, которая не предусматривает выведение канюли из полости матки до окончания процедуры. После эвакуации содержимого полости матки при осложненном медикаментозном аборте полученный материал фиксируется и направляется на гистологическое исследование в обычном порядке. Безопасный аборт, по мнению большинства зарубежных авторов, не требует специального восстановительного лечения. Вместе с тем не вызывает сомнений, что у женщин групп риска по нарушению репродуктивной функции послеабортная реабилитация и лечение обоснованы. Анализ морфометрических показателей эндометрия свидетельствует об ингибирующем действии мифепристона на эндометрий, характеризующимся развитием дегенеративных изменений железистых клеток. Кроме того, при применении этого препарата отмечается активация эндометриальной стромы (пролиферация, васкуляризация, отек). Под влиянием мифепристона также происходит увеличение числа рецепторов эс-

трогенов, поэтому с целью достижения полноценной секреторной трансформации эндометрия после аборта целесообразно назначить пациенткам прогестагены во второй фазе цикла.

Из-за стресса в организме образуется избыточное количество свободных радикалов, которые вступают в реакцию с липидами и протеинами клетки и вызывают в ней значительные изменения. Учитывая механизм адаптации организма при стрессе, в комплекс послеабортной реабилитации целесообразно включать антистрессовые витамины. Нами была использована следующая схема реабилитации после медикаментозного прерывания беременности: в первые сутки с момента экспульсии плодного яйца применяли препарат Мульти-табс Интенсив по одной таблетке в течение месяца, с 16-го по 25-й день добавляли прием препарата Дюфастон по 10 мг два раза в день (патент № 2005108150/14 от 22.03.2005). Показаниями для назначения препаратов по указанной схеме считали:

- изменения срединных маточных структур (размеры полости матки) на контрольных ультразвукограммах (наличие гипоехогенного содержимого, расширение полости матки, неоднородность и экзогенные включения);
 - наличие факторов риска нарушений репродуктивной функции (указания на специфические генитальные инфекции в анамнезе, привычное невынашивание, перенесенные ранее операции на придатках, инфекции мочевыводящих путей, иммунодефицитные состояния).
- Данную схему реабилитации использовали у 44 женщин после медикаментозного прерывания беременности на раннем сроке. Оценивая состояние эндометрия пациенток при анализе контрольных ультразвукограмм, особое внимание обращали на срединные маточные структуры (размер полости матки, контуры, наличие включений).

У половины пациенток состояние полости матки было нормальным: ее толщина колебалась в пределах 4–7 мм, контуры были ровными, четкими, эндометрий по структуре соответствовал середине цикла или фазе пролиферации. В трети случаев было выявлено расширение полости матки до 10–12 мм (среднее значение $7,0 \pm 0,15$ мм), отмечалось наличие гипоехогенных структур, иногда неровность контуров полости матки. У четырех женщин констатировано расширение М-эха до 16–22 мм, полость матки была заполнена множественными гипер- и гипоехогенными включениями. У двух пациенток визуализировались остатки хориальной ткани, у трех – отдельные признаки эндометрита. Сопоставление полученных ультрасонограмм

с клинической картиной течения послеабортного периода не давало оснований для инструментальной ревизии полости матки.

Женщинам была назначена реабилитационная терапия по разработанной схеме, их консервативно наблюдали. У всех пациенток на контрольном ультразвуковом исследовании, проведенном на пятые-шестые сутки от начала очередной менструации, имела место нормальная структура эндометрия, соответствующая ранней фолликулярной фазе менструального цикла. Наблюдение в течение последующих трех-четырех месяцев показало, что у всех женщин восстановился нормальный менструальный цикл.

Таким образом, рациональное ведение женщин после медика-

ментозного прерывания нежелательной беременности имеет важное значение, поскольку гарантирует в большинстве случаев благоприятный исход. Для улучшения результатов медикаментозного аборта показано применение оральных контрацептивов в цикле прерывания со дня экспульсии плодного яйца или гестагенов с 16-го по 25-й дни в сочетании с витаминами-антиоксидантами. После очередной менструации (на пятый – седьмой день от ее начала) в сомнительных случаях можно провести контрольное ультразвуковое исследование, по данным которого у 99% женщин визуализируется линейный однородный эндометрий, соответствующий фазе менструального цикла. ❁

Литература

1. Дикке Г.Б., Яроцкая Е.Л., Ерофеева Л.В., Лаздане Г. Стратегический подход к улучшению оказания медицинской помощи женщинам по вопросам репродуктивного выбора // Сборник материалов Международного конгресса «Репродуктивное здоровье семьи», Москва, 18–21 января 2010. М., 2010.
2. Fiala Ch. Improving medical abortion. Using mifepristone in combination with a prostaglandin analog. Stockholm, 2005.
3. Safe abortion. Technical and policy guidance for health systems. Geneva: WHO, 2015 // apps.who.int/iris/bitstream/10665/173586/1/WHO_RHR_15.04_eng.pdf.
4. Aronsson A., Fiala C., Stephansson O. et al. Pharmacokinetic profiles up to 12 h after administration of vaginal, sublingual and slow-release oral misoprostol // Hum. Reprod. 2007. Vol. 22. № 7. P. 1912–1918.
5. Honkanen H., Piaggio G., von Hertzen H. et al. WHO multinational study of three misoprostol regimens after mifepristone for early medical abortion // BJOG. 2004. Vol. 111. № 7. P. 715–725.
6. Безопасный аборт: рекомендации для систем здравоохранения по вопросам политики и практики. 2-е изд. ВОЗ, 2012.
7. Ashok P.W., Templeton A., Wagaarachchi P.T., Flett G.M. Factors affecting the outcome of early medical abortion: a review of 4132 consecutive cases // BJOG. 2002. Vol. 109. № 9. P. 1281–1289.
8. Sing K.C., Ummat S., Rajaram S., Goel N. First trimester abortion with mifepristone and sublingual misoprostol: a pilot study // Aust. N. Z. J. Obstet. Gynaecol. 2005. Vol. 45. № 6. P. 495–498.
9. Medical abortion at 57 to 63 days' gestation with a lower dose of mifepristone and gemeprost. A randomized controlled trial // Acta Obstet. Gynecol. Scand. 2001. Vol. 80. № 5. P. 447–451.
10. Providing medical abortion in developing countries: an introductory guidebook. Results of a team residency at the Bellagio Study and Conference Center / ed. by K. Abuabara, J. Blum. New York: Gynuity Health Projects, 2004.

Management of Post-Abortion Period during Administration of Medicated Interruption of Early Pregnancy

G.B. Dikke

Moscow State Institute of Medicine and Dentistry named after A.I. Evdokimov

Contact person: Galina Borisovna Dikke, galadikke@yandex.ru

Here, there were discussed issues of providing safety during abortions. It is noted that medicated interruption of early pregnancy was safe and high efficient. During medicated abortion, incidence of complications requiring instrumental revision of the uterine cavity was less than 3–5%. In case of absolute indications for surgical intervention, removal of any residuals is recommended to be done by manual vacuum aspiration with use of flexible plastic cannula.

Key words: interruption of pregnancy, medical abortion, manual vacuum aspiration