

ГИНЕКОЛОГИЯ

МЕДИКАМЕНТОЗНЫЙ АБОРТ И ВАКУУМ-АСПИРАЦИЯ НА РАННИХ СРОКАХ БЕРЕМЕННОСТИ: РАВНОЦЕННЫЙ ВЫБОР?

Е.Э. Плотко

Медицинский центр «Гармония»
ул. Тверитина, 16, Екатеринбург, Россия, 620026

Проведен сравнительный анализ 2362 случаев прерывания беременности методом вакуум-аспирации и 2081 случай медикаментозного аборта на сроках беременности до 6 нед., включая пациенток с рубцом на матке. Дана медико-социальная характеристика женщин с незапланируемой беременностью, приведены сведения о состоянии микрофлоры нижних отделов гениталий. Показаны особенности технологии и курации пациенток с искусственным прерыванием беременности, возможности профилактики осложнений. Приведены данные о частоте и структуре осложнений аборта в зависимости от использованной технологии, показано преобладание незавершенных аборт при медикаментозном методе и эндометритов при вакуум-аспирации. Сделан вывод о высокой эффективности и безопасности использованных методов на сроках беременности до 6 нед.

Ключевые слова: прерывание беременности, медикаментозный аборт, вакуум-аспирация, осложнения аборта.

Несмотря на снижение в последние десять лет числа искусственных прерываний беременности (ИПБ), аборт в России остается ведущим способом регулирования рождаемости [9]. Так, в 2007 г. число аборт превысило 1 млн 300 тыс. [11]. Медико-социальное значение аборта для нашей страны определяется не только его распространенностью, но и значительным вкладом в заболеваемость и материнскую смертность [1; 7; 9]. Различные осложнения ИПБ встречаются у 16–18% женщин и могут достигать 40% с высоким уровнем незавершенных аборт [6; 12]. К наиболее значимым факторам риска осложнений аборта относят генитальные инфекции, рубец на матке, аборт в анамнезе [1; 14] Многие исследователи отмечают высокий уровень осложнений в группе первобеременных и подростков [5]. В сложив-

шейся в России демографической ситуации чрезвычайно актуальной является проблема предупреждения осложнений аборт и их негативного влияния на репродуктивное здоровье нации.

Экспертами ВОЗ определено, что безопасными методами прерывания беременности являются медикаментозный аборт и вакуум-аспирация [3; 10]. При этом наименьшее число и тяжесть осложнений наблюдается при искусственном прерывании беременности в ранние сроки – до 6 нед. [6]. К сожалению, в России только каждый пятый аборт в сроке до 12 нед. выполняется в ранние сроки, а удельный вес медикаментозных абортов в 2007 г. составил 1,7% [11]. Таким образом, ведущей технологией аборта остается хирургический с использованием кюретки [8]. Оценка системы оказания помощи в связи с ИПБ, проведенная по инициативе ВОЗ в России в 2009 г., показала, что безопасность этой процедуры не соблюдается [4] за счет использования старых небезопасных методов. Чрезвычайно низкая частота применения технологии медикаментозного аборта связана как с дефицитом ресурсов, так и с недостаточным уровнем знаний и практических навыков по использованию этого метода у врачей. Совершенствование и широкое внедрение вакуум-аспирации и медикаментозного аборта на ранних сроках беременности будет способствовать замене хирургического аборта на «безопасный» [3]. Для этого требуется такая организация медицинской помощи, которая позволит проводить возможно раннюю диагностику беременности, необходимое консультирование и обследование, когда время для выбора «безопасной» технологии еще не упущено.

Цель исследования: определить медико-социальную характеристику женщин, прерывающих беременность на сроках до 6 нед., провести сравнительную оценку эффективности и безопасности инструментального и медикаментозного методов искусственного аборта.

Материалы и методы исследования. В исследование были включены 4443 женщины, обратившиеся для прерывания беременности на сроках до 6 нед. Выбор метода прерывания беременности осуществлялся самой женщиной при первичном консультировании на основе полной информации об особенностях методов, их достоинствах и недостатках. В зависимости от выбранного метода индуцированного аборта все участницы исследования были разделены на 2 группы. В I группу вошли 2362 пациентки, желавшие завершить беременность методом электрической или мануальной вакуумной аспирации. Вторую группу составили 2081 женщины, избравшие метод медикаментозного прерывания беременности мифепристоном и мизопростолом. Стандартное клиничко-лабораторное обследование на этапе подготовки к прерыванию беременности в I группе включало исследование влагалищных мазков, крови на сифилис, а во II группе дополнительно – на ВИЧ, вирусный гепатит. Срок беременности и локализация плодного яйца уточнялись с помощью УЗИ трансвагинальным датчиком. Прерывание бе-

ременности осуществляли в амбулаторных условиях и в «стационаре одного дня».

Вакуум-аспирация плодного яйца проводилась аппаратом Eschmann VP 35 при отрицательном давлении 80 кРа или пластиковым аспиратором объемом 60 мл с использованием одноразовых пластиковых канюль без предварительного расширения шейки матки с внутривенным обезболиванием. Для снижения травматичности процедуры первобеременным мы проводили предварительную подготовку шейки матки мифепристоном (200 мг) или мизопростолом (400 мкг). С целью профилактики послеабортных осложнений проводились также следующие мероприятия: интраоперационное назначение антибиотиков, УЗИ-контроль качества вакуум-аспирации. Сразу после манипуляции рекомендовали прием комбинированных оральных контрацептивов (при отсутствии противопоказаний), назначался контрольный осмотр на 10–14-й день после аборта.

Технология медикаментозного аборта состояла из двух этапов. На первом этапе пациентка принимала 3 таблетки (600 мг) мифепристона в присутствии врача с последующим наблюдением в клинике в течение 30–60 мин. В это время ей предоставлялась дополнительная информация о возможных изменениях самочувствия, связанных с приемом препарата, определялся порядок телефонного контакта с клиникой и врачом до следующего визита.

Второй этап проводили через 48 ч в условиях «стационара одного дня». После приема 400 мкг мизопростола женщины находились под наблюдением в течение 4–6 ч. Течение индуцированного аборта контролировалось клинически и с помощью УЗИ. О начавшемся изгнании продуктов зачатия свидетельствовали кровянистые выделения из половых путей, а также появление умеренных, иногда интенсивных схваткообразных болей внизу живота. В этих случаях мы использовали спазмолитики (но-шпа, НПВС), а с целью обезболивания и снятия эмоционального напряжения – трамадол гидрохлорид (100 мг). При отсутствии кровянистых выделений через 3 ч повторно назначали 400 мкг мизопростола. Контрольное УЗ-исследование проводили через 4–5 ч от начала второго этапа для оценки состояния плодного яйца в полости матки и величины М-эха, которое в среднем составило $13,3 \pm 0,18$ мм при полном аборте. Критерием завершения аборта служило отсутствие плодного яйца в полости матки, что наблюдалось более чем в 90% случаев. Таким пациенткам рекомендовали начать прием низкодозированных комбинированных оральных контрацептивов с контрольным осмотром через 10–14 дней.

Результаты и их обсуждение. Средний возраст женщин первой группы составил $30,3 \pm 0,2$ лет, во второй – $26,8 \pm 0,2$ лет. Анализ возрастной структуры беременных показал, что доля подростков (15–19 лет) в группе медикаментозного аборта была существенно выше и составила 10,7% против 4,9% в группе вакуум-аспирации ($p < 0,001$). Напротив, доля женщин старшего репродуктивного возраста была вдвое выше в первой группе – 22,7%,

чем во второй – 10,9% ($p < 0,001$). В целом, возрастная структура обследованных женщин отражала статистику абортотворения в России (табл. 1). Социальная структура беременных была представлена следующими основными группами – студенты и учащиеся (7,8%), служащие (81,1%), рабочие (1%) и домохозяйки (10,1%).

Таблица 1

Возрастная структура беременных, %

Возраст (лет)	15–19 n = 340	20–24 n = 1215	25–29 n = 1190	30–34 n = 936	35–39 n = 543	40–44 n = 196	45–49 n = 23
I группа n = 2362	4,9%	19,6%	27,9%	24,8%	15,9%	5,9%	0,9%
II группа n = 2081	10,7%*	36,1%*	25,5%	16,9%*	8,0%*	2,7%*	0,1%*
Всего n = 4443	7,7%	27,3%	26,8%	21,1%	12,2%	4,4%	0,5%

Примечание: * – уровень достоверности различий между группами $p < 0,001$.

Технология медикаментозного прерывания беременности была чаще востребована среди студентов и учащихся, о чем свидетельствуют достоверные различия между группами для этой социальной категории ($p < 0,001$) (табл. 2).

Таблица 2

Использованные методы искусственного прерывания беременности и социальный статус пациенток, %

Социальные группы	Студенты и учащиеся n = 347	Служащие n = 3604	Рабочие n = 45	Домохозяйки n = 447
I группа n = 2362	5,0%	83,0%	1,0%	11,0%
II группа n = 2081	11,0%*	79,0%	1,0%	9,0%
Всего n = 4443	7,8%	81,1%	1,0%	10,1%

Примечание: * – уровень достоверности различий между группами $p < 0,001$.

Семейный статус пациенток характеризовался преобладанием зарегистрированных брачных отношений в I группе по сравнению со II группой – 63,9 и 49% соответственно.

Изучение репродуктивного анамнеза пациенток позволило выявить следующие особенности. Первую беременность прерывали 12,2 и 37,1% женщин I и II групп соответственно. Среди нерожавших предшествовавший опыт прерывания беременности имели 9,1 и 15,6% пациенток соответственно. Большинство женщин в группе вакуум-аспирации (78,7%) имели одни и более родов в анамнезе, в том числе абдоминальное родоразрешение в 9,9% случаев. Аналогичный показатель для женщин, выбравших медикаментозный метод, был ниже и составил 47,3%, в том числе кесарево сечение – 3,6%. Прерывание беременности на первом году после родов в I группе планировали 100 (5,3%) женщин, во II – 23 (2,3%). Таким образом, наиболее существенные различия в выборе метода искусственного аборта в пользу медикаментозного ($p < 0,001$) наблюдались среди первобеременных.

Анализ состояния здоровья изучаемых женщин показал, что более половины из них (59,1%) имели гинекологические заболевания в анамнезе: доброкачественные заболевания шейки матки у 36,9 и 18,9%, воспалительные заболевания гениталий у 13,3 и 15,5%, ИППП у 14,4 и 18,5% в I и II группах соответственно.

На основании клинической картины и данных бактериоскопического исследования были выявлены признаки воспалительных заболеваний нижних отделов гениталий (вагинит, эндоцервицит), бактериального вагиноза или других вариантов дисбиоза влагалища, генитального кандидоза 30,8% и 43,9% пациенток в первой и второй группах соответственно (табл. 3). При этом явления кольпита и (или) эндоцервицита достоверно чаще наблюдались у беременных II группы.

Таблица 3

Частота генитальных инфекций у исследуемых, %

Характер патологии	Вагинит, эндоцервицит n = 638	Бактериальный вагиноз n = 246	Другие виды дисбиоза влагалища n = 560	Генитальный кандидоз n = 196	Всего, %
I группа n = 2362	243 (10,3%)	144 (6,1%)	215 (9,15%)	125 (5,3%)	30,8%
II группа n = 2081	395 (19,0%)*	102 (4,9%)	345 (16,6%)	71 (3,4%)	43,9%

Примечание: * – уровень достоверности различий между группами $p < 0,001$.

С целью снижения риска инфекционных осложнений этим женщинам на этапе подготовки к прерыванию беременности проводилась санация влагалища (свечи «Гексикон», обработка водным раствором хлогексидина с помощью аппарата «Гинетон»), этиотропная терапия по показаниям.

Нами проведен анализ эффективности и безопасности прерывания беременности в обеих группах. Диагностика осложнений аборта проводилась в течение последующих 8–10 нед. после процедуры. Не отмечено интраоперационных осложнений и осложнений анестезиологического пособия при проведении электрической и мануальной вакуум-аспирации, а также осложнений, связанных с применением препаратов для медикаментозного аборта. В I группе прогрессирующая беременность после вакуум-аспирации была диагностирована в 7 (0,3%) случаях, остатки плодного яйца и связанное с ними кровотечение – у 8 (0,34%) женщин. Таким образом, проведение повторной вакуум-аспирации в первые 14 дней наблюдения потребовалось в 15 (0,64%) случаях. Неполный аборт с формированием плацентарных полипов был отмечен нами у 13 (0,55%) пациенток. Полипы были удалены через 4–6 нед. после аборта под контролем гистероскопии, диагноз подтвержден гистологически. Наиболее частым осложнением хирургического аборта являлся эндометрит, диагностированный у 26 (1,1%) женщин. Следует отметить, что случаев тяжелого течения заболевания и необходимости в госпитализации этих больных не зафиксировано.

Во второй группе были диагностированы 2 (0,1%) случая продолжающейся беременности на сроках 6–7 нед. в течение 7 дней после приема мифепристона; этим женщинам была выполнена вакуум-аспирация плодного яйца. Анализ осложнений медикаментозного аборта позволил нам выделить три основных вида: кровотечение на фоне неполного аборта, требующее вакуум-аспирации плодного яйца или его фрагментов, формирование плацентарного полипа и эндометрит. Задержка элементов плодного яйца в полости матки в течение 10–14 дней индуцированного аборта наблюдалась у 21 (1,0%) пациентки. Выраженное кровотечение с развитием анемии, неэффективность утеротонических средств и мизопростол для остановки кровотечения потребовали выполнения вакуум-аспирации. Формирование плацентарных полипов мы наблюдали в 44 (2,1%) случаях. Удаление полипов проведено через 4–6 нед. после прерывания беременности под контролем гистероскопии. Во всех случаях диагноз подтвержден гистологически. Эндометрит, как осложнение индуцированного аборта, был диагностирован у 6 (0,3%) женщин и характеризовался легким течением во всех случаях. Всем пациенткам обеих групп, подвергнутым внутриматочному вмешательству (вакуум-аспирация, гистероскопия) проводилась интраоперационная антибиотикопрофилактика. В целом общий уровень осложнений, включая незавершенный аборт, был низким в обеих группах и составил 2,3 и 3,5% соответственно. В то же время, различия между группами были связаны с большей частотой развития эндометрита после вакуум-аспирации по сравнению с медикаментозным абортom – 1,1 и 0,3% соответственно ($p < 0,001$). При этом более высокий уровень неполных абортoв с формированием плацентарных полипов отмечен в группе женщин, перенесших медикаментозный

аборт – 0,9% против 3,1% ($p < 0,001$). Именно неполные абортс доминируют в структуре осложнений медикаментозного прерывания беременности, в то время как осложнения вакуум-аспирации в половине случаев представлены эндометритом (табл. 4).

Таблица 4

Структура осложнений прерывания беременности, %

Характер осложнений	Прогрессирующая беременность n = 9	Неполный аборт, кровотечение n = 29	Плацентарный полип n = 57	Эндометрит n = 32
I группа n = 54	13,0%	14,8%	24,1%	48,1%
II группа n = 73	2,7%*	28,8%	60,3%**	8,2%**
Всего n = 127	7,1%	22,8%	44,9%	25,2%

Примечание: * – уровень достоверности различий между группами $p < 0,05$; ** – уровень достоверности различий между группами $p < 0,001$.

Беременные с рубцом на матке после кесарева сечения представляют собой группу повышенного риска осложнений при прерывании беременности. Мы проанализировали частоту и структуру осложнений абортс для данной категории пациенток в зависимости от использованной технологии. Установлено, что при использовании медикаментозного метода у беременных с рубцом на матке чаще ($p < 0,05$) встречались случаи незавершенного абортс. Так, у 4 (5,3%) беременных с рубцом на матке II группы наблюдался неполный аборт, сопровождающийся обильным кровотечением и потребовавший вакуум-аспирации, что превышало аналогичный показатель для группы вакуум-аспирации – 1 (0,4%). Формирование плацентарных полипов во II группе имело место у 2 (2,7%) женщин и у 2 (0,8%) – в первой. Случаев эндометрита после медикаментозного абортс у данной категории пациенток мы не зарегистрировали, после вакуум-аспирации – 1 случай (0,4%). Полученные данные свидетельствуют о, вероятно, большей безопасности технологии вакуум-аспирации для прерывания беременности ранних сроков у женщин с рубцом на матке.

Выводы:

1. Выбор медикаментозного метода прерывания беременности как альтернативы вакуум-аспирации является характерным для подростков и молодых женщин, первобеременных, учащихся и студентов.
2. Данные исследования свидетельствуют о высокой эффективности и безопасности вакуум-аспирации и медикаментозного абортс на сроках до 6 нед.
3. Низкий уровень осложнений абортс связан с использованием комплекса профилактических мероприятий: санация гениталий, медикаментоз-

ная подготовка шейки матки, УЗИ-контроль качества аборта, интраоперационная антибиотикопрофилактика.

4. Имеются особенности структуры осложнений прерывания беременности с преобладанием незавершенных абортов при медикаментозном методе и эндометритов при вакуум-аспирации.

5. Выбор метода прерывания беременности у женщин с рубцом на матке требует дальнейшего изучения.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Абрамченко В.В., Гусева Е.Н.* Медикаментозный аборт: Рук-во для врачей. – СПб, 2005.
2. Акушерство: Национальное руководство / Под ред. Э.К. Айламазяна и др. – М., 2007.
3. *Берер М.* Обеспечение безопасности абортов: вопрос разумной политики и практики общественного здравоохранения // Проблемы репродуктивного здоровья. – 2008. – С. 5–21.
4. *Дикке Г.Б.* Холодный старт // Status Praesens. – 2009. – № 1. – С. 80–83.
5. *Качалина Т.С., Морозов К.В.* Клинико-иммунологические аспекты различных методик медицинского аборта // Медицинский альманах. Сер. «Акушерство и гинекология». – 2008. – № 5. – С. 118–120.
6. *Кирбасова Н.П.* Аборт щадящий // Status Praesens. – 2009. – № 1, – С. 69–74.
7. *Кулаков В.И., Вихляева Е.М., Савельева И.С. и др.* Медико-консультативная помощь при искусственном аборте. – М., 2007.
8. *Радзинский В.Е., Ордянец И.М., Сидерополу Н.Х.* Контрацепция после медикаментозного аборта // Трудный пациент. – 2007. – № 1. – Т. 5. – С. 19–20.
9. Ранние сроки беременности / Под ред. В.Е. Радзинского, А.А. Оразмурадова. – М.: Status Praesens, 2009.
10. *Савельева И.С., Астахова Т.М., Кузмин А.А.* Современные технологии безопасного аборта // Доступность безопасного аборта и контрацепции: проблемы общественного здравоохранения // Мат-лы междунар. семинара. – М., 2005. – С. 106–115.
11. Справочно-информационные материалы службы охраны здоровья матери и ребенка в 2007 году. – М., 2008.
12. *Трубина Т.Б.* Профилактика и лечения инфекционных осложнений медицинского аборта в I и II триместре: Автореф. дис. ... д.м.н. – Казань, 2000.
13. *Трубников В.С., Таджиева В.Д., Баратюк Н.Ю. и др.* Сравнительная характеристика современных методов прерывания беременности ранних сроков // Вестник РУДН. – 2009. – № 7, – С. 175–180.
14. *Aubeny E.* Западноевропейский опыт медикаментозного прерывания беременности ранних сроков // Доступность безопасного аборта и контрацепции: проблемы общественного здравоохранения // Мат-лы междунар. семинара. – М., 2005. – С. 102–106.

ARE MEDICAL ABORTION AND VACUUM-ASPIRATION IN ERLY GESTATIONAL AGE EQUALLY SELECTABLE?

E.E. Plotko

Medical centre «Harmony»
Tveritina Str., 16, Ekaterinburg, Russia, 620026

A comparative analysis of 2362 cases of an abortion by a vacuum-aspiration method and 2081 cases of medical abortion in gestation up to 6 weeks including the patients with a uterus scar is carried out. The medico-social characteristics of the women with unplanned pregnancy is given, microflora state of the genitals lower parts is described. Features of technology and monitoring of the patients with an artificial abortion, a possibility to prevent complications are shown. Data on the incidence and structure of the complications after an abortion depending on the technology used are cited, prevalence of incomplete abortions in medical method and endometritises in vacuum-aspiration method are shown. The conclusion is drawn about high efficiency and safety of the methods used in gestation age up to 6 weeks.

Keywords: an abortion, medicinal abortion, vacuum-aspiration, abortion complications.