

«Прерывание беременности в современных реалиях. Как защитить пациентку и врача?»

резюме вебинара от 29 апреля 2020 года



Лектор – к.м.н. Щербатых Евгения Юрьевна, член Междисциплинарной ассоциации специалистов репродуктивной медицины (МАРС), член Ассоциации специалистов по эстетической гинекологии (АСЭГ).

Лекция подготовлена при участии и с использованием материалов д.м.н., проф. Дикке Г.Б.

Полная видеозапись вебинара: <https://youtu.be/GTIuHsYZLis>

Основная задача врача акушера-гинеколога – сохранить здоровье женщины при помощи использования бережных технологий прерывания беременности и последующей реабилитации. Последние статистические данные о прерывании беременности женщинами в России говорят о том, что снижения количества аборт в ближайшее время не предвидится:

- только 8 женщин из 100 решают сохранить беременность после консультации с психологом, то есть, 92 процента женщин, пришедших с запросом на прерывание беременности намерены «дойти до конца»;
- увеличивается доля «бережных» медикаментозных методов прерывания беременности (с 2% в 2014 г. до 40-60% в 2017 г.) – за 3 года рост составил 38-58%;
- аборт по ОМС – экономически обусловленный выбор женщины, т.к. контрацепция дорогая.

«Безопасный аборт» - существует ли он? Мировое сообщество, **считает аборт безопасным по показателям материнской смертности**: если она составляет менее 1 случая на 100 000 вмешательств, выполняется подготовленным специалистом в ЛПУ, современными методами соблюдением СанПиН. Аналогичные критерии применяются и в России.

Современные методы прерывания беременности – какие они? Согласно Приказу МЗ РФ №572н от 12.11.2012 г. рекомендуемые методы искусственного прерывания беременности в России:

- в I триместре (до 12 недель) – вакуумная аспирация, медикаментозно;
- во II триместре (до 22 недель) – дилатация и эвакуация, медикаментозно.

Выбор метода осуществляет женщина самостоятельно на основании консультирования и предоставления информации.

Среди возможных осложнений после медикаментозного прерывания беременности: продолжающаяся беременность (до 1,1% ввиду нечувствительности к препарату), неполный аборт (до 2,9%), кровотечения (до 2,6%), инфекция (до 0,5%), аллергические реакции (до 0,2%). Существуют предположения, что прерывание беременности медикаментозным методом может привести к развитию онкологических заболеваний репродуктивных органов, однако **доказательные данные, подтверждающие этот факт, отсутствуют.**

Аналогично и **причиной бесплодия нельзя считать неосложнённый аборт**, перекладывая на него роль хронических инфекций или тяжёлых инфекционных заболеваний после «небезопасных абортов», являющихся причиной нарушения фертильности. Например, **процент инфицирования пациенток *Chlamydia trachomatis* достигает уже 47%**. Наличие *C.trachomatis* до аборта в 30 раз повышает риск развития сальпингитов, в 4 раза – эндометрита, воспалительных заболеваний органов малого таза в целом – в 9 раз.

Сравнивая показатели инфицирования по разным типам прерывания беременности явно видна картина наибольшей безопасности медикаментозного метода (до 0,5%) и вакуумного (до 0,9%). При кюретаже этот показатель достигает 5%. Вследствие этого замена методов аборта на современные, совместно с профилактикой инфицирования, являются тактикой снижения рисков инфекционных осложнений абортов.

Последние исследования говорят о том, что **даже однократное применение дилатации и кюретажа** (в том числе и диагностически) **повышают риски** дальнейшего развития преждевременных родов, низкой массы тела новорожденного, самопроизвольных выкидышей, предлежания плаценты. Аналогичных **последствий после проведения аборта медикаментозно или вакуум-аспирацией нет**. Отказ от хирургических манипуляций позволит снизить риски для будущей матери.

Предлагаемый аналог, «золотой стандарт» диагностики заболеваний матки – офисная гистероскопия и [вакуумная аспирация](#), при которых не требуется расширение шейки матки и обезболивание. Вакуум-аспиратор с 2014 г. **включен в стандарт оснащения** женской консультации. Фармако-экономическая эффективность вакуум-аспирации (на примере продуктов Ipras MVA):

Продукт	Цена	Цена исследования
Канюля одноразовая 3 мм	190 р.	205 р.
Вакуум-аспиратор Ipras MVA	1500 р (можно провести до 100 манипуляций)	

Известные осложнения вакуум-аспирации включают: кровотечения (до 1,1%), инфекция (до 0,9%), перфорация матки (до 0,03%), травматизация шейки матки (до 0,05%). Замена кюретажа на вакуум-аспирацию – один из главных методов снижения рисков при прерывании беременности. Применение мануального вакуум-аспиратора – это простая процедура, которая полностью заменяет привычные методы опорожнения полости матки и проводится без последующего контрольного кюретажа матки. Применение вакуум-аспиратора и гибких либо жёстких пластиковых одноразовых канюль помогает избежать: перфорации матки, инфицирования по восходящей схеме, травмы эндометрия. Все канюли идут размером от 4 до 15 мм, что позволяет проводить с их применением совершенно различные типы манипуляций. [Как подготовить вакуум-аспиратор к применению и какова техника использования? \(видео\)](#)

Подготовка шейки матки к манипуляциям (прерывание беременности, опорожнение полости матки, индукция родов, введение или удаление ВМС) может проводиться при помощи палочек ламинарии или **с использованием современных средств**, таких как синтетический осмотический [расширитель Dilapan-S](#), который позволяет расширить шейку матки **до 13 мм всего за 7-8 часов**.

При медикаментозном прерывании беременности специализированная подготовка шейки матки не требуется. В настоящее время на рынке представлен мифепристон различных производителей (Россия, Китай, Франция) и все эти препараты, включая мифепристон производителя Qinhuangdao Zizhu Pharmaceutical Co Ltd. (Китай), прошли переквалификационную проверку, одобрены к применению и [признаны соответствующими стандартам ВОЗ](#) и рекомендованы к приобретению в ЛПУ и, в том числе, организациями ООН. С 2015 года мифепристон для прерывания беременности в дозировке 200 мг включен в клинический протокол МЗ РФ «[Медикаментозное прерывание беременности](#)».

При завершении неразвивающейся беременности использование мизопростола (от 400 до 800 мкг в зависимости от способа применения) является наиболее экономически выгодным методом и предпочтителен при анэмбриональной и неразвивающейся беременности. **Риски кровотечения** после применения мизопростола для завершения неразвивающейся беременности **отсутствуют**. Эффективность препарата – от 74 до 92%. Снижение эффективности может наблюдаться, если у пациентки в анамнезе 5 беременностей и более, из которых как минимум 3 закончились прерыванием. Также эффективность может снижаться с увеличением срока беременности. В таких случаях может потребоваться повторное применение дополнительных доз мизопростола или иных методов прерывания беременности.

Что касается **гистологического исследования после завершения неразвивающейся беременности** с целью установления хронического эндометрита, то **оно не обязательно**. По данным XVIII конгресса Международной федерации акушеров-гинекологов в 2006 г. было принято считать **в 100% случаев, что хронический эндометрит идёт «рука об руку» с неразвивающейся беременностью**. В связи с этим проведение противовоспалительной терапии после процедуры завершения неразвивающейся беременности обязательно.

Каковы критерии правильно выполненной процедуры прерывания беременности?

1. Соблюдение принципов: информированность, доступность, качество.
2. Проведение процедуры в 3 этапа: мероприятия перед процедурой, соблюдение технологии прерывания, помощь после аборта.
3. Действия в соответствии с законодательными нормами (см. перечень документов в конце файла).

Говоря о консультировании пациентки до, во время и после процедуры прерывания беременности отдельно обратите внимание, что несмотря на то, что существуют заблуждения о том, что **НПВС снижают эффективность медикаментозного аборта – это не так**. Доказательные данные для подтверждения таких заявлений отсутствуют и Ваша пациентка, если сочтёт необходимым и подходящим, может применять НПВС для снятия болевого синдрома после приёма мизопростола.

Искусственное прерывание беременности является одним из факторов риска развития реус-сенсibilизации. При сроке беременности <12 недель **доза вводимого анти-Rh-иммуноглобулина может быть снижена** до 50-75 мкг с привычных 300 мкг, назначаемых при срочных родах.

В случае неудачного медикаментозного прерывания беременности (выявляется на контрольном осмотре через 10-14 дней после приёма мифепристона) **Вы можете**

предложить повторное медикаментозное воздействие (400 мкг мизопроста с контролем через 7 дней) или **вакуум-аспирацию** (на выбор пациентки).

При УЗ-оценке завершения прерывания беременности необходимо учитывать, что **количество проводимых обследований не повышает эффективность диагностики**, а лишь увеличивает риск проведения ненужных инструментальных вмешательств. Если по результатам УЗИ отсутствует плодное яйцо и его элементы в полости матки, то аборт считается завершённым. **Допускается наличие детрита** в полости матки в различном количестве, что определяется по толщине М-эхо (до 15 мм) – **это не является неполным абортом!**

Одним из **методов определения успешно завершённого прерывания беременности является измерение β-ХГЧ** в крови или моче пациентки. Стандартно на контрольном осмотре у пациенток берётся при необходимости анализ крови для экспресс-анализа, особенно, если УЗИ дало сомнительную картину. Однако, в 2020 году на рынке появился **тест для определения β-ХГЧ в моче** с чувствительностью 1000 мМЕ/мл – [Чек4 \(Check4, Франция\)](#). Пациентка может применять его дома самостоятельно и на контрольном визите сообщить врачу о его результате либо незамедлительно обратиться к врачу либо в скорую, в случае получения положительного результата (беременность вероятно продолжается).

Перечень документов, необходимых для проведения процедуры прерывания беременности:

- Образец протокола лечебного учреждения по медикаментозному аборту ([скачать, doc](#))
- Клинический протокол прерывания беременности медикаментозным методом, 1 триместр ([скачать, doc](#))г
- Клинический протокол искусственного прерывания беременности на поздних сроках по медицинским показаниям при наличии аномалий развития плода ([скачать, pdf](#))
- Клинический протокол мануальной вакуумной аспирации ([скачать, doc](#))
- Вкладыш в медицинскую карту медикаментозного прерывания беременности ([скачать, doc](#))
- Вкладыш в медицинскую карту хирургического прерывания беременности ([скачать, doc](#))
- Медикаментозное прерывание беременности, консультация для пациенток ([видео](#))
- Информированное согласие на процедуру медикаментозного аборта ([скачать, pdf](#))
- Приказ МЗ РФ от 12.11.12 №572н об утверждении порядка оказания помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования ВРТ)» ([скачать фрагмент, doc](#))
- Дополнительная информация к информированному добровольному согласию на процедуру медикаментозного аборта ([скачать, pdf](#))
- -Иллюстрированная инструкция-памятка о процедуре медикаментозного аборта и симптомах нормальных для пациента и требующих особого внимания ([скачать, pdf](#))
- Методические рекомендации по консультированию и информированию женщин при нежелательной беременности и её прерывании ([скачать, doc](#))