

Социально-медицинские аспекты прерывания нежеланной беременности

С.П. Синчихин, О.Б. Мамиев

Адрес для переписки: Сергей Петрович Синчихин, agma@astranet.ru

В статье обсуждаются возможности оптимизации методов искусственного прерывания нежелательной беременности с целью коррекции постабортных осложнений. Отмечается большая безопасность и эффективность медикаментозного аборта по сравнению с хирургическим методом. Показана высокая эффективность разработанного авторами алгоритма медикаментозного прерывания беременности и постабортной реабилитации, позволяющего сохранить репродуктивное здоровье женщины.

Ключевые слова: прерывание беременности, медикаментозный аборт, предупреждение осложнений аборта, мифепристон, мизопропрост

Одним из основных направлений улучшения демографической ситуации в стране является укрепление репродуктивного здоровья и сохранение детородной функции женщины, что непосредственно связано с уменьшением числа аборт. Положительным фактом является то, что за последние годы в России значительно сократилось как абсолютное число аборт, так и число аборт на 1000 женщин репродуктивного возраста [1–3]. Бесспорно, большую роль в этом сыграли пропаганда использования современных контрацептивных средств и подбор оптимального метода предохранения от нежелательной беременности для каждой женщины, обратившейся с этим вопросом к врачу. Следует

отметить, что профилактика аборт напрямую связана с применением современных методов контрацепции для предупреждения нежелательной беременности. Пример стран Западной Европы показывает, что широкое использование средств контрацепции коррелирует с низким числом аборт [2, 4]. Вместе с тем необходимо отметить, что в некоторых случаях нежелательная беременность может быть связана не с тем, что методы контрацепции не используются, а с их неправильным применением или низкой эффективностью, а также сексуальным насилием, расторжением брака во время беременности и другими причинами.

В международных декларациях ООН отмечено, что «право женщи-

ны на аборт – это свобода выбора» [2, 4]. История нашей и других стран показывает, что невозможно лишить женщину права на прекращение беременности. Запретительные меры не ликвидируют аборт вообще, а переводят их в категорию нелегальных. Следствием этого является резкое увеличение женской смертности [5].

Таким образом, искусственное прерывание беременности является одной из сложных проблем репродуктологии. Это обусловлено тем, что, с одной стороны, ввиду наличия нежелательной беременности женщина стремится ее прервать, а с другой – методы прерывания беременности не всегда являются достаточно эффективными и безопасными. По этой причине оптимизация методов искусственного прерывания беременности имеет большое практическое значение.

Прерывание беременности является серьезным вмешательством и должно осуществляться в медицинских учреждениях с применением необходимых профилактических и реабилитационных мероприятий. Всемирной организацией здравоохранения введено понятие «безопасный аборт». Это процедура по прерыванию беременности, выполненная квалифицированным медицинским работником, использующим для этого адекватное обо-



дование, правильную методику и санитарно-гигиенические стандарты [4]. Необходимо отметить, что, на наш взгляд, для правильного понимания общественностью в нашей стране данной процедуры рациональнее вместо словосочетания «безопасный аборт» использовать выражение «аборт без осложнений» или «менее опасный аборт». Мы считаем, что осложнения аборта необходимо рассматривать с позиции их патогенетического развития [5]. В этой связи отрицательное воздействие аборта на организм женщины обусловлено:

1) инфицированием и развитием в последующем воспалительных процессов в половых органах и трубной формы бесплодия;

2) механическим повреждением шейки и тела матки (перфорация матки, истмико-цервикальная недостаточность);

3) гормональными нарушениями, возникающими в связи с резким прекращением процесса беременности, с последующим развитием гиперпластических изменений в яичниках, эндометрии, молочных железах, а также эндокринной формы бесплодия, миомы матки, эндометриоза и др.

Представленная на рисунке 1 схема позволяет четко понять причину осложнений аборта и обоснованно проводить превентивные (профилактические) мероприятия. По нашему мнению, эффективными мерами профилактики инфекционных постабортных осложнений являются использование вагинальных свечей с широким антимикробным спектром действия (Гексикон) с момента проведения медикаментозного аборта или перед хирургическим абортом, а также назначение комплексного препарата Сафоцид однократно в день инструментального выскабливания стенок полости матки.

Для предупреждения функциональных нарушений и наступления повторной нежелательной беременности каждой женщине в следующем за абортом цикле необходимо рекомендовать использовать эстроген-гестагенсодержащие контрацептивы.



Рис. 1. Постабортные осложнения

Предупредить развитие осложнений в результате хирургического вмешательства возможно путем медикаментозного прерывания беременности с использованием зарегистрированных в нашей стране технологий и лекарственных средств [6].

Основываясь на международных и отечественных стандартах, а также на собственном опыте, мы разработали алгоритм медикаментозного прерывания беременности и предупреждения постабортных осложнений. Прежде всего, в случае обращения пациентки с целью прерывания беременности на сроке до 7 недель, согласно Федеральному закону «Об основах охраны здоровья граждан РФ» (ст. 56), необходимо предоставить ей время в течение 48 часов для принятия окончательного решения о сохранении/прерывании беременности.

При последующем визите (первый этап медикаментозного аборта) после установления диагноза маточной беременности раннего срока (до 6 недель гестации), исключения противопоказаний к проведению процедуры и подписания информированного согласия женщина в присутствии врача принимает 3 таблетки мифепристона (600 мг). Пациентка остается под наблюдением в течение 30 минут. В этот же день необходимо начать использование

вагинальных свечей с широким антимикробным спектром действия (Гексикон) для устранения патогенных микроорганизмов и снижения колонизации условно-патогенной флорой слизистой оболочки влагалища.

На втором этапе проведения медикаментозного аборта – через 36–48 часов после приема мифепристона – пациентка однократно внутрь принимает мизопростол 2 таблетки по 200 мкг, а затем через 3 часа повторяет прием того же препарата в той же дозе. По нашим наблюдениям, повторный прием мизопростола позволяет предупредить развитие гематометры и повысить эффективность медикаментозного аборта. Наблюдение за женщиной проводится в течение 6 часов с момента первого приема мизопростола. Обращаем внимание, что по разработанному нами алгоритму на втором этапе проведения медикаментозного аборта пациентке рекомендуется прийти в медицинское учреждение в 9 часов утра через день после приема мифепристона. Это позволяет наблюдать за периодом наступления менструальноподобной реакции и возможным появлением неблагоприятных клинических симптомов в ответ на прием лекарственных средств в дневное время, что положительно воспринимается пациенткой.

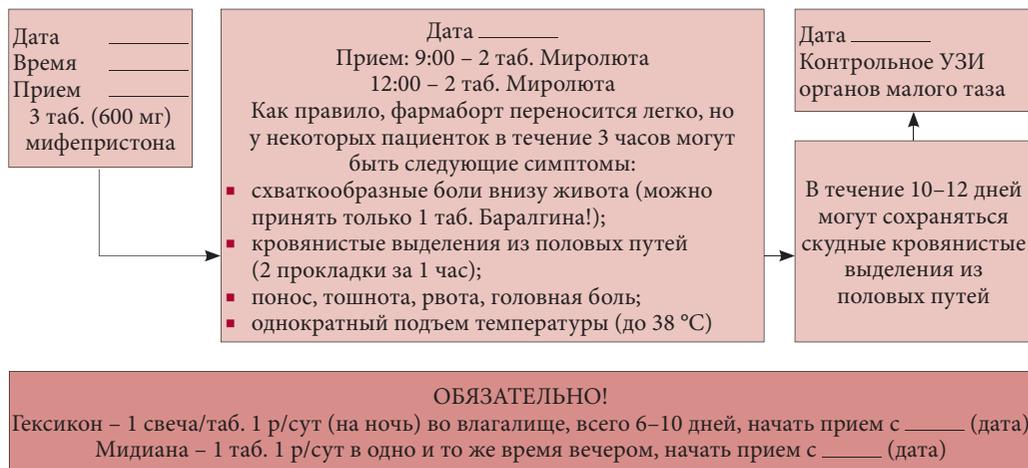


Рис. 2. Памятка для пациентки: схема проведения медикаментозного аборта

При проведении медикаментозного аборта нами применяются отечественные препараты Миропристон и Миролют.

Всем женщинам, не имеющим противопоказаний, начиная с 5-го дня от приема мизопростола, то есть от начала менструальноподобной реакции, по нашему мнению, необходим прием монофазного эстрогенгестагенсодержащего препарата. Использование препарата, содержащего 30 мкг этинилэстрадиола, позволяет достичь стабилизации менструального цикла в ближайшее время постабортного периода, обеспечить надежную контрацепцию и нормализовать гормональный фон. Назначение комбинированных оральных контрацептивов с 5-го дня от приема мизопростола связано с тем, что в отличие от инструментального аборта, когда основная часть децидуальной ткани удаляется вместе с плодным яйцом, при медикаментозном аборте отторжение децидуальной ткани происходит самостоятельно и, как правило, не одномоментно, а в течение нескольких дней (до 5 суток). Преждевременное назначение оральных контрацептивов, по нашим наблюдениям, может увеличить число неблагоприятных исходов медикаментозного аборта в виде неэлиминированных остатков гестационной ткани.

У пациенток, имеющих противопоказания к назначению комбинированных оральных контра-

цептивов, для предупреждения удлинения менструального цикла, развития гиперплазии эндометрия, а также для лучшей его секреторной трансформации в следующем за медикаментозным абортом менструальном цикле назначается Дюфастон по 1 таблетке 2 р/сут с 16-го по 25-й день от даты приема мизопростола. Следует подчеркнуть, что применение указанного гестагена у данной группы пациенток способствует не только предупреждению развития дисфункции яичников, но и проведению «гормонального кюретажа», а это исключает в ряде ситуаций необходимость инструментального выскабливания полости матки.

Клиническую и ультразвуковую оценку эффективности медикаментозного аборта мы проводим на 14–15-й день от начала менструальноподобной реакции, что чаще всего совпадает с днем приема мизопростола. Если при ультразвуковом исследовании эндометрий имеет линейный вид, то аборт можно считать завершенным, и женщину следует проконсультировать по вопросам контрацепции. Если при сонографии эндометрий неоднородный и утолщенный, необходимо повторное проведение инструментального и гинекологического исследования после следующей менструации для решения вопроса о гистероскопии и прицельном

бережном удалении ткани, связанной с эмбриогенезом.

Анализ результатов нашей работы в течение ряда лет показывает, что соблюдение указанного алгоритма после аборта позволяет избежать инфекционных осложнений, нарушений менструального цикла, опухолевидных образований яичников.

Изгнание плодного яйца, по данным эхографического исследования, происходит у подавляющего числа женщин (99,7%), у которых с целью медикаментозного прерывания беременности используются Миропристон и Миролют [5, 7]. Из 700 наблюдений после фармакологического аборта в одном (0,1%) клиническом случае наблюдалось прогрессирование беременности, а в другом (0,1%) – неразвивающаяся беременность. Неоднородный эндометрий через 14 дней после приема Миролюта по результатам ультразвукового исследования диагностировался у 11 (1,6%) пациенток.

Можно предположить, что неэффективность фармакологического аборта и прогрессирование беременности у одной пациентки, по-видимому, связаны с индивидуальным высоким метаболизмом лекарственных веществ в организме женщины. В другом клиническом случае задержка погибшего плодного яйца, возможно, была обусловлена чрезмерно ригидной шейкой матки у первобеременной женщины, что в последующем определялось при инструментальном расширении шейки матки.

Пациенткам, у которых по данным сонографии диагностировался неоднородный эндометрий, после менструации, следующей за медикаментозным абортом, провели повторное эхографическое исследование. Неоднородная структура эндометрия сохранялась у 7 (1%) женщин, а у 4 (0,6%) – эндометрий оказался линейным. Неполное отторжение децидуальной оболочки потребовало проведения гистероскопии. При этом был обнаружен плацентарный полип у 2 (0,3%) женщин, а у остальных – участки децидуальной ткани, под-

БЕРЕЖНАЯ АЛЬТЕРНАТИВА ХИРУРГИЧЕСКОМУ АБОРТУ

Рег. номера: РН-002340/01 от 21.07.2008 г. и ЛС-001766 от 14.05.2010 г.

реклама



ООО «Штада Маркетинг», 119017, г. Москва,
ул. Б. Ордынка, 44, стр. 4, тел.: (495) 783-13-03

www.pharmabort.ru

Во избежание ситуаций, при которых аборт является необходимым, используйте контрацепцию.

твержденные при морфологическом исследовании.

В целом эффективность медикаментозного прерывания беременности с применением комбинации препаратов Миропристон и Миролют по указанному алгоритму составляет 99%. Следует отметить, что пациентка в период консультирования и принятия решения о медикаментозном прерывании беременности получает на руки памятку, в которой четко и понятно прописаны дни посещения врача, контактный телефон медицинского центра, возможные клинические симптомы, сопровождающие медикаментозный аборт, а также указываются способы применения лекарственных средств, назначаемых для предупреждения инфекционно-воспалительных осложнений и дисгормональных изменений (рис. 2).

Важно, что медикаментозный аборт и постабортная реабилитация не приводят к бесплодию;

после прекращения использования методов контрацепции у всех наблюдаемых пациенток наступала маточная беременность.

Учитывая все вышеизложенное, отношение к проблеме «безопасного аборта», по нашему мнению, может быть отражено в виде следующих положений:

- основываясь на международных документах по правам человека, женщина имеет право на прерывание нежеланной беременности в медицинском учреждении, и государственные органы здравоохранения обязаны ей такое право предоставить. Любой женщине должны быть доступны современные методы прерывания нежеланной беременности;
- для прерывания беременности необходимо использовать современные технологии, которые сохраняют не только жизнь, но и детородную функцию женщины. Осложнения аборта могут

быть связаны с небезопасными методами его проведения, отсутствием применения необходимых профилактических и реабилитационных мероприятий;

- представленный алгоритм прерывания беременности отличается высокой эффективностью, безопасностью и может быть использован в практической гинекологии;
- легализация и доступность медицинского аборта не приводят к увеличению частоты его применения. Запрещение аборт будет способствовать росту криминального прерывания нежеланной беременности, материнской смертности, нарушению детородной функции и в конечном итоге усугублению демографической ситуации в стране;
- контрацепция – это альтернатива аборту. Контрацепция предупреждает нежелательную беременность и, следовательно, ее прерывание. ❧

Литература

1. Кулаков В.И., Вихляева Е.М., Савельева И.С. и др. Медико-консультативная помощь при искусственном аборте. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. 112 с.
2. Радзинский В.Е. Регулирование рождаемости в современном мире // Status Praesens. 2013. № 5. С. 5–9.
3. Тихомиров А.Л., Лубнин Д.М. Медикаментозное прерывание беременности при малом сроке // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2006. № 1. С. 115–119.
4. Safe abortion technical and policy guidance for health systems. 2nd ed. World health Organization Geneva, 2012 // www.apps.who.int/iris/bitstream/10665/70914/1/9789241548434_eng.pdf
5. Синчихин С.П. Оценка эффективности алгоритма медикаментозного прерывания беременности и постабортной реабилитации // Гинекология. 2008. Т. 10. № 1. С. 56–60.
6. Городничева Ж.А., Савельева И.С. Медикаментозный аборт // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2005. Т. 4. № 2. С. 96–100.
7. Прилепская В.Н., Волков В.И., Жердев Д.В. и др. Медикаментозное прерывание беременности с помощью препарата Мифепристон // Планирование семьи. 2003. № 3. С. 28–31.

Socio-medical aspects of interrupting unwanted pregnancy

S.P. Sinchikhin, O.B. Mamiyev

Astrakhan State Medical Academy, Chair of Obstetrics and Gynecology at Faculty of General Medicine

Contact person: Sergey Petrovich Sinchikhin, agma@astranet.ru

Here we discuss an opportunity to optimize methods of artificial interruption of unwanted pregnancy in order to correct post-abortion complications. It is noted that medicated abortion is safer and more effective compared to surgical approach. Original algorithm of medicated interruption of pregnancy and post-abortion rehabilitation developed by authors was found to be highly effective and let to preserve reproductive health of women.

Key words: *interruption of pregnancy, medicated abortion, prevention of post-abortion complication, mifepristone, misoprostol.*