

# Медикаментозный аборт в амбулаторной практике.

Г.Б. Дикке

## МЕДИКАМЕНТОЗНЫЙ АБОРТ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ



ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА  
«ГЭОТАР-Медиа»

## Содержание

Аннотация.....	3
Предисловие.....	5
Список сокращений и условных обозначений.....	7
Термины и дефиниции.....	10
Общественные организации и документы.....	20
Введение.....	25
Глава 1. Современная парадигма искусственного прерывания беременности.....	29
Глава 2. Медикаментозный аборт: технология безопасности.....	91
Глава 3. Осложнения медикаментозного аборта.....	203
Глава 4. Контрацепция после аборта.....	237
Глава 5. Реабилитация после аборта.....	244
Заключение.....	322
Список литературы.....	323
Приложение.....	333

## **Аннотация**

В руководстве освещены общие проблемы репродуктивного здоровья в связи с искусственным и самопроизвольным прерыванием беременности, обобщены имеющиеся у автора и в мировой литературе сведения о последствиях досрочного завершения беременности и обоснованы преимущества медикаментозного опорожнения матки при искусственном (по желанию и по медицинским показаниям) и самопроизвольном прерывании беременности в I триместре. В книге содержатся наиболее важные с позиций репродуктологии разделы - о восстановлении репродуктивной функции у женщин с самопроизвольным прерыванием беременности в анамнезе и прегравидарной подготовки женщин, планирующих деторождение. Издание предназначено организаторам здравоохранения, акушерам-гинекологам, врачам общей практики, акушеркам, работающим самостоятельно. Книга будет полезна для специалистов, работающих в области послевузовского повышения квалификации врачей. Настоящая работа является инициативной, мнения и точки зрения, выраженные в данной книге, принадлежат автору, основаны на собственном опыте, клинических исследованиях, опубликованных в отечественной и мировой литературе, публикациях Всемирной организации здравоохранения, позиции неправительственных некоммерческих международных и отечественных организаций и могут не совпадать с официальной позицией других учреждений. Упоминание тех или иных продуктов по патентованному названию не означает, что автор поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими продуктами аналогичного характера.

## **ОБ АВТОРЕ**

Дикке Галина Борисовна - эксперт Российской академии наук (идентификационный номер 2016-01-2293-5390, распоряжение Президиума РАН от 27.07.2016 № 10108-509).

Заслуженный деятель науки и образования, доктор медицинских наук, профессор кафедры акушерства, гинекологии и репродуктивной медицины факультета повышения квалификации медицинских работников ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов».

Советник Всемирной организации здравоохранения (с 2016 г.) по проблеме профилактики ВИЧ, инфекций, передаваемых половым путем, и нежелательной беременности.

Международный консультант ООН/ЮНФПА.

Лауреат конкурса «Новые технологии в области охраны здоровья матери и ребенка» Координационного совета по здравоохранению Сибирского федерального округа и Президиума Сибирского отделения РАМН и межрегиональной ассоциации «Здравоохранение Сибири» (Новосибирск, 2004).

Имеет благодарность главы администрации (губернатора) Томской области за большой вклад в развитие науки и практического здравоохранения и в связи с Днем российской науки (Томск, 2006).

Источник KingMed.info

Награждена почетной грамотой Киргизской ассоциации акушеров-гинекологов и неонатологов за активный вклад в охрану здоровья матери и ребенка (Бишкек, 2016).

Член-корреспондент Российской академии естествознания (РАЕ).

Председатель экспертного совета Российской ассоциации «Народонаселение и развитие», эксперт по безопасному аборту и контрацепции.

Член Российского общества акушеров-гинекологов (РОАГ). Член Европейского общества по контрацепции и репродуктивному здоровью (ESC).

Консультант Международной ассоциации «Врачи мира» (Франция).

Член редакционного совета научно-практического журнала «Эффективная фармакотерапия. Акушерство и гинекология».

Член редакционной коллегии журнала «Проблемы репродуктивного здоровья» (русская версия журнала Reproductive Health Matters).

Участник и координатор международных проектов ВОЗ (2009, 2013), ЮНФПА/ЮНИСЕФ/ПРООН/ДООН (2010), ICMA (Великобритания)

и Восточно-Европейского альянса «За репродуктивный выбор» (EEARC) (2010), международной ассоциации «Врачи мира» (Франция) и Координационного совета по профилактике фетального алкогольного синдрома (2010-2016).

Имеет 348 печатных работ, из них 35 методических рекомендаций и пособий для врачей, шесть монографий, один терминологический словарь-справочник, пять учебно-методических руководств, два руководства для врачей, семь патентов на изобретения и две программы для ЭВМ.

## ПРЕДИСЛОВИЕ

Вы раскрыли книгу, которая является продолжением издания 2015 г. «Медикаментозный аборт: руководство для врачей». Это издание явилось результатом 15-летнего анализа собственного практического опыта и обобщения опыта и исследований моих отечественных и зарубежных коллег в области репродуктивного выбора. Тираж разошелся в считанные месяцы, а потребность в книге не была удовлетворена среди большого количества профессионалов, поэтому было принято решение сделать второе издание книги.

Однако за прошедшие неполные 2 года с момента ее выхода произошли перемены в отношении к аборту как методу регуляции рождаемости в нашей стране и за рубежом. Появилась новая классификация абортов по уровню безопасности, которая включает несколько факторов, влияющих на их безопасность. Изданы новые рекомендации ВОЗ и других профессиональных сообществ, в том числе Российского общества акушеров-гинекологов, утвержденные Министерством здравоохранения Российской Федерации, по медикаментозному прерыванию беременности в I триместре и ведению женщин при самопроизвольном выкидыше. Опубликовано множество работ, основанных на исследованиях высокого доказательного уровня, результаты которых свидетельствуют о возможности совершенствования методики медикаментозного аборта и повышения доступности и качества медицинской помощи женщинам при нежелательной беременности и вынужденных абортах.

Считая необходимым ознакомить широкий круг врачей с этими достижениями, решено не повторять предыдущее издание, а сделать его продолжение, включив в него все самые современные и передовые сведения, которые необходимы вам - практическим врачам в повседневной работе.

Как и в предыдущей книге, подчеркиваю, что не являюсь ни сторонником, ни противником аборта, но принимаю сторону женщины в этом многолетнем и бессмысленном споре между ними. Не пропагандирую медикаментозный аборт, но принимаю и рекомендую его как современный метод решения вопроса нежелательной беременности, которая продолжает оставаться нерешенной проблемой российского общества и вызывает непреходящую тревогу большинства его представителей.

Полностью разделяя эту тревогу и желая оказать посильную помощь в решении этой непростой проблемы, адресую это руководство в первую очередь практическим врачам и руководителям медицинских организаций, а также всем лицам, которые заинтересованы в этом вопросе.

Призываю всех неравнодушных членов медицинского сообщества приложить все усилия для замены устаревших методов прерывания беременности современными -

Источник KingMed.info

неинвазивными и малоинвазивными, при которых минимизируется количество отрицательных последствий, и сохранения репродуктивного здоровья женщин.

*С пожеланиями успешной работы Дикке Галина Борисовна*

## СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

<sup>p</sup> - не зарегистрированный в РФ препарат

® - аннулированный или снятый с регистрации в РФ препарат

\* - торговое наименование препарата

АВМ - артериовенозная мальформация

АМ - аденомиоз

БВ - бактериальный вагиноз

ВА - вакуумная аспирация

ВЗОМТ - воспалительные заболевания органов малого таза

ВИЧ - вирус иммунодефицита человека

ВМК - внутриматочный контрацептив

ВМС - внутриматочное средство контрацепции

ВОЗ - Всемирная организация здравоохранения

ГК - гормональный контрацептив

ДГК - декозогексаеновая кислота

ДИ - доверительный интервал

ДиК - дилатация и кюретаж

ДНК - дезоксирибонуклеиновая кислота

ДЭ - дилатация и эвакуация

ИДС - информированное добровольное согласие

ИПБ - искусственное прерывание беременности

ИППП - инфекции, передаваемые половым путем

ИЦН - истмико-цервикальная недостаточность

КОК - комбинированные оральные контрацептивы

ЛГ - лютеинизирующий гормон

ЛГММ - лечебная грязь Мертвого моря

ЛМ - лейомиома матки

ЛПУ - лечебно-профилактическое учреждение

Источник KingMed.info

МА - медикаментозный аборт

МС - материнская смертность

НБА - небезопасный аборт

НВ - несостоявшийся выкидыш

НПВС - нестероидное противовоспалительное средство

НрБ - неразвивающаяся беременность

ОМС - обязательное медицинское страхование

ОР - относительный риск

ОШ - отношение шансов

ПП - предлежание плаценты

ПР - преждевременные роды

РКИ - рандомизированные клинические исследования

РЛС - Регистр лекарственных средств России

СПВ - самопроизвольный выкидыш

СПИД - синдром приобретенного иммунодефицита

ТТГ - тиреотропный гормон

УЗИ - ультразвуковое исследование

ФАС - фетальный алкогольный синдром

ФАСН - фетальный алкогольный спектр нарушений

ФСГ - фолликулостимулирующий гормон

ХГЧ - хорионический гонадотропин человека

ХПН - хроническая почечная недостаточность

ХПЧН - хроническая печеночная недостаточность

ХЭ - хронический эндометрит

ЦНС - центральная нервная система

ЭК - экстренная контрацепция

ЭКО - экстракорпоральное оплодотворение

ACOG - Американский конгресс акушеров и гинекологов (США) (*American Congress of Obstetricians and Gynaecologists*)



Источник KingMed.info

EEARC - Восточно-Европейский альянс «За репродуктивный выбор» (*Eastern European Alliance for Reproductive Choice*)

FDA - Управление по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов (США) (*Food and Drug Administration*)

FIAPAC - Международная федерация профессионалов, работающих в области аборт и контрацепции (*International Federation of Professional Abortion and Contraception Associates*)

ICMA - Международный консорциум за медикаментозный аборт (*International Consortium for Medical Abortion*)

LARC - Пролонгированные обратимые методы контрацепции

NAF - Национальная федерация по абортам (США) (*National Abortion Federation*)

RCOG - Королевская коллегия акушеров и гинекологов (Великобритания) (*Royal College of Obstetricians and Gynaecologists*)

$\beta$ -ХГЧ -  $\beta$ -субъединица хорионического гормона

## ТЕРМИНЫ И ДЕФИНИЦИИ

**Аборт в ранние сроки** (*early abortion*) - аборт в течение первых 12 нед беременности (цит. по: Miller-Keane Encyclopedia and Dictionary of Medicine, Nursing, and Allied Health. Saunders, 2003. Revised Reprint, 7<sup>th</sup> Edition. Retrieved 20 May 2014) (далее - E&D Medicine).

Коды по МКБ-10: O04. Медицинский аборт; O03.0-9. Самопроизвольный аборт.

Синоним: ранний аборт.

**Гестационный возраст** (*gestational age*) - возраст эмбриона или плода, вычисленный по числу полных недель после оплодотворения с добавлением 2 нед (14 дней) (Словарь терминов ВРТ. ИКМАРТ; ВОЗ, 2003) (далее - Словарь ВРТ).

**Безопасный аборт** (*safe abortion*) - прерывание беременности, выполняемое квалифицированными медицинскими работниками, использующими для этого адекватное оборудование, правильную методику и санитарно-гигиенические стандарты (цит. по: Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. World Health Organization, 2003) (далее - ВОЗ, 2003).

Международные эксперты рассматривают безопасность абортов по уровню материнской смертности (МС). При безопасном аборте МС минимальна и составляет менее 1 случая на 100 000 вмешательств (ВОЗ, 2003) - *Примеч. авт.*

Синоним: медицинский (легальный) аборт.

**Небезопасный аборт** (*unsafe abortion*) - процедура прерывания нежелательной беременности лицами, не владеющими необходимыми навыками, или происходящая в условиях, не удовлетворяющих минимальным медицинским стандартам, или наличие и того и другого (ВОЗ, 2003).

Синонимы: незаконный аборт, нелегальный аборт, криминальный аборт.

**Уровень безопасности аборта, классификация ВОЗ (2016).** В последние годы эксперты ВОЗ отмечают, что даже в странах с ограничительными законами имеется возможность медикаментозного прерывания беременности и улучшение доступа к хирургическим абортам, и даже в нелегальной среде аборт становится безопаснее. Совещание экспертов по определению и учету небезопасных абортов было проведено в Лондоне (Великобритания) 9-10 января 2014 г., целью которого была разработка новой системы классификации, которая отражает текущие условия и признает градиент риска, связанного с абортом (Sedgh G. et al., 2016).

Участники встречи отметили, что процедуры, выполняемые в соответствии с рекомендациями тем не менее могут нести дополнительные риски (в том числе

немедицинские), когда они сильно ограничены законом или подвергнуты стигматизации. В таких условиях женщины могут получить медицинскую помощь по прерыванию беременности на довольно поздней стадии и в стрессовых условиях, тем самым увеличивая риск физических или психологических осложнений.

Новая классификация аборт по уровню безопасности включает несколько факторов, которые влияют на их безопасность, а именно: социальный и правовой контекст, в котором аборт происходит (в том числе стигматизация аборта в обществе); квалификация лица, осуществляющего аборт; используемый метод и такие показатели, как наличие или отсутствие осложнений и тяжесть осложнений, если они имеют место. Иллюстрация такой системы представлена на схеме.



Классификация абортов по уровню безопасности и факторы, влияющие на безопасность (Sedgh G. et al., 2016)

В систематическом обзоре (Adler A.J. et al., 2012) подчеркнуты различия в определениях заболеваемости после абортов, используемых в научных исследованиях, и их влияние на оценки, и призвал к стандартизации конкретных определений и методологий в различных исследованиях.

**Осложнение** - это патологическое состояние, присоединившееся к основному заболеванию в связи с особенностями его патогенеза или как следствие проводившихся диагностических или лечебных мероприятий и требующее медицинского вмешательства для его купирования.

**Стигма** (от греч. στίγμα - ярлык, клеймо) - буквально: пятно, метка, телесный знак; в переносном смысле - несмываемое пятно позора и осуждения (Капустин Д. Сексологический словарь. М., 2006); или особенность, расходящаяся с общепринятыми нормами или стереотипами, приписанными индивиду или группе, и, следовательно, нежелательная (Гулина М.А. Словарь-справочник по социальной работе. СПб.: Питер, 2008).

**Социальная стигматизация** - навешивание социальных ярлыков. В этом смысле стигматизация - увязывание какого-либо качества с отдельным человеком или

Источник KingMed.info

множеством людей, хотя эта связь отсутствует или не доказана. Стигматизация является составной частью многих стереотипов.

Синоним: дискриминация - реальные действия, ограничивающие права какой-то группы людей (Википедия).

Кроме того, эксперты обсудили виды исследований, необходимых для мониторинга числа абортов на каждом уровне безопасности.

**Искусственный аборт** (*induced abortion*; лат. *abortus artificialis*) - прерывание клинической беременности путем преднамеренного вмешательства, предпринятого до 20 полных недель гестационного срока (18 нед после оплодотворения), или при неизвестном гестационном сроке при массе эмбриона/плода менее 400 г (Словарь ВРТ).

Код по МКБ-10: O04. Медицинский аборт.

Синонимы: медицинский аборт, индуцированный аборт, артифициальный аборт.

**Криминальный аборт** (*criminal abortion*) - искусственное прерывание беременности, запрещенное законом и влекущее уголовную ответственность. Аборт признается криминальным, если совершается с согласия женщины, но с нарушением установленных правил: вне лечебных учреждений, в антисанитарных условиях, при наличии противопоказаний к аборту, производится лицом, не имеющим медицинского образования. Способ совершения криминального аборта значения не имеет (Капустин Д. Сексологический словарь. М., 2006).

Код по МКБ-10: O05. Другие виды аборта.

Синонимы: небезопасный аборт, незаконный аборт, нелегальный аборт, внебольничный аборт, преступный аборт (разг.), подпольный аборт (разг.).

**Неуточненный (внебольничный) аборт** (*unspecified abortion*) - то же, что криминальный (Большой медицинский словарь. - М., 2007), или самопроизвольный, если криминальный характер его не подтвержден правоохранительными органами. (*Примеч. авт.*)

В англоязычной литературе неуточненный аборт - любое прерывание беременности, которое происходит до достижения плодом жизнеспособности, неполный с неустановленными осложнениями; беременность, закончившаяся абортивным исходом (МКБ-10; <http://www.rightdiagnosis.com/>).

Код по МКБ-10: O06. Неуточненный аборт.

Синонимы: полный или неполный аборт без осложнений или с осложнениями.

**Самопроизвольный аборт** (*miscarriage*) - спонтанное прерывание беременности до достижения плодом жизнеспособности, то есть до 22 нед или при массе плода до

Источник KingMed.info

500 г (Гинекология: Национальное руководство. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016); или спонтанное прекращение беременности до достижения плодом достаточного для выживания развития (до 20 нед беременности в расчете на дату первого дня последней нормальной менструации) (E&D Medicine).

Коды по МКБ-10: O20.0. Угрожающий аборт; O03.0-9. Самопроизвольный аборт.

Синоним: самопроизвольный выкидыш.

**Неразвивающаяся беременность** (*missed abortion*) - смерть эмбриона/плода без клинических признаков выкидыша (Словарь ВРТ); или сохранение нежизнеспособных (мертвых) продуктов зачатия в полости матки в течение 8 нед и более (E&D Medicine).

Код по МКБ-10: O02.1. Несостоявшийся выкидыш.

Синонимы: несостоявшийся выкидыш, замершая беременность (устар.).

**Привычный аборт** (*habitual miscarriage*) - спонтанная потеря двух клинических беременностей или более (Словарь ВРТ); или спонтанная потеря трех последовательных беременностей или более до 20-й недели беременности (E&D Medicine); или три выкидыша и более подряд у одной и той же женщины [Выкидыш в ранние сроки беременности: диагностика и тактика ведения: клинические рекомендации (протокол лечения) (утв. МЗ РФ 07.06.2016, № 15-4/10/23482)].

Код по МКБ-10: N96. Привычный выкидыш.

Синонимы: привычный самопроизвольный выкидыш, привычная потеря беременности.

**Полный аборт** (*complete abortion*) - полное изгнание (удаление) всех продуктов зачатия из полости матки (E&D Medicine); или выкидыш произошел полностью, нет необходимости в медицинском или хирургическом вмешательстве [Выкидыш в ранние сроки беременности: диагностика и тактика ведения: клинические рекомендации (протокол лечения) (утв. МЗ РФ, 2016)].

Код по МКБ-10: O04.9. Полный или неуточненный аборт без осложнений.

**Селективный аборт** (*selective abortion*) - преднамеренное избавление от эмбрионов женского пола в целях появления на свет как можно большего числа сыновей (Капустин Д. Сексологический словарь. М., 2006).

В современном мире подобная дискриминационная практика широко распространена в странах с патриархальным укладом жизни, совмещенным с приниженным статусом женщин в обществе. К ним относятся КНР, Индия, Пакистан, закавказские республики (особенно остро эта проблема стоит в Азербайджане), также албаноязычные регионы Балкан (Википедия). (Примеч. авт.)

**Терапевтический аборт** (*therapeutic abortion*) - аборт, индуцируемый квалифицированным врачом на основаниях, предусмотренных национальным законодательством, в целях сохранения жизни и/или здоровья матери (E&D Medicine).

Синонимы: аборт по медицинским показаниям.

**Элективный аборт** (*elective abortion*) - аборт, индуцированный по желанию женщины при отсутствии медицинских или социальных показаний (E&D Medicine).

Синонимы: факультативный аборт, аборт по желанию женщины.

**Медикаментозный аборт** (*medical abortion*) - безопасный и эффективный метод искусственного прерывания беременности с помощью лекарственных препаратов антигестагенного действия и/или простагландинов (чаще в комбинации), не требующий хирургического вмешательства (ВОЗ, 2003).

*Медикаментозный* - прил. от сущ. *медикаменты*.

*Медикаменты* - лекарства, лечебные средства (Толковый словарь Ожегова / С.И. Ожегов, Н.Ю. Шведова. 1992).

Синоним: лекарственный аборт.

**Фармацевтический аборт** - неправильно употребляемый термин в русскоязычной литературе и устной речи (имеется в виду медикаментозный) (*Примеч. авт.*).

*Фармацевтический* - прил. от сущ. *фармация, фармацевтика, фармацевт*. *Фармация, фармацевтика* - комплекс научно-практических дисциплин, занимающихся вопросами изыскания, обработки, изготовления, стандартизации, хранения и отпуска лекарственных средств (Современный толковый словарь русского языка / Под ред. Т.Ф. Ефремовой. М., 2000; Большая медицинская энциклопедия. М., 2000).

**Хирургический аборт** (*surgical abortion*) - методика извлечения плодного яйца и других тканей гестации из полости матки с использованием медицинских инструментов (ВОЗ, 2003).

Основные (современные, безопасные) методы хирургического аборта - вакуумная аспирация (в I триместре), дилатация и эвакуация (в поздние сроки). Устаревшие - дилатация и кюретаж (см. далее определение) (ВОЗ, 2003).

Синоним: инструментальный аборт.

**Дилатация шейки матки и кюретаж полости матки** (дилатация и кюретаж) (*dilation and curettage*; лат. *dilatatio et curettage*) (от лат. *dilato* - «расширять», фр. *curette* - «скребок») - хирургический метод аборта, операция выскабливания плодного яйца и его оболочек из полости матки в целях прекращения беременности

Источник KingMed.info

или при выкидыше, а также выскабливания слизистой оболочки матки для удаления патологических образований при некоторых заболеваниях (ВОЗ, 2003).

Метод дилатации и кюретажа - устаревшая методика хирургического аборта, не применяется в развитых странах с конца 60-х гг. XX в. Является наиболее широко используемым методом в России (64% - в структуре используемых методов в 2014 г.; для сравнения: в Иране - 28% в том же году), выполняется в стационаре и обычно сочетается с вакуумной аспирацией. По данным ВОЗ, частота осложнений после дилатации и кюретажа в 2-3 раза превышает частоту осложнений после вакуумной аспирации. Эксперты ВОЗ относят его к потенциально опасным методам и рекомендуют прибегать к нему лишь в крайних случаях, когда иные методы прерывания беременности недоступны. Эксперты ВОЗ рекомендуют также принимать всевозможные меры к замене процедуры дилатации и кюретажа вакуумной аспирацией для повышения безопасности и качества оказываемой помощи. - *Примеч. авт.*

Синонимы: абразия (лат. *abrasio*), выскабливание, острый кюретаж, чистка (разг., непроф.).

**Вакуумная аспирация** (*vacuum aspiration*; от лат. *vacuum* - «пустота», *aspiratio* - «вдыхание») - простой и эффективный метод извлечения плодного яйца и тканей гестации из полости матки с помощью прибора, создающего вакуум (мануальный или электрический), и канюль (металлических или пластиковых). С помощью указанных инструментов отрицательное давление передается в полость матки, что позволяет аспирировать ее содержимое без последующего кюретажа матки в сроках до 12-14 нед гестации (ВОЗ, 2003). Применяется также для аспирационной биопсии эндометрия при некоторых заболеваниях.

В России методика в чистом виде применяется на сроке до 6 нед беременности (21 день задержки менструации) в амбулаторных условиях (мини-аборт) (составляет 19,9% в структуре используемых методов в 2014 г.). На других сроках используется обычно в комбинации с кюре-тажем (контрольным кюретажем) (см. определение), что нивелирует преимущества атравматичного метода вакуумной аспирации.

Синонимы: вакуумный аборт, вакуум-аспирация, мини-аборт, аспирационный кюретаж (неправ.).

**Сексуальное здоровье** - состояние физического, эмоционального, психического и социального благополучия в отношении сексуальности. Сексуальное здоровье требует позитивного и уважительного подхода к сексуальности и сексуальным отношениям, а также возможность иметь приятный и безопасный сексуальный опыт, без принуждения, дискриминации и насилия (Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health, 28-31 January 2002, Geneva. World Health Organization, 2006. 30 p.) (далее - Defining sexual health).

**Сексуальные права** - право всех лиц, без принуждения, дискриминации и насилия, на наивысший достижимый уровень сексуального здоровья. Сексуальные права включают: доступ к услугам в области сексуального и репродуктивного здоровья; получение и распространение информации, относящейся к сексуальности; половое просвещение; уважение к телесной неприкосновенности; выбор своего партнера; принятие решения быть сексуально активным или нет; добровольные сексуальные отношения; брак на основе консенсуса; решение, следует или нет и когда иметь детей; а также удовлетворение, безопасную и приятную сексуальную жизнь. Ответственное осуществление прав человека требует, чтобы все лица уважали права других (Defining sexual health).

**Репродуктивное здоровье** - это состояние полного физического, умственного и социального благополучия, а не просто отсутствие болезней или недугов во всех сферах, касающихся репродуктивной системы, ее функций и процессов (Defining sexual health).

**Репродуктивное поведение** - система действий и отношений, опосредующих рождение или отказ от рождения ребенка в браке или вне брака (Демографический энциклопедический словарь / под ред. Валентей Д.И. М.: Сов. энцикл., 1985) (далее - Демографический словарь).

Данное определение предложил В.А. Борисов (1970). Термин заимствован из биологии. Некоторые авторы, помимо деторождения, включают уход за детьми, их воспитание и обучение, а также приобретение взрослыми индивидами новых социальных и психологических свойств (Википедия).

Синонимы: генеративное поведение, прокреативное поведение.

**Регулирование рождаемости** (или внутрисемейное регулирование рождаемости) - любое намеренное действие, позволяющее контролировать наступление беременности. В широком понимании это и более ранние или более поздние браки, лечение бесплодия, применение контрацептивных средств, воздержание от половых контактов, а также прерывание беременности. Чаще этот термин используют для обозначения контрацепции, то есть любых действий и методов, предотвращающих зачатие при половом сношении (Энциклопедия Кольера (русская версия) (электронное издание). М., 1999).

**Контроль за рождаемостью** - воздействие государства на процесс рождаемости населения мерами демографической политики, главным образом в целях снижения ее уровня и сокращения темпов роста населения в стране. Термин «контроль за рождаемостью» употребляется также для обозначения контроля за рождениями, деторождением на индивидуальном уровне, применением супружескими парами (или индивидами) методов, с помощью которых они регулируют число рождений (или время рождения детей) в семье (Демографический словарь).



**Репродуктивный выбор** - моральная автономия человека в вопросах планирования семьи, деторождения и сексуальной жизни (Биоэтический словарь. Екатеринбург: УГМА, 2006. 152 с.) (далее - Биоэтический словарь).

**Репродуктивное право** - совокупность принципов и гарантий, обеспечивающих репродуктивное здоровье человека (Биоэтический словарь); или право мужчин и женщин на получение информации и на доступ к безопасным, эффективным, недорогим и доступным способам регулирования рождаемости в соответствии с их выбором, а также право на доступ к надлежащим службам здравоохранения, которые могут обеспечить для женщин безопасные беременность и роды, а также создать для супружеских пар наилучшие возможности для того, чтобы иметь здорового ребенка (ВОЗ, 2003).

Репродуктивные права включают следующие положения: право на контроль за рождаемостью, право на доступ к качественной медицине в репродуктивной сфере, право на законный и безопасный аборт, а также право на образование и доступ к информации, позволяющей сделать осознанный и свободный репродуктивный выбор [ВОЗ, официальный сайт. Цит. в соответствии с Программой действий ООН, принятой на Международной конференции по народонаселению и развитию) (Каир, 5-13 сентября 1994 г., п. 7.3)].

В России репродуктивное право закреплено в Конституции РФ (ст. 38, 41) и Федеральном законе РФ от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (ст. 55-57).

**Право на репродуктивный выбор** - это признание права человека принимать свободные и самостоятельные решения о своем репродуктивном здоровье, в том числе рождении детей, времени их рождения и промежутках между рождением детей, включая право принимать решения относительно деторождения без дискриминации, угроз и насилия, а также признание права на получение соответствующей информации. Право на репродуктивный выбор, планирование семьи, охрану репродуктивного и сексуального здоровья относится к основным правам человека (ВОЗ, 2003).

**Половое воспитание** - система медицинских и педагогических мер, направленных на воспитание у детей, подростков и молодежи разумного, здорового отношения к вопросам пола и половой жизни.

Задача полового воспитания - способствовать гармоничному развитию подрастающего поколения, полноценному формированию полового поведения и детородной функции, содействовать укреплению физиологических и нравственных

основ брака и семьи [Сексологическая энциклопедия (электронный ресурс). Режим доступа: <http://gufo.me/seksenc>] (далее - Сексологическая энциклопедия).

**Половое просвещение** - ознакомление подростков с физиологическими, сексологическими, санитарно-гигиеническими и другими сведениями по вопросам пола и половой жизни (Сексологическая энциклопедия).

**Плодное яйцо** - жидкостная структура, сопутствующая раннему сроку беременности, которая может находиться внутри полости матки или вне ее (при эктопической беременности) (Словарь ВРТ).

**Плод** - продукт оплодотворения от момента завершения эмбрионального развития через полные 8 нед после оплодотворения до аборта или родов (Словарь ВРТ).

**Эмбрион** - продукт деления зиготы до окончания эмбриональной стадии развития, 8 нед после оплодотворения (Словарь ВРТ).

### **Последствия нарушения репродуктивных прав языком фактов**

Мировые оценочные данные последствий несоблюдения или лишения людей их сексуальных и репродуктивных прав следующие:

- каждый год по причинам, связанным с беременностью и родами, умирают около 600 тыс. женщин (одна женщина в минуту), в основном в развивающихся странах;
- около 200 тыс. женщин умирают ежегодно в результате отсутствия или недостаточной эффективности противозачаточных средств;
- в общей сложности 350 млн супружеских пар не имеют информации о противозачаточных средствах и лишены доступа к ним;
- примерно 75 млн беременностей в год (из их общего числа 175 млн) являются нежелательными, и их исходом являются 45 млн абортов и более 30 млн рождающихся нежеланных детей;
- около 70 тыс. женщин умирают ежегодно в результате неквалифицированных абортов, и никто не знает, сколько женщин получают инфекции и другие осложнения;
- ежегодно в мире появляется 333 млн новых случаев ИППП;
- около 1 млн человек умирают ежегодно от ИППП (исключая СПИД);
- в среднем каждую минуту шесть человек заражаются ВИЧ-инфекцией;
- примерно 50-60% всех новых случаев ИППП, включая ВИЧ, приходится на молодых людей в возрасте до 20 лет;

Источник KingMed.info

- около 2 млн девочек в возрасте от 5 до 15 лет ежегодно вовлекаются в индустрию секса;
- по данным исследований, насилие в семье - распространенное явление в большинстве стран и частая причина самоубийств среди женщин и подростков

## ОБЩЕСТВЕННЫЕ ОРГАНИЗАЦИИ И ДОКУМЕНТЫ

**Всемирная организация здравоохранения** (ВОЗ) (*World Health Organization - WHO*) - специальное учреждение Организации Объединенных Наций, состоящее из 194 государств-членов, основная функция которого лежит в решении международных проблем здравоохранения населения Земли. Она была основана в 1948 г. со штаб-квартирой в Женеве (Швейцария). Официальный сайт: <http://www.who.int/ru/> (на русском языке).

**Цели развития тысячелетия** (ЦРТ) представляют собой согласованную между руководителями стран рамочную концепцию о снижении уровня бедности и повышении благосостояния людей. Это восемь взаимосвязанных и ограниченных по времени целей и показателей развития. ЦРТ были согласованы в Декларации тысячелетия на Саммите Тысячелетия в 2000 г., который собрал представителей 189 государств, чтобы обратить внимание мировой общественности на наиболее актуальные проблемы. Они приняли на себя обязательство сделать мир лучше для всего человечества. Цели развития тысячелетия, отражающие решения правительств стран, обозначили путь к успеху вплоть до 2015 г.

Целью 5.А было обозначено снижение на три четверти за период с 1990 по 2015 г. коэффициента материнской смертности. В результате в период с 1990 по 2013 г. коэффициент материнской смертности снизился на 45% - от 380 до 210 случаев на 100 тыс. живорожденных.

Материнская смертность в результате небезопасных (криминальных) аборт в мире, на борьбу с которыми были направлены немалые усилия, снизилась с 13 до 8%.

Использование методов контрацепции среди женщин в возрасте от 15 до 49 лет, состоящих в браке или живущих с постоянным партнером, возросло во всем мире с 55% в 1990 г. до 64% в 2015 г.

Более подробная информация и результаты анализа содержатся в докладе Целевой группы по оценке прогресса в достижении ЦРТ за 2015 г.

Новая повестка дня ЦРТ до 2030 г. включает 17 целей в области целей устойчивого развития (ЦУР) (рис. 1, см. цв. вклейку) и 167 задач и станет всеобъемлющей программой, которая будет направлять глобальные и национальные действия в области развития в последующие 15 лет не только в развивающихся, но и во всех странах мира (подробнее см. на сайте: <http://www.un.org/ru/millenniumgoals/>).

Восточно-Европейский альянс «За репродуктивный выбор» (*Eastern European Alliance for Reproductive Choice - EEARC*) был основан в 2008 г. группой профессионалов в сфере репродуктивного здоровья и репродуктивных прав из Центральной и Восточной Европы, крайне приверженных идее репродуктивного выбора. EEARC

Источник KingMed.info

является одной из четырех региональных сетей Международного консорциума за медикаментозный аборт (*International Consortium for Medical Abortion - ICMA*).

Ограничение доступа женщин к безопасному прерыванию нежелательной, аномальной или опасной беременности является, возможно, одним из наиболее очевидных проявлений дискриминации женщин. EEARC выступает катализатором объединения усилий по проведению общественной кампании противодействия ограничениям, недавно введенным правительствами и парламентами в странах Центральной и Восточной Европы. Члены EEARC рассматривают обмен знаниями, создание сетей и проведение общественных кампаний в качестве важнейших компонентов целостного подхода к защите права женщин на репродуктивный выбор и безопасный аборт. Цели EEARC: повысить информированность и чувствительность медперсонала, предоставляющего услуги; стимулировать мотивацию женских объединений; разработать новые учебные программы, основанные на данных научных исследований; расширить доступ и повысить качество безопасных абортов, включая услуги по медикаментозному аборту, по всей Центральной и Восточной Европе (официальный сайт: [www. \*\*medicalabortionconsortium.org\*\*](http://www.medicalabortionconsortium.org)).

Международная федерация профессионалов, работающих в области абортов и контрацепции (*International Federation of Professional Abortion and Contraception Associates - FIAPAC*). Организация основана в январе 1997 г. Целями организации являются: получение права на аборт для каждой женщины, нуждающейся в этой процедуре; гармонизация законодательства в отношении абортов в соответствии с основными принципами федерации; свобода доступа ко всем методам аборта во всех странах.

FIAPAC организует семинары и конференции, предоставляет информацию об абортах и контрацепции. FIAPAC выпускает ежеквартальный бюллетень для членов организации, чтобы обмениваться информацией о соответствующих событиях и медицинских разработках.

Комитет FIAPAC в партнерстве с EXELGYN в настоящее время одобрил грант (10 тыс. евро) на проведение проекта MedAbb. Краткое описание проекта: создание приложения для смартфона в целях поддержки женщин во время домашнего использования мизопростала. Подробная информация о проекте и бланк заявления - на официальном сайте.

FIAPAC также проводит обучение профессионалов от лучших поставщиков в Европе. Вы можете подать заявку на программы обмена FIAPAC. Контактное лицо: доктор Элизабет Обени (Dr. Elisabeth Aubeny), координатор программы: [\*\*aubeny@orange.fr\*\*](mailto:aubeny@orange.fr) (официальный сайт: <http://fiapac.org/>).

## **Международная федерация планируемого родительства (МФПР)**

(*International Planned Parenthood Federation - IPPF*) основана в 1952 г., является общественной благотворительной организацией, продвигающей всеобщий доступ к контрацепции и безопасному аборту, защищающей репродуктивные и сексуальные права, гендерное равенство; она предоставляет услуги по планированию семьи, профилактике инфекций, передаваемых половым путем, включая ВИЧ/СПИД, уделяя особое внимание уязвимым слоям населения - бедным, молодежи, подросткам и др. МФПР состоит из 152 ассоциаций-членов, работающих в 172 странах. Только в 2011 г. члены федерации предоставили услуги 33 млн человек, предотвратили 2,1 млн нежелательных беременностей и 624 тыс. небезопасных абортов (официальный сайт: <http://www.ippf.org/>).

## **Российская ассоциация «Народонаселение и развитие» (РАНиР).**

Общероссийская общественная организация содействия охране репродуктивного здоровья граждан была создана в 1991 г. при поддержке Правительства РФ. Является неправительственной профессиональной организацией, объединяющей усилия специалистов и общественников, работающих в области охраны репродуктивного здоровья населения Российской Федерации. Миссией РАНиР является сохранение репродуктивного здоровья молодежи, женщин и мужчин, воспитание ответственного отношения к себе, своему здоровью, созданию семьи и рождению детей, чтобы каждый ребенок был желанным, любимым и здоровым. Организация отстаивает международно признанное право каждого человека, каждой семьи на свободное и ответственное родительство (официальный сайт: [www.ranir.ru](http://www.ranir.ru), электронная почта: [info@ranir.ru](mailto:info@ranir.ru)).

**Всемирный день действий за безопасный и легальный аборт.** В 2011 г. Всемирная женская сеть за репродуктивные права приняла решение о глобализации Международного дня действий по легализации абортов - 28 сентября и дала ему название «Всемирный день действий за безопасный и легальный аборт». В первый год своей деятельности кампанию поддержали почти 400 организаций и 460 лиц в 106 странах на всех континентах. Первым крупным мероприятием кампании в 2012 г. стало продвижение значительно расширенного участия в организации 28 сентября, наряду с Латиноамериканской и Карибской, в результате чего мероприятия были организованы в рекордном количестве - в 51 стране (официальный сайт: <http://www.september28.org/>).

**Движение за репродуктивный выбор, или прочойс** (*Pro-choice* - «за выбор»), - общественное движение, отстаивающее право женщины на аборт, а также соответствующая этико-политическая позиция. Альтернативой прочойса является позиция **пролайф** (*Pro-life* - «за жизнь»).

Источник KingMed.info

Сторонники права на аборт считают, что вопрос о сохранении или прекращении беременности - это вопрос неотчуждаемого личного выбора, связанного с женским телом, личным здоровьем и будущим. Они уверены, что легальность абортов положительно сказывается на жизни и родителей, и детей, поскольку женщинам не приходится идти на отчаянные меры для совершения подпольных абортов.

**Международная конференция по вопросам народонаселения и развития** (Каир, 5-13 сентября 1994 г.). На конференции была принята 20-летняя Программа действий в области народонаселения и развития, которая учитывала главное новое требование мировой политики - обеспечение устойчивого развития. *Программа действий Каирской конференции* определяет репродуктивные права как часть основных прав человека. Репродуктивные права признаны законодательствами многих стран, в том числе Международной конвенцией о гражданских и политических правах, Конвенцией о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин и Европейской конвенцией о правах человека (подробнее см. на сайте: <https://www.unfpa.org/>).

**Безопасный аборт: рекомендации для систем здравоохранения по вопросам политики и практики** (ВОЗ, Европейское региональное бюро. 2-е изд. Женева, 2013).

В связи с необходимостью рекомендаций по проведению безопасного аборта, учитывающих передовой опыт, основанный на принципах доказательной медицины, и направленных на защиту здоровья и соблюдение прав женщин, ВОЗ обновила публикацию руководства, выпущенного в 2003 г. При этом соблюдались стандарты разработки рекомендаций, предложенные ВОЗ. Для клинических рекомендаций были подготовлены краткие характеристики доказательств по приоритетным вопросам на основании недавних систематических обзоров, большинство из которых включены в Кокрейновскую библиотеку. В издании отражены последние статистические данные о выполнении небезопасных абортов в мире, современная литература по предоставлению медицинской помощи и последние изменения международного, регионального и национального законодательств по правам человека.

Целевой аудиторией данных рекомендаций являются политики, руководители программ и медицинские работники, оказывающие медицинскую помощь по прерыванию беременности. Практическое применение этих рекомендаций должно быть индивидуальным, учитывать планируемый метод прерывания беременности, клиническое состояние женщины и ее предпочтения относительно предоставляемой медицинской помощи (скачать: <http://apps.who.int/>).

**Стратегическая оценка политики, программ и услуг в сфере нежелательной беременности, абортов и контрацепции в Российской Федерации: совместное исследование Минздравсоцразвития**

Источник KingMed.info

**Российской Федерации и ВОЗ (2009).** Это исследование, выполненное в целях определения возможных стратегических изменений и создания программ, направленных на улучшение качества оказания медицинской помощи в связи с искусственными абортами и на снижение их числа, и включавшее оценку системы оказания медицинской помощи по вопросам репродуктивного выбора, абортам и контрацепции (подробнее см.: Дикке Г.Б., Яроцкая Е.Л., Ерофеева Л.В. Проблемы репродукции. 2010. № 3. С. 92-97).



## **ВВЕДЕНИЕ**

Общая численность населения России на 01.01.2015 г. составляла 146,3 млн человек. В структуре населения доля женщин представлена 54,4% (в 2012 г. - 53,8%), в том числе фертильного возраста (15- 49 лет) - 24,4% (в 2012 г. - 27,2%), что составляет менее половины всех женщин - 45,5% (в 2012 г. - 50,6%) (Федеральная служба государственной статистики, 2016).

Количество прерванных беременностей (все виды абортов, включая самопроизвольные) в 2014 г. было 814 162 (в 2012 г. - 935 509), что составило 22,8% (в 2012 г. - 25,6%) на 1000 женщин фертильного возраста, или 42,3% (в 2012 г. - 49,7%) на 100 родившихся живыми и мертвыми. Нежелательных беременностей было прервано 511 799 (в 2012 г. - 644 882), что составило 14,3% (в 2012 г. - 17,8%) на 1000 женщин фертильного возраста, или 62,9% (в 2012 г. - 68,9%) общего числа абортов.

Несмотря на широкий выбор средств контрацепции, доля нежелательных беременностей составляет 30% [2] всех наступивших беременностей в 2014 г. и превышает аналогичный показатель развитых стран в 1,5 раза [3], а значит, профилактика нежелательной беременности продолжает оставаться актуальной проблемой российского общества.

По данным Минздрава России, к началу 2015 г. использовали внутриматочные средства контрацепции (ВМС) 11,5% женщин фертильного возраста (в 2005 г. - 13,7%) и гормональные контрацептивы (ГК) - 12,7% (в 2005 г. - 9,4%). Однако, если установка ВМС осуществляется врачом и учитывается в статистической отчетности, учет гормональных средств, скорее всего, является неполным. Так, по данным исследования Росстата, Минздрава России и ВОЗ/ЮНФПА, проведенного в 2011 г., к помощи врача по выбору контрацепции прибегли лишь 20% женщин. При этом 39% опрошенных женщин когда-либо использовали оральные контрацептивы, 18% - использовали их на момент опроса (суммарно среди замужних женщин или состоявших в браке ранее) и еще 13% - среди сексуально активных женщин независимо от семейного положения.

Консультирование и помощь в выборе контрацепции в России доступны и осуществляются акушерами-гинекологами в женских консультациях. Однако эта работа не является для них приоритетной, и ее оплата не предусмотрена из средств обязательного медицинского страхования (ОМС). В исследовании, проведенном ранее в одном из регионов России, показало, что 70% женщин желали получить консультацию профессионала, но не смогли это сделать по разным причинам, в основном из-за особенностей организации данного вида помощи в женских консультациях. Возможно, поэтому получение информации из других источников (Интернет, партнер, подруги, родители) женщинами рассматривается как более приоритетное.

Источник KingMed.info

Большинство пользователей приобретают средства контрацепции самостоятельно за счет личных средств в аптеках, где они продаются без рецепта врача: оральные контрацептивы (94%), спермициды (89%), презервативы и другие современные методы (79%), включая ВМС (43%). Бесплатное предоставление контрацептивов или возмещение средств, потраченных на их приобретение, в государственных учреждениях не предусмотрено.

Очевидно, что профилактика аборта, прежде всего, означает предотвращение нежелательной беременности, в то время как сам факт нежелательной беременности - это социальный, а не медицинский аспект проблемы, игнорирование или недооценка которого и приводит к необходимости ее прерывания среди сотен тысяч женщин ежегодно.

Весьма тревожным фактом является рост числа вынужденных абортов - самопроизвольных и по медицинским показаниям, что свидетельствует о снижении репродуктивного здоровья женщин, с одной стороны, и о низком качестве медицинской помощи женщинам, в том числе при досрочном завершении желанной беременности, - с другой.

Высокая частота использования метода дилатации и кюретажа (ДиК) в структуре применяемых методов завершения беременности еще больше усугубляет эту проблему и вносит свой вклад в снижение репродуктивного потенциала российских женщин.

**Цель настоящего руководства для врачей** - улучшить качество медицинской помощи женщинам при беременности и ее искусственном (по желанию, по медицинским показаниям) и самопроизвольном прерывании в I триместре в условиях амбулаторно-поликлинической службы.

## **Материал и методы**

1. Действующая законодательная и нормативно-правовая база (по данным информационно-правового портала Гарант.ру. Официальный сайт: <http://www.garant.ru/>).
2. Данные статистической отчетности Федеральной службы государственной статистики (официальный сайт: <http://www.gks.ru/>).
3. Данные статистической отчетности Минздрава России из материалов «Основные показатели здоровья матери и ребенка, деятельность службы охраны детства и родовспоможения в Российской Федерации» (М., 2015. 164 с.) и «Материнская смертность в Российской Федерации в 2014 г.» (Методическое письмо МЗ РФ от 09.10.2015, рег. № 15-4/10/2-5994).

4. Результаты исследования «Стратегическая оценка политики, программ и услуг в сфере нежелательной беременности, аборт и контрацепции в России», инициированное ВОЗ и поддержанное Минздравсоцразвития России (2009).
5. Результаты двухэтапного качественного и количественного социологического исследования «Отношение женщин России к праву на решение о рождении ребенка», в ходе которого были проведены углубленные и структурированные интервью с 1007 женщинами в возрасте 18-45 лет. Исследование было проведено в 2012 г. независимой консалтинговой компанией RI-VITA Research & Consulting по заказу Российской ассоциации «Народонаселение и развитие» (генеральный директор - Ерофеева Л.В.) в семи федеральных округах Российской Федерации среди жительниц 34 населенных пунктов страны (отчет, 2012).
6. Медикаментозное прерывание беременности в I триместре: клинические рекомендации (протокол лечения) (утв. Минздрава России 15.10.2015, рег. № 15-4/10/2-6120).
7. Выкидыш в ранние сроки беременности: диагностика и тактика ведения: клинические рекомендации (протокол лечения) (утв. Минздравом России 07.06.2016, рег. № 15-4/10/2-3482).
8. Данные ресурсов в электронных базах данных ВОЗ, Cochrane collaboration, EMBASE, PUBMED и MEDLINE, Королевской коллегии акушеров и гинекологов (RCOG) и Американского конгресса акушеров и гинекологов (ACOG).
9. Данные публикаций русскоязычных работ, поиск которых осуществлялся в электронных базах данных свободного доступа и [eLIBRARY.RU](http://eLIBRARY.RU), а также на сайте научной электронной библиотеки диссертаций и авторефератов disserCat.
10. Анализ доказательств в опубликованных метаанализах и систематических обзорах. Оценка значимости рекомендаций осуществлялась в соответствии с классификацией уровней достоверности и доказательности рекомендаций (рейтинговой схемой), которые были распределены по градациям на основании рекомендаций **RCOG** (см. табл.).

Таблица

### Градация достоверности рекомендаций и убедительности доказательств

Градация достоверности рекомендаций	Уровень убедительности доказательств	Вид исследования
А	1a 1b	Систематический обзор рандомизированных контролируемых исследований (испытаний) (РКИ).
		Отдельное рандомизированное контролируемое исследование
В	2a 2b	Систематический обзор когортных исследований.
		Отдельное когортное исследование

Источник KingMed.info

	3a 3b	Систематический обзор исследований «случай-контроль». Отдельное исследование «случай-контроль»
C	4	Исследование серии случаев
D	5	Мнение эксперта, не подвергавшееся прицельной критической оценке либо основанное на физиологии, результатах пробного исследования или на «основных принципах»

# **Глава 1. СОВРЕМЕННАЯ ПАРАДИГМА ИСКУССТВЕННОГО ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ**

## **1.1. КЮРЕТКУ - В МУЗЕЙ!**

### **СОЦИАЛЬНЫЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ И МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ ДОСРОЧНОГО ЗАВЕРШЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ**

Сегодня перед медицинскими и общественными организациями стоят непростые, но очень актуальные для России задачи, среди которых, в частности, разъяснение идеологии репродуктивного выбора и сути репродуктивных прав, просветительная работа среди населения, организация полового воспитания и образования молодежи, повышение квалификации медицинских работников, улучшение качества медицинской помощи по профилактике нежелательной беременности и безопасному ее прерыванию и в конечном счете улучшение репродуктивного здоровья населения.

Научные исследования по регуляции рождаемости позволили установить тесную взаимосвязь между репродуктивным поведением женщины и состоянием ее здоровья. При этом, если раньше репродуктивный выбор ограничивался только правом на аборт, сегодня он включает право на беременность и материнство, право на контрацепцию и стерилизацию.

В материалах общественных организаций подчеркивается необходимость приведения в соответствие с международными нормами понятия «репродуктивный выбор», который предполагает предпочтение материнства как наиболее рационального, заложенного природой репродуктивного поведения женщины либо предупреждение нежелательной беременности, отражающей социально-экономическое положение женщины в современных условиях.

Прерывание нежелательной беременности должно стать исключительно редким явлением, лишь в случае контрацептивных «неудач», причем оно должно быть безопасным.

Распространенность и динамика абортов, уровень материнской смертности (МС) после абортов являются показателями эффективности государственных мер по охране репродуктивного здоровья и здоровья населения в целом.

При этом сформировалось мнение о влиянии абортов на демографические показатели, и все действия власти и социальных институтов направлены на снижение их количества, в основном за счет ограничительных мер.

По данным Г.М. Бурдули, О.Г. Фроловой (2008), репродуктивное поведение женщины определяют социально-экономические (33%), медико-организационные (32%), социально-когнитивные (22%), медико-биологические (10%) и семейные факторы

Источник KingMed.info

(5%), то есть основная доля факторов, влияющих на репродуктивный выбор (РВ) женщины, - это социальная составляющая.

Это мнение подтверждается анализом результатов социологического исследования «Отношение женщин России к праву на решение о рождении ребенка» (2012), в котором были определены мотивы отказа от беременности и деторождения. Основной из них - отсутствие денежных средств (71%). Следующие по значимости мотивы: социальная неустроенность (48%), отсутствие надежного партнера (46%), неуверенность в своем будущем (45%). Желание женщины заниматься карьерой и на время отложить рождение ребенка получили равное количество ответов - по 21%. Воздержались бы от деторождения из-за опасения родить больного ребенка 20% женщин, из-за угрозы жизни и здоровью женщины при беременности и родах - 16%, из-за пьянства и наркомании - 19 и 15% соответственно, а также из-за осуждения матерей-одиночек родственниками - 11% и обществом - 10% или по причине опасения за свое будущее при появлении ребенка - 10%.

Большинство респондентов считают основными мотивами сохранения беременности материальное положение (59%) и поддержку со стороны мужа/партнера (53%), а также семьи и близких родственников (38%). Для 31% женщин значимым мотивом является поддержка со стороны государства.

Специалистами института Гуттмахера было показано, что уровень экономической безопасности страны связан с количеством выполняемых аборт, а бедность является фактором риска наступления нежелательной беременности и ее прерывания. Так, 69% аборт делают женщины, чьи доходы оцениваются на уровне бедности и ниже, а показатель аборт среди них составляет 54 случая на 1000 женщин в возрасте 15-44 лет.

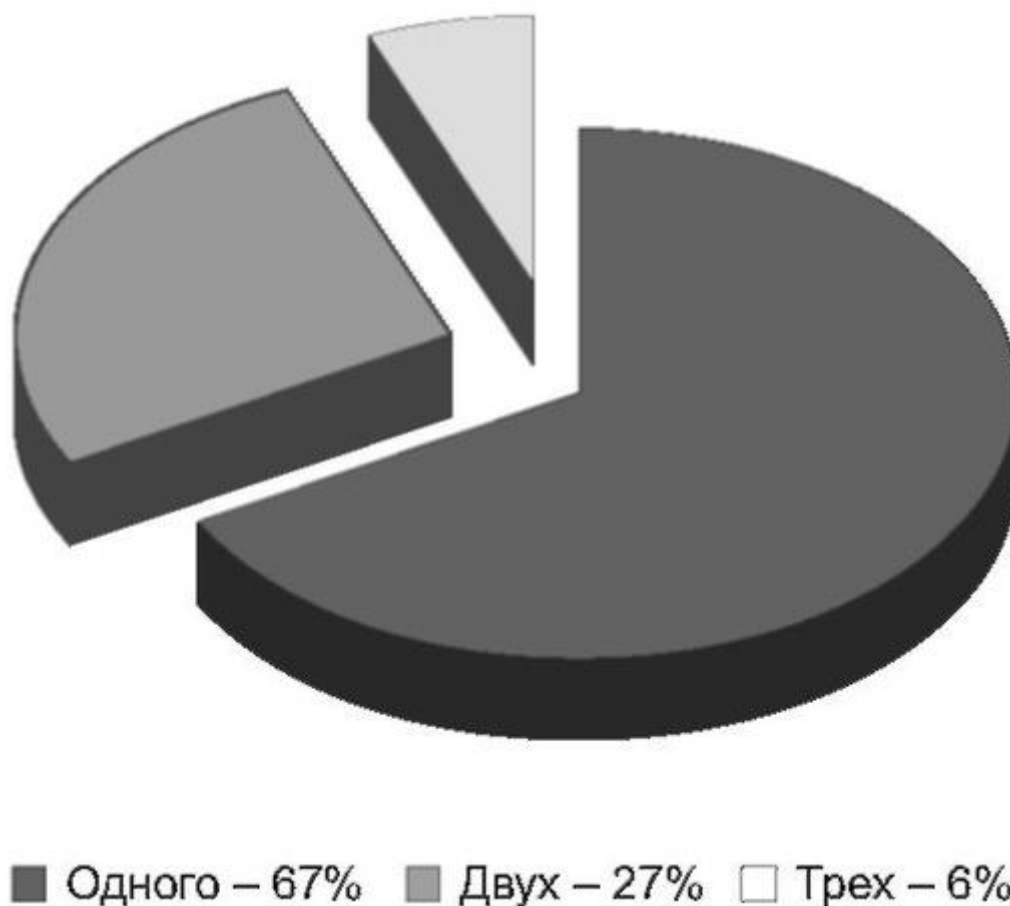
За годы рыночных реформ 1990-х гг. реальные доходы населения России снизились более чем в 2 раза, до показателей 1960-70-х гг., при

этом произошло ухудшение большинства показателей уровня и качества жизни. По данным института социологии РАН (2011), 59% населения России относятся к категории бедных и малоимущих (Горшков М., 2011). По данным за I квартал 2015 г., количество бедных составило 15,9% (22,9 млн человек) (с доходом ниже прожиточного минимума - 9662 руб. в месяц), малоимущих - 44% (63,4 млн человек) (с доходом меньше социально приемлемого потребительского бюджета, то есть менее 25 тыс. руб.) (Росстат, 11.06.2015). Около 64% семей с детьми являются малоимущими. Семьи, где несовершеннолетних детей трое или больше, имеют практически 50% вероятность попасть в число малообеспеченных или просто нищих [Российская газета от 25.10.2015 № 6109 (133)].

Осознавая в полной мере неблагополучие, сложившееся в демографической сфере, правительство принимает беспрецедентные меры по стимулированию рождаемости,

Источник KingMed.info

поддержки семей с детьми и снижению количества аборт. По мнению Президента, «главный путь преодоления демографического кризиса - это радикальное увеличение количества семей с тремя детьми и более» (послание Президента РФ Федеральному собранию от 30.11.2010). В то же время анализ репродуктивных планов населения (рис. 1.1) демонстрирует установку на малодетность, что определяется социально-экономическим состоянием, которое оказывает влияние на жизненные приоритеты граждан, вектор которых направлен на повышение материального благополучия и не совпадает с рождением большого количества детей (Население и общество, 2013).



**Рис. 1.1.** Репродуктивные планы населения России: желание респондентов иметь соответствующее количество детей в семье (по данным электронной версии бюллетеня «Население и общество», 2013. <http://www.polit.ru>)

В отличие от развитых стран, где частота нежелательной беременности составляет в среднем 20% всех наступивших беременностей, в нашей стране их в 1,5 раза больше - 30%, и, таким образом, нежелательная беременность и ее предотвращение (а не аборт!) продолжает оставаться серьезной социальной проблемой.

Источник KingMed.info

Именно недооценка (или даже игнорирование) социальных аспектов этого вопроса приводит к сохранению необходимости прерывания беременности среди сотен тысяч женщин ежегодно.

Именно поэтому остаются актуальными вопросы социальной поддержки населения, медицинской помощи при аборте и его профилактике, обеспечения безопасности за счет внедрения прогрессивных стандартов оказания помощи, включая эффективное консультирование и информирование, психологическую помощь, применение современных (преимущественно неинвазивных) технологий прерывания беременности.

Однако если с социальной точки зрения проблемой является количество абортов, то с медицинской ее суть заключается совсем в другом, а именно в частоте осложнений, особенно тяжелых, которые являются причиной МС и нарушений репродуктивной функции женщины в будущем.

В связи с этим мировая медицинская общественность выделяет два вида абортов - безопасный и небезопасный.

Постановлением специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН (июнь 1995 г., п. 8.25) было принято положение: «В условиях, при которых аборт не противоречит законодательству, выполнение аборта должно быть безопасным».

Серьезную тревогу вызывает рост самопроизвольных абортов с 11,2% общего количества абортов в 2005 г. до 28,9% в 2014 г. (в абсолютном выражении - с 168 140 до 234 859 случаев) и абортов по медицинским показаниям, которые составили 2,7 и 3,6% в структуре абортов в 2010 и 2014 гг. соответственно (рост с 28 474 до 29 554 случаев).

Парадоксальной можно назвать ситуацию в России с МС от абортов: женщины умирают не от прерывания нежелательной беременности небезопасным абортом (НБА) [аборты в нашей стране разрешены; случаев МС в 2014 г. в I триместре при медицинском (легальном) аборте не зарегистрировано], а, наоборот, при желанной беременности - при самопроизвольном ее прерывании и при абортах по медицинским показаниям. Доля их в структуре МС после абортов в 2014 г. составила 43,3% (2013 г. - 30,8%) и 33,3% (в 2013 г. - 34,6%) соответственно и превысила долю криминальных и неуточненных абортов вместе взятых - суммарно 23,3% (в 2013 г. - 23,1%).

Однако если при самопроизвольном аборте это может быть обусловлено объективными причинами (поздним обращением за медицинской помощью), то при аборте по медицинским показаниям смерть наступает в лечебном учреждении при аборте, индуцированном врачом. В связи с этим на первое место выступает необходимость принятия срочных организационных мер для повышения качества



Источник KingMed.info

медицинской помощи женщинам при желанной беременности и вынужденных абортах.

Новая парадигма искусственного прерывания беременности (ИПБ) состоит в том, что социальные проблемы аборт, связанные с их количеством, надо решать средствами социальной защиты и поддержки женщин и семей, а медицинские - путем улучшения качества оказания медицинской помощи женщинам при контрацепции, беременности и аборте.

Учитывая наличие установленной связи между ДиК и риском невынашивания и недонашивания последующих беременностей (Ib), в качестве их первичной профилактики рекомендуется ограничение повторных хирургических внутриматочных манипуляций - лечебно-диагностического выскабливания матки при гинекологических заболеваниях и кюретажа во время аборта, о чем также следует помнить при выборе метода опорожнения полости матки при самопроизвольном выкидыше и особенно при неразвивающейся беременности (НрБ) (уровень доказательности А).

Аборт должен стать безопасной процедурой, что может быть достигнуто использованием современных методов прерывания беременности, к которым относятся: в I триместре (до 12 нед) - вакуумная аспирация (ВА) и медикаментозный аборт (МА) (уровень доказательности А), в II триместре (13-22 нед) - дилатация и эвакуация (ДЭ) или медикаментозный метод (уровень доказательности В).

В России аборты, выполненные относительно щадящим малоинвазивным методом ВА, составляют всего 19,9% (2014), а медикаментозных аборт, самых безопасных на сегодняшний день, зарегистрировано в 2014 г. всего 81 854, или 16% медицинских (легальных). Самый распространенный метод в России - выскабливание, или ДиК (64,1%) (при общем числе аборт в ранние сроки до 12 нед - 511 799), который эксперты ВОЗ допускают только в исключительных случаях, когда нет возможности применить более щадящие методы.

Необходимо отметить, что, несмотря на определенные ограничения распространения современных методов прерывания беременности, обусловленные недостатками нормативно-правовой базы по этому вопросу в предыдущие годы, в целом динамика замены устаревших методов современными является положительной. Так, если сравнивать частоту используемых методов в 2006 и 2014 гг., то применение МА увеличилось в 10 раз, а ДиК - снизилось на 4% (табл. 1.1).

**Таблица 1.1 Динамика и структура использования методов прерывания беременности в I триместре (по данным Минздрава России), %**

Метод	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2014 г.
Медикаментозный	1,5	2,2	3,3	3,9	4,8	6,2	8,2	12,3	16,0
ВА (мини-аборт)	30,3	29,0	28,1	27,1	25,5	24,6	22,9	22,4	19,9
ДиК	68,2	68,8	68,6	69,0	69,7	69,2	68,9	65,3	64,1

Однако налицо другой парадокс российской медицины: один безопасный метод заменяет другой (снижение доли ВА с 30,3% в 2006 г. до 19,9% в 2014 г.), при этом доля кюретажа, потенциально травматичного метода, остается практически неизменной.

Вместе с тем отмечается существенный разброс показателя применения МА в различных регионах, даже в пределах одного федерального округа: в Калининградской области - 0,17% и 23,46% - в Санкт-Петербурге, в Москве - 2,18% и 22,57% - в Брянской области, Красноярском крае - 0,2% и 19,04% - в Кемеровской области (по данным за 2011 г.), что отражает неоднозначный подход руководства регионов к данному вопросу. В 53 территориях метод МА применяется еще реже, чем в целом по России.

«Государственные учреждения здравоохранения продолжают выполнять аборт хирургическим методом, несмотря на его вредные последствия для репродуктивного здоровья», - констатирует Минздрав России [Медикаментозный аборт: клинические рекомендации (протокол лечения). М., 2015].

В чем же причина столь высокой приверженности потенциально опасному методу ДиК? На наш взгляд, их две: во-первых, это особенности организации медицинской помощи женщинам при нежелательной беременности, ставшие привычными, рутинными, отказ от которых требует определенных усилий и во многом зависит от лиц, принимающих решения, и, во-вторых, отрицание безопасности прерывания беременности любыми методами («Безопасного аборта не бывает!», «В России все аборты опасны!» и т.д.).

В то же время ведущие эксперты страны академики Г.М. Савельева, Г.Т. Сухих, В.Н. Серов, В.Е. Радзинский однозначно высказали свою позицию по этому вопросу на страницах национального руководства «Акушерство» (2015):

«Дилатация и кюретаж для прерывания беременности в сроках до 12 нед в настоящее время НЕ рекомендованы к использованию... и подлежат исключению из повседневной клинической практики» (стр. 968).

Отсюда вытекают и два пути решения этой проблемы - наступить на горло собственным убеждениям («Если вы хотите изменить что-то малое в своей жизни, тогда измените свое отношение, если вы хотите больших перемен, тогда вам нужно изменить свое мышление». А. Эйнштейн) и привести в соответствие нормы законодательства с практикой лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) («Если этому быть - это зависит от меня». С. Комаров).

Материалы ВОЗ, международных и отечественных профессиональных сообществ [Королевское общество акушеров и гинекологов (RCOG), Американский конгресс

Источник KingMed.info

акушеров и гинекологов (ACOG), Национальная федерация по абортam (NAF, США), Российское общество акушеров-гинекологов (РОАГ), Междисциплинарная ассоциация специалистов репродуктивной медицины (МАРС)], а также мировой опыт использования современных протоколов МА дают основания для более широкого применения метода в клинической практике. Опыт ряда регионов России подтверждает, что доступность безопасного аборта не приводит к увеличению количества абортов, а частота осложнений и случаев МС значительно снижается.

## **ОТКАЗ ОТ МЕТОДА ДИЛАТАЦИИ И КЮРЕТАЖА КАК МЕРА ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ НЕВЫНАШИВАНИЯ И НЕДОНАШИВАНИЯ ПОСЛЕДУЮЩЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ - НЕИСПОЛЬЗОВАННЫЙ РЕСУРС**

Травматизация шейки матки при аборте в последующем может стать причиной невынашивания беременности - выкидышей или преждевременных родов (ПР) - из-за деформации шейки и нарушения нормальной родовой деятельности.

Истмико-цервикальная недостаточность (ИЦН) является известной причиной поздних абортов и ПР. В работе Mourali M. et al. (2012) диагноз ИЦН был поставлен в исходе поздних абортов и ПР соответственно у 46,2 и 31,1% пациентов в изученной серии наблюдений.

ИЦН после дилатации шейки матки при искусственном прерывании беременности в I триместре была оценена в исследовании среди 104 пациентов и найдена у 12,5% женщин, у которых шейка подвергалась механическому расширению до 9 мм, и в 66,7%, если расширение достигло 11 мм. Никакой разницы между рожавшими женщинами и нерожавшими не было найдено (Molin A., 1993).

В работе Skandhan A.K.P. et al. (2013) указывается на повышение риска ПР у женщин с историей искусственных и особенно спонтанных абортов.

Хотя ИЦН является фактором риска, однако отмечается она лишь в 0,1-2% всех беременностей и является причиной недоношенности в 10% всех случаев (Forster F.M., 1967). Женщины, которые имели несколько абортов в II триместре беременности, имеют более высокий уровень ИЦН вследствие более длительной процедуры и необходимости значительного расширения шейки матки (Lembrych S.Z., 1981).

В исследовании ЕВРОПОП («случай-контроль»), включавшем 2938 ПР и 4781 срочных родов в 10 европейских странах, показано увеличение риска ПР после одного аборта и более в анамнезе с относительным риском (ОР) 1,25 [95% доверительный интервал (ДИ) - 1,03-1,48] и 1,51 (95% ДИ - 1,21-1,75) соответственно (Ib) (Ancel P.Y. et al., 2004).

Сообщение о масштабном исследовании в Шотландии, в котором приняли участие все клиники страны (732 719 женщин, родивших в период 1980-2008 гг.), свидетельствует о влиянии самопроизвольного выкидыша (СПВ) на частоту ПР в последующем независимо от других причин [скорректированное отношение шансов (ОШ) - 1,26; 95% ДИ - 1,22-1,29] (Oliver-Williams C. et al., 2015). Женщины, имеющие три СПВ и более в анамнезе имели наибольший риск ПР (ОШ - 2,14; 95% ДИ - 1,93-2,38) (4-С). Связь между СПВ и ПР уменьшилась с 1980 по 2008 г., что, как объясняют авторы, обусловлено изменением соотношения используемых для опорожнения полости матки методов для завершения неполного выкидыша в пользу медикаментозного.

Метаанализ когортных исследований и «случай-контроль» (всего 16; n=982 579) (Swingle H.M. et al., 2009) продемонстрировал, что риск ПР был незначительно выше после одного ИПБ (не во всех исследованиях сообщался метод выполнения аборта) - 1,25 (95% ДИ - 1,03-1,48) и повышался до 1,51 (95% ДИ - 1,21-1,75) после двух и более. Та же тенденция, но более выраженная, отмечена для СПВ: одного - 1,43 (95% ДИ - 1,05-1,66) и двух и более - 2,27 (95% ДИ - 1,98-2,81) (IIa). Авторы предупреждают, что ввиду возможной необъективности в первичных исследованиях и неоднородности данных в количественном выражении интерпретировать эти выводы нужно с осторожностью.

В то же время в руководстве ВОЗ (2012) со ссылкой на первоисточники и обзоре RCOG (2009) отмечается, что исследования не выявили негативного влияния ИПБ в I триместре, выполненного современными методами, на течение последующих беременностей: ВА не была связана с повышенным риском предлежания плаценты (ПП) (ОШ - 0,9; 95% ДИ - 0,6-1,5) (IIIb) (Johnson L.G. et al., 2003), указывается на отсутствие повышения риска ПР при выполнении ВА в ранние сроки, не обнаружено связи между абортom и низкой массой тела новорожденного, которые не отличаются от показателей при использовании метода МА. Не было найдено доказательств увеличения риска при МА внематочной беременности (ОШ - 1,04; 95% ДИ - 0,76-1,41), СПВ (ОШ - 0,87; 95% ДИ - 0,72-1,05), ПР (ОШ - 0,88; 95% ДИ - 0,66-1,18) или низкой массы тела новорожденного при рождении (ОШ - 0,82; 95% ДИ - 0,61-1,11 - в одном исследовании и 1,0; 95% ДИ - 0,6-1,7 - в другом) независимо от гестационного срока (IIIb, IV) (Parazzini F., Cipriani S. et al. 2007; Bhattacharya S. et al., 2012; Virk J. et al., 2007). Отмечен несколько более высокий риск ПР при ВА по сравнению с МА (ОШ - 1,25; 95% ДИ - 1,07-1,45), если имелась необходимость в расширении шейки матки более 10 мм и если предварительно не использовались средства для ее подготовки, при отсутствии влияния двух, трех и четырех последовательных абортom - 0,94 (95% ДИ - 0,81-1,10), 1,06 (95% ДИ - 0,76-1,47) и 0,92 (95% ДИ - 0,53-1,61) соответственно (3b-B) (Bhattacharya S. et al., 2012).

Источник KingMed.info

Метаанализ скорректированных оценок риска в 37 исследованиях с низким или умеренным риском систематической ошибки подтвердил повышение риска низкой массы тела новорожденного - 1,35 (95% ДИ - 1,20-1,52) и недоношенности - 1,36 (95% ДИ - 1,24-1,50), но не малой для гестационного возраста массы - 0,87 (95% ДИ - 0,69-1,09). Риск увеличивался при двух абортах и более (1,72; 95% ДИ - 1,45-2,04 и 1,93; 95% ДИ - 1,28-2,71 соответственно) (IIIa) (Shah P.S. et al., 2009).

Риск ПП (486 женщин с беременностью, осложненной ПП, и 1598 - случайным образом выбранных без ПП) был ассоциирован с одним ИПБ или более (ОШ - 1,28; 95% ДИ - 1,00-1,63) одним или несколькими СПВ (ОШ - 1,30; 95% ДИ - 1,01-1,66) (IV) (Swingle H.M. et al., 2009). Риск возрастает по мере увеличения числа выскабливаний (ОР - 2,9; 95% ДИ - 1,0-8,5) (IIIb) (Taylor V.M. et al., 1993).

В одном отечественном исследовании (Колесникова О.М., 2013) указывается на более высокий риск у женщин, имевших в анамнезе кюретаж по сравнению с МА: аномалий родовой деятельности - 21,9 и 11,5% ( $p < 0,05$ ) и абдоминального родоразрешения - 29,2 и 18,4% ( $p < 0,05$ ). Однако доказательная сила данного исследования низкая (IV).

В то же время при использовании ВА или МА для прерывания беременности частота отдаленных последствий, в том числе влияние на реализацию последующих беременностей, не отличается от таковой по сравнению с женщинами, никогда не делавшими аборт (Safe abortion: technical and policy guidance for health systems Second edition Share Print. WHO, 2012. Retrieved from: <http://www.who.int/>).

Таким образом, учитывая наличие установленной связи между ДиК и риском недонашивания и невынашивания последующих беременностей, в качестве их первичной профилактики рекомендуется ограничение повторных хирургических внутриматочных манипуляций - лечебно-диагностического выскабливания матки или кюретажа во время аборта (Ia, уровень доказательности A). Рекомендуется использование малоинвазивных (ВА) или неинвазивных (МА) методов.

## **НОРМАТИВНО-ПРАВОВАЯ БАЗА ОТКАЗА ОТ МЕТОДА ДИЛАТАЦИИ И КЮРЕТАЖА И ЗАМЕНЫ ЕГО СОВРЕМЕННЫМИ МЕТОДАМИ (ВАКУУМНОЙ АСПИРАЦИЕЙ И МЕДИКАМЕНТОЗНЫМ АБОРТОМ)**

Согласно п. 107 приказа Минздрава России от 12.11.2012 № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология" (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)», действие которого распространяется на медицинские организации, оказывающие акушерско-гинекологическую медицинскую помощь, независимо от форм собственности, ИПБ в зависимости от срока беременности, показаний и противопоказаний может быть проведено с использованием медикаментозного или хирургического метода на основании информированного добровольного согласия (ИДС) женщины.

Источник KingMed.info

При медикаментозном методе прерывания беременности используются лекарственные средства, зарегистрированные на территории Российской Федерации, в соответствии с инструкциями по медицинскому применению препаратов.

При использовании хирургического метода ИПБ рекомендуется ВА.

Клинический протокол Минздрава России «Медикаментозное прерывание беременности в I триместре» (утв. Минздравом России 05.06.2015 № 15-4/10/2-2709) содержит следующую рекомендацию: дилатация шейки матки и кюретаж признаны устаревшими методами хирургического аборта и НЕ рекомендованы для применения в клинической практике при прерывании беременности до 12 нед (стр. 10).

В последнем издании «Акушерство: Национальное руководство» (под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, В.Н. Серова, В.Е. Радзинского. 2-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. 1200 с.) в разделе 56.3 «Методы прерывания беременности» содержатся следующие рекомендации: отказ от использования дилатации шейки матки и кюретажа - это один из методов первичной профилактики ПР (стр. 962); ДИК для прерывания беременности на сроке до 12 нед в настоящее время не рекомендованы к использованию международными экспертами и приказом Минздрава России № 572н и подлежат исключению из повседневной клинической практики (стр. 968).

В информационном письме Российского общества акушеров-гинекологов указывается: «Скорейшее внедрение наиболее безопасных методов прерывания нежелательной беременности, а также внутри-маточных вмешательств, выполняемых с лечебно-диагностической целью, является чрезвычайно актуальным. Специалисты единодушны в своих выводах: современные методы прерывания беременности - мануальная вакуумная аспирация и медикаментозный аборт могут быть отнесены к малоинвазивным, безопасным вмешательствам, эффективность их достигает 100 и 96-98% соответственно и сопровождается минимальными побочными эффектами и осложнениями, частота которых в 1,5-2,8 раза ниже, чем при традиционных методах искусственного аборта с использованием кюретки».

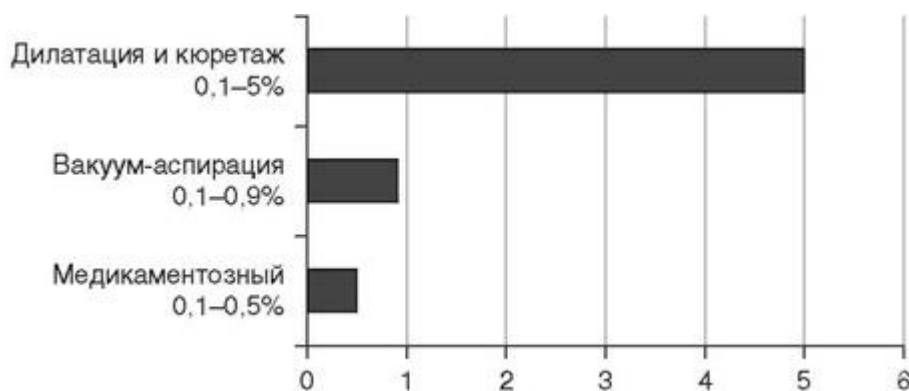
Приложение 3 к Порядку оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология" (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий) (утв. приказом Минздрава России от 01.11.2012 № 572н) содержит стандарт оснащения женской консультации (табл. 1.2):

Таблица 1.2

### Малая операционная (фрагмент)

13	Аспиратор (насос отсасывающий) (помпа) хирургический
14	Вакуум-аспиратор мануальный

**Обоснованный риск** (связан с профессиональной деятельностью) - это правомерное поведение (действие или бездействие) лица, направленное на достижение цели, при осуществлении которой имеется вероятность наступления неблагоприятных последствий, если указанная цель не могла быть достигнута иными действиями и лицо, допустившее риск, предприняло достаточные меры для предотвращения вреда. ДиК - **необоснованный риск** осложнений после аборта (на примере воспалительных заболеваний).



**Сравнительная** частота острых инфекционных осложнений после хирургического и медикаментозного аборта

Chan Y.F., Ho P.C., Ma H.K. Contraception. 1993. Vol. 47. N. 1. P. 85-95; Gary M.M., Harrison D.J., 2006; RCOG, 2011

**Комментарии.** Метод дилатации шейки матки и кюретаж приводят к возникновению воспалительных осложнений после аборта в 10 раз чаще, чем медикаментозный. При его использовании и возникновении осложнений врач, отказавшийся от реализации данной правовой нормы (цель могла быть достигнута иными действиями, и лицо, допустившее риск, не предприняло достаточные меры для предотвращения вреда), несет риск того, что при возникновении спорной ситуации с контролирующим органом или при обращении пациентки в судебные органы его позиция не будет поддержана судом

Таким образом, **метод ДиК** для прерывания беременности в I триместре в настоящее время не рекомендуется, подлежит исключению из повседневной клинической практики и **не должен применяться ни в амбулаторной практике, ни в стационаре**. Использование современных методов - ВА и МА - в первичной профилактике досрочного завершения беременности пока является неиспользованным резервом.

**НОРМАТИВНО-ПРАВОВАЯ БАЗА И КЛИНИЧЕСКАЯ ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ВНЕДРЕНИЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО АБОРТА В СИСТЕМУ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

Согласно ст. 80 Федерального закона № 323-ФЗ «Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи» (в ред. от 03.07.2016) (далее - Программа) в рамках Программы предоставляются первичная медико-санитарная помощь и специализированная медицинская помощь, частью которых является ИПБ. При этом при оказании медицинской помощи в дневных стационарах и стационарах осуществляется обеспечение граждан лекарственными препаратами для медицинского применения, включенными в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов в соответствии с Федеральным законом от 12.04.2010 № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств». Программа формируется с учетом порядков оказания медицинской помощи и на основе стандартов медицинской помощи.

Согласно Постановлению Правительства РФ от 19.12.2016 № 1403 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 г. и на плановый период 2018 и 2019 гг.» в Перечень заболеваний и состояний, оказание медицинской помощи при которых осуществляется бесплатно, и категории граждан, оказание медицинской помощи которым осуществляется бесплатно, включены беременность, роды, послеродовой период и аборт, при этом медицинская помощь осуществляется за счет средств ОМС.

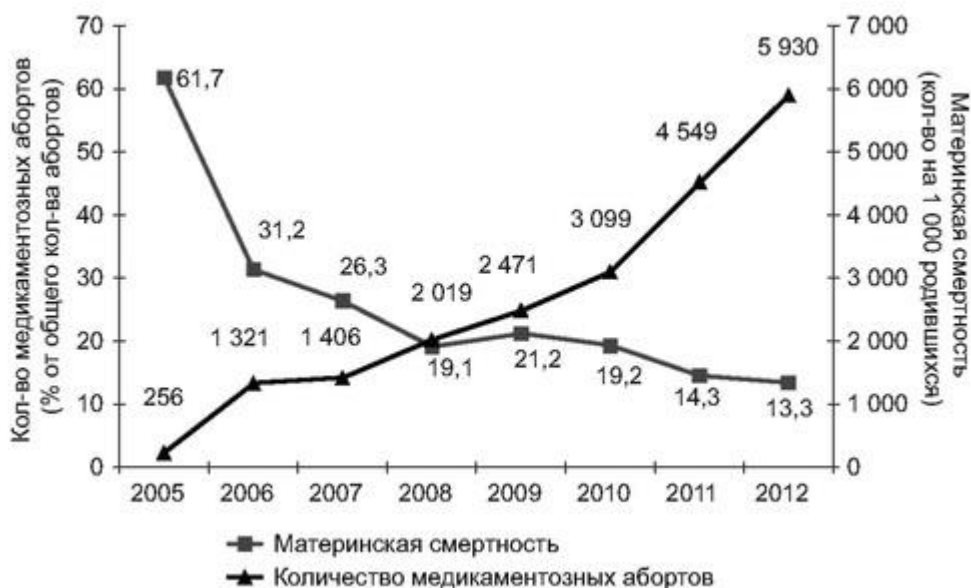
Территориальные программы при условии выполнения финансовых нормативов, установленных программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, могут содержать дополнительные виды и условия оказания медицинской помощи, а также дополнительные объемы медицинской помощи, в том числе предусматривающие возможность превышения усредненных показателей, установленных стандартами медицинской помощи.

В Кемеровской области МА был включен в Территориальную программу государственных гарантий бесплатной медицинской помощи в 2009 г. (Артымук Н.В., 2013). С этого момента увеличилась доля абортов, проведенных с использованием данного метода, при продолжающейся тенденции снижения их общего количества. В последнее время наблюдается увеличение доли МА, выполняемых по Программе ОМС, и в 2013 г. они составили 38% общего количества искусственных абортов. Профессор Н.В. Артымук отмечает существенное снижение криминальных абортов и МС, наблюдаемое одновременно с увеличением доли МА (рис. 1.2). Снижение количества криминальных абортов является весьма показательным: в 2009 г., когда аборт были включены в Программу госгарантий, по отношению к 2008 г. снижение произошло в 3,75 раза (12 случаев по отношению к 45 случаям соответственно), а к 2012 г. - в 15 раз (три случая). МС за этот же период снизилась на 30,4% (в России - на 7,9% за 2006-2012 гг.).

Таким образом, доступность безопасных методов прерывания беременности способствует снижению материнских потерь, преимущественно за счет уменьшения



уровня криминальных аборт, и не влияет на общую тенденцию снижения уровня аборт.



**Рис. 1.2.** Динамика медикаментозных аборт и материнской смертности в Кемеровской области [из доклада Артымук Н.В. «Медикаментозный аборт в России (на примере опыта внедрения в Кемеровской области)» на XIV Всероссийском научном форуме «Мать и дитя». Москва, 25.09.2013] (с разрешения автора)

С 2009 по 2012 г. в Кемеровской области, в соответствии с региональным протоколом, для МА использовалась дозировка мифепристона от 200 до 600 мг. В настоящее время дозу препарата привели в соответствие с рекомендациями ВОЗ - 200 мг, поскольку масштабные исследования и результаты метаанализов подтвердили сходную эффективность различных дозировок препарата (четыре рандомизированных исследования, ОР=1,07 (95% ДИ: 0,87-1,32), что было подтверждено и результатами эффективности практического использования различных доз в Кемеровской области (при этом эффективность МА при использовании мифепристона в дозе 200 мг составила 97,6%, 400 мг - 97,1%, 600 мг - 96,0%). Согласно имеющимся данным, МА на территории Кемеровской области проходят с небольшим количеством осложнений; эффективность метода составляет 97,6% (доля неполных аборт - всего в 2,4% случаев).

Обучение, накопление опыта и адекватная оценка результатов аборт способствуют снижению количества осложнений, о чем свидетельствует опыт женской консультации № 22 г. Санкт-Петербурга по использованию современной схемы МА в ранние сроки (до 63 дней аменореи) в амбулаторных условиях (Дикке Г.Б. и др., 2012). В исследовании изучены результаты (эффективность и осложнения) прерывания беременности у 11 542 женщин репродуктивного возраста, которым был выполнен аборт методом ВА (57,2%) и МА с использованием 600 и 200 мг мифепристона в

Источник KingMed.info

комбинации с мизопростолом (42,8%). Показано, что количество осложнений после МА (0,9%) в 2011 г. было меньше по сравнению с ВА (1,5%) в том же году.

Уменьшение дозы мифепристона с 600 до 200 мг не влияет на эффективность МА и количество осложнений, а повышение качества его выполнения ведет к уменьшению осложнений (с 10,1% в 2003 г. до 0,9% в 2011 г. соответственно). Показано, что проведение оценки эффективности МА в контрольные сроки (на 14-е сутки) возможно с использованием определения  $\beta$ -ХГЧ количественным методом вместо рутинного ультразвукового исследования (УЗИ).

По данным международных исследований, при МА положительный эффект достигается в среднем в 96-98% случаев, а частота осложнений не превышает 5%, при этом ревизия полости матки требуется примерно в 3% случаев (Safe abortion <...>, 2012; Kulier R et al., 2009; Плотко Е.Э., 2013).

Изучение риска инфекционных осложнений у первобеременных (Плотко Е.Э., 2013) показало, что при хирургическом прерывании первой беременности он был в 2,7 раза выше по сравнению с повторно-беременными (ОШ - 6,9; 95% ДИ - 3,4-13,9), напротив, при использовании медикаментозного метода риск был практически одинаковым и составил 0,86 (ОШ - 0,71; 95% ДИ - 0,3-1,8). Это обстоятельство следует учитывать при выборе метода прерывания беременности у первобеременных.

В резолюции Международного конгресса «Ранние сроки беременности» (Москва, 26-28.05.2011) по проблеме «Медикаментозный аборт. Современные схемы прерывания беременности, рекомендованные ВОЗ» указывается: «В целях обеспечения выполнения государственных гарантий по бесплатному оказанию медицинской помощи женщинам при прерывании беременности и доступности аборта в амбулаторных условиях, в соответствии с рекомендациями ВОЗ, обязать территориальные фонды ОМС внести в соответствующие нормативные документы пункт о финансировании услуги МА, включая лекарственное обеспечение указанной процедуры, в сроках до 63 дней аменореи. Настоящая услуга должна стать доступной всем категориям женщин независимо от возраста, семейного положения, расовой или национальной принадлежности, регистрации или иных ограничивающих права женщины условий. Право выбора метода прерывания беременности должно быть предоставлено самой женщине».

Опыт Республики Бурятия, Сахалинской, Свердловской, Кемеровской, Тюменской и некоторых других областей, где данный метод внедрен в амбулаторную практику и обеспечивается из фондов ОМС, показывает пример государственного подхода к решению проблемы.

На симпозиуме, состоявшемся в рамках конференции «Инфекции и инфекционный контроль» (М., 2014), большинством выступающих главных специалистов было высказано мнение о необходимости перехода к цивилизованным методам

прерывания беременности и отмечены барьеры, которые препятствуют этому переходу.

Согласно рекомендациям ВОЗ, предпочтительными методами выполнения аборта в II триместре (13-22 нед) являются ДЭ и МА. Современные схемы МА в II триместре (после 12 полных недель) предусматривают введение 200 мг мифепристона внутрь и через 36-48 ч - 400 мкг мизопростола внутрь или 800 мкг во влагалище и далее через каждые 3 ч не более 4 доз (Safe abortion <...>, 2012). В сравнении с современными режимами МА и ДЭ ни по показателям приемлемости, ни по уровню удовлетворенности и частоте осложнений статистически значимых различий выявлено не было. Так, частота кровотечения составляет 0,7%, разрывов шейки матки - 0,1-0,2%, разрыва матки - 0,1%, инфекции - 2,6% (Гемзель-Даниэлссон К. и др., 2008; Гроссман Д. и др., 2008).

Эффективность МА для прерывания беременности в II триместре была изучена в клинических протоколах ВОЗ (Safe abortion <...>, 2012). Было показано, что эффективность предлагаемых схем составляет не менее 98%, необходимость в хирургическом удалении плаценты возникала не чаще чем в 10% случаев в отличие от интраамниального введения гипертонических растворов, когда эту манипуляцию приходилось выполнять в 100% случаев.

Об успешном использовании мифепристона для прерывания беременности в II триместре при наличии пороков развития плода или его внутриутробной гибели неоднократно докладывала и публиковала результаты своих исследований Т.Н. Мельник (2007, 2009). Ею было показано, что наиболее эффективной является комбинация мифепристона с мизопростолом, которая позволяет добиться прерывания беременности в течение 24 ч практически в 100% случаев при минимуме осложнений.

Опыт МА в II триместре, представленный заведующей отделением Орловского областного перинатального центра Л.А. Крыловой (всего 357 прерываний беременности с 2007 г.) (Крылова Л.А., 2013), демонстрирует отсутствие таких осложнений, как разрыв матки, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, разрыв шейки матки, кровопотеря, превышающая 0,5% массы тела, и инфекционные осложнения. Не наблюдалось также ни одного случая МС в течение 7 лет. У пяти женщин диагностирована гематометра, потребовавшая ВА (1,4%), и трем пациенткам выполнен инструментальный контроль стенок полости матки после отделения и выделения последа (0,8%). Антибактериальную терапию с профилактической целью назначали 15,6% женщин групп риска по инфекционным осложнениям.

За 6 мес 2013 г. МА внедрен в три ЛПУ г. Уфы (Сахаутдинова И.В., 2013). Профессор И.В. Сахаутдинова отмечает, что за это время выполнено 17 вмешательств, из них

восемь пациенток - с ВПР плода, четыре - с антенатальной гибелью плода и пять - с поздними самопроизвольными выкидышами в сроках 15-20 нед. Кровопотеря составила физиологически допустимый объем - от 90 до 250 мл; гипотоническое кровотечение было зафиксировано в одном случае, повреждение шейки матки не наблюдалось, не отмечено также случаев септических осложнений. У 12 пациенток были диагностированы остатки плодных оболочек (проведены выскабливание и вакуум-аспирация). Средний койко-день составил 8 дней. Автором подчеркиваются высокая эффективность, безопасность и приемлемость метода, отсутствие риска осложнений, связанных с хирургическим вмешательством и анестезией, исключена опасность заражения инфекцией, вызываемой вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), гепатитами В, С и др., отсутствие психоэмоциональной травмы, предпочтительность использования у первобеременных, высокая удовлетворенность методом как со стороны пациенток, так и врачей.

Компонентами качества медицинской помощи, которые можно использовать в виде критериев и показателей его состояния, эксперты ВОЗ считают правильность выполнения медицинских технологий, отсутствие риска для пациентов, оптимальность использования ресурсов, удовлетворенность потребителей медицинской помощью.

Таким образом, проблема качества и эффективности медицинской помощи сегодня занимает приоритетное место в большом количестве проблем российского здравоохранения. Внедрение рекомендуемых экспертами ВОЗ, отечественными лидерами мнения и нормативными документами Минздрава России современные методы прерывания беременности в ЛПУ имеет положительную тенденцию, но осуществляется недостаточно быстрыми темпами.

Использование безопасных технологий прерывания беременности демонстрирует значительное снижение осложнений и отсутствие случаев МС.

Реформа системы здравоохранения и в первую очередь преодоление острых структурных диспропорций в сочетании с поиском внутрисистемных источников экономии средств и ресурсов ни в коем случае не должны затронуть качество и доступность медицинской помощи для широких слоев населения, в том числе по вопросам нежелательной беременности, как их неотъемлемого права на охрану здоровья и репродуктивный выбор. В большинстве регионов замена устаревших методов прерывания нежелательной беременности современными свидетельствует о перспективности улучшения медицинской помощи женщинам, снижение осложнений и МС за счет повышения доступности этих методов, а также экономической целесообразности.

## 1.2. БЕЗОПАСНЫЙ РЕПРОДУКТИВНЫЙ ВЫБОР: ВЕРСИИ И КОНТРВЕРСИИ

### БЕЗОПАСЕН ЛИ АБОРТ В РОССИИ?

**Версия.** Необходимо и дальше развивать пропаганду о том, какой вред наносят аборты здоровью, информировать население, особенно молодежь, о возможных осложнениях, рассказывать о влиянии абортов на психологическое состояние женщины (Голикова Т., II Всероссийский съезд православных врачей России, 2010). Безопасного аборта не бывает. Аборт - это серьезный удар по здоровью женщины. Даже при хорошей субъективной переносимости аборт может вызвать серьезные отдаленные последствия вплоть до опухолевых процессов и неизлечимого бесплодия (Комова О.А., 2014).

Гораздо правильнее употреблять его (термин «безопасный аборт». - *Примеч. авт.*) в сравнительной форме - «более безопасный» (или даже «менее опасный») (Карахалис Л.Ю. и др., 2015).

**Контрверсия.** Процедуры и техника выполнения искусственного аборта на ранних стадиях просты и безопасны. Если прерыванием беременности занимаются квалифицированные медработники, используя для этого адекватное оборудование, правильную методику и санитарно-гигиенические стандарты, то аборт является *одним из самых безопасных медицинских вмешательств*. Инъекция пенициллина представляет больший риск, чем прерывание беременности. Прерывание беременности не связано с большим риском будущему репродуктивному здоровью, чем ее продолжение. Риск возникновения тяжелых ранних осложнений и отдаленных последствий аборта, приводящих к длительным и стойким нарушениям репродуктивного здоровья, определяется распространенностью самоабортов или иных небезопасных абортов (ВОЗ, 2003, 2012).

**Комментарии.** Безопасность аборта определяется условиями, которые приведены в определении ВОЗ (см. выше, а также раздел «Термины и дефиниции»). С другой стороны, в России этот вопрос все еще вызывает споры, и часто приходится слышать, что «аборт не может быть безопасным». Возникает вопрос: почему?

Рассмотрим ответ на него с двух позиций - с позиции основного критерия безопасности - МС и с позиции новых критериев, которые были введены в 2016 г.

Для того чтобы ответить на вопрос: «Безопасен ли аборт в России?», обратимся к статистическим показателям МС при прерывании беременности.

В странах, где аборт запрещен, выполняется 91% небезопасных абортов, при этом 98% смертей после аборта приходится на развивающиеся страны, где аборты запрещены, а показатель МС составляет 90-350 на 100 тыс. вмешательств.

Источник KingMed.info

В исходе медицинского (легального, в сроки до 12 нед) аборта в России в 2008-2013 гг. доля умерших женщин составляла 1,1% (по 1-3 случая в год, то есть менее одного случая на 100 000 вмешательств). В 2012 и 2014 гг. при аборте данного вида МС не зарегистрирована (методическое письмо Минздрава России, 2013, 2015). Тогда какие же аборт «виноваты» в материнской летальности?

На мировом фоне статистика МС после аборт в России выглядит парадоксальным образом: женщины умирают не от прерывания нежелательной беременности НБА, а при самопроизвольном прерывании желанной беременности и при абортах по медицинским показаниям при оказании им медицинской помощи. Их доля в структуре МС после аборт в 2014 г. составила 43,3% (в 2013 г. - 30,8%) и 33,3% (в 2013 г. - 34,6%), соответственно, и превысила долю криминальных и неуточненных аборт, вместе взятых, - суммарно 23,3% (в 2013 г. - 23,1%). Показатель на 100 тыс. вмешательств данного вида составил соответственно 5,5 и 33,8.

При этом общее число случаев МС после аборт в нашей стране возросло с 26 в 2013 г. до 30 в 2014 г.; удельный вес аборт в структуре МС - с 10,7 до 12,9% (в мире - 8%) (табл. 1.3).

Таблица 1.3

### Структура материнской смертности по видам аборт в Российской Федерации в 2014 г.

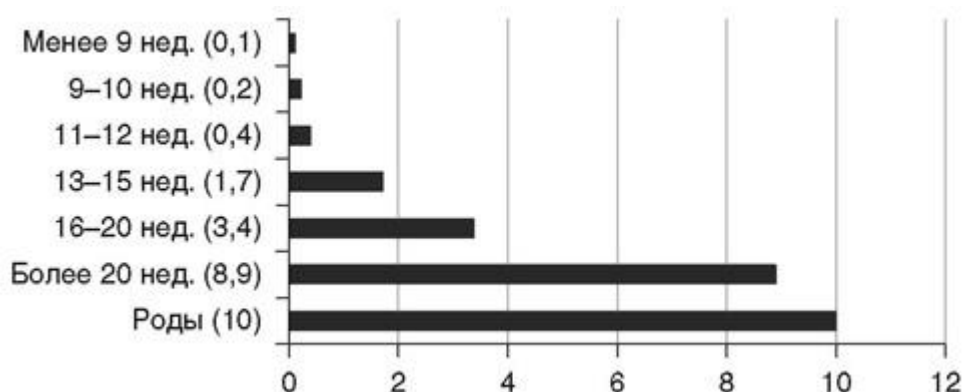
Показатель	Всего аборт данного вида, абс.	Умерло, абс.	Доля среди всех аборт, %	Показатель на 100 тыс. вмешательств данного вида
Самопроизвольные	234859	13	43,3	5,5
Медицинские (легальные)	511799	0	0	0
По медицинским показаниям	29 554	10	33,3	33,8
Криминальные	154	2	6,7	1298,7
Внебольничные (неуточненные)	37753	5	16,7	13,2
По социальным показаниям	43	0	-	-
Всего	814162	30	100	3,7

Однако если при самопроизвольном аборте МС может быть обусловлена объективными причинами (поздним обращением за медицинской помощью), то при аборте по медицинским показаниям смерть наступает в лечебном учреждении при аборте, индуцированном врачом. В связи с этим на первое место выступает необходимость принятия срочных организационных мер для повышения качества медицинской помощи женщинам при желанной беременности и вынужденных абортах.

Регистрируемые случаи МС и их частота в различные сроки беременности свидетельствуют о том, что риск смерти повышается в 100 раз при выполнении

Источник KingMed.info

аборта в поздние сроки и прогрессивно возрастает с увеличением гестационного срока (в 2 раза на каждые лишние 2 нед беременности), достигая максимума во время родов при доношенной беременности (ВОЗ, 2012) (рис. 1.3).



**Рис. 1.3.** Уровень материнской смертности в Соединенных Штатах Америки (2008). Общее количество случаев: 0,7 - на 100 тыс. вмешательств в I триместре, 5,2 - в II, 8,9 - более 20 нед (Всемирная организация здравоохранения, 2012)

Таким образом, по критерию МС **аборт по медицинским показаниям** в России нельзя отнести к безопасным, так как этот показатель составляет 33,8 случая на 100 тыс. вмешательств данного вида и свидетельствует о низком качестве медицинской помощи женщинам.

Уровень НБА в России отражает, прежде всего, показатель криминальных аборт. Он характеризует доступность к получению медицинской помощи при НБА для некоторых категорий граждан. Так, в г. Москве в 2011 г. доля криминальных аборт среди всех прерываний беременности в 14 раз превысила показатель данного вида аборт по сравнению с общероссийским (1,01 против 0,07% соответственно), а самопроизвольных аборт - в 3 раза (50,2 против 17,8% соответственно), при том что медицинских (легальных) аборт было зарегистрировано в 2 раза меньше (37,0 против 74,3% соответственно). Максимальный вклад г. Москвы в общее количество криминальных аборт в 2011 г. составил 33,8% (246 случаев). На фоне других регионов выделяются еще три области: Тверская (27,8% - 202 случая), Новосибирская (8,3% - 60 случаев) и Хабаровский край (7,0% - 51 случай).

Частота криминальных аборт отражает также доступность медицинской помощи при НБА, что наглядно демонстрирует опыт Кемеровской области, о чем было сказано в предыдущем разделе.

Для России, где аборт разрешены законодательно с 1920 г. и большинство из них выполняются в безопасных условиях, для большинства врачей критерием безопасности является не МС, а уровень ранних и поздних осложнений, отягощающих прерывание беременности. При этом на основании исследований, не имеющих доказательной силы и выполненных 20-30 лет назад, приводятся количественные данные, существенно превышающие действительный их уровень, что формирует

статистику, преувеличивающую вред здоровью, которая культивируется в СМИ и активно поддерживается сторонниками движения Prolife («За жизнь» - общественное движение, выступающее за запрет аборт).)

Новая классификация аборт по уровню безопасности (ВОЗ, 2016) включает несколько факторов, которые влияют на их безопасность, а именно: социальный и правовой контекст, в котором аборт происходит (в том числе стигматизация аборта в обществе); квалификация лица, осуществляющего аборт; используемый метод и такие показатели, как наличие или отсутствие осложнений и их тяжесть, если они имеют место. Давая оценку безопасности аборт в нашей стране по изложенным выше критериям, можно сказать следующее. Социальная стигматизация аборт в условиях пронаталистской политики государства и церкви в российском обществе приобретает в последние годы все большие масштабы. Квалификация медицинских работников, выполняющих аборт, достаточная - это специалисты акушеры-гинекологи. В 64% случаев прерывания беременности применяется устаревший, потенциально опасный метод Дик. Показатели ранних осложнений после аборт не учитываются статистической системой, но, по данным отдельных исследований, они не превышают 4-7%.

Именно поэтому крик: «В России все аборт опасны!» (Радзинский В.Е. Выступление на Всероссийском семинаре «Репродуктивный потенциал России: версии и контрверсии». Сочи, 2015) не лишен оснований. Определяя категорию опасности аборт в России по критериям ВОЗ, можно сказать, что это аборт «небезопасные с низким медицинским риском».

**Резюме.** Разграничивая морально-этические и медицинские аспекты этой проблемы, подчеркнем, что, согласно Федеральному закону № 323, каждая женщина имеет право самостоятельно решать вопрос о материнстве. При этом государство возложило на акушеров-гинекологов обязанность реализовать это право, а значит, с медицинской точки зрения аборт должен быть не только безопасным для жизни, но и для репродуктивного здоровья женщины, что определяет благополучную реализацию репродуктивных планов, отложенных на будущее.

Самый актуальный вопрос в плане безопасности аборта с медицинской точки зрения, требующий немедленного решения, - приведение в соответствие с рекомендациями ВОЗ технологии прерывания беременности (прежде всего, отказ от кюретажа) и повышение качества медицинской помощи женщинам при самопроизвольных и вынужденных (по медицинским показаниям) абортах, при которых частота летальных исходов является максимальной.

Все еще актуальным остается вопрос снижения уровня криминальных и внебольничных аборт, решение которого возможно за счет обеспечения доступности медицинской помощи населению при нежелательной беременности.



Источник KingMed.info

Политическое обеспечение безопасности абортот находится вне компетенции медиков, однако выражение гражданской позиции со стороны врачей и других категорий медицинских работников, состоящей в защите прав женщин, может оказать существенную помощь в преодолении и этой проблемы.

## **ЯВЛЯЕТСЯ ЛИ РОССИЯ МИРОВЫМ ЛИДЕРОМ ПО КОЛИЧЕСТВУ АБОРТОВ?**

**Версия.** Россия является мировым лидером по числу абортот в относительном (1-е место) и абсолютном (2-е место после Китая) выражении (Милосердие.ru - православный портал о благотворительности и социальной деятельности; автор и год не указаны).

В России уровень абортот превышает в 8-20 раз показатели в развитых странах Европы; по данным литературы, на 100 родов у нас в стране приходится 96 абортот (Волнейкина Е.С., 2010).

Реальное число абортот в России - от 5 до 12 млн в год, даже Китай не имеет настолько высоких показателей абортот (Мизулина Е., депутат Государственной думы, 2011).

В 2013 г. аборт, по данным Росстата, в качестве основного метода планирования семьи **выбрали** 1 млн 120 тыс. россиянок (Карахалис Л.Ю., Рябинкина Т.С., 2015).

**Контрверсия.** По статистическим данным Минздрава России (2011), в 2010 г. на 100 родов было 59,7 абортот.

Хотя в Китае выполняется довольно большое количество прерываний беременности (в 2012 г. их было 7,5 млн), показатель на 1000 женщин фертильного возраста в этой стране - 16, что ниже, чем в Европе. Лидером в настоящее время является Румыния, где этот показатель составляет 21,3 (United Nations, 2013).

За 2013 г. Росстат приводит цифру - 1 012 399 (то есть 1 млн 12 тыс., а не 1 млн 120 тыс., как указывают авторы) (см. выше) абортот (Ростат, 2013). Однако это общее количество абортот, из них около 30% женщин вовсе не хотели прерывать беременность, более того, они хотели бы ее сохранить и встали на учет, но 23,6% беременностей завершилось самопроизвольно, 1,4% - по медицинским показаниям, 4,0% - вне лечебного учреждения. А абортот по желанию женщины в 2013 г., по данным Минздрава России, было почти в 2 раза меньше названной выше цифры - 582 041. В 2014 г. этот показатель составил 511 799.

**Комментарии.** Утверждение о том, что Россия является мировым лидером по производству абортот, является верным лишь для советского периода и в меньшей степени - для 2000-х гг.

Источник KingMed.info

Россия первой легализовала аборты в 1920 г., и их число в городах (в сельской местности в меньшей степени в силу патриархальной традиции) до запрета в 1936 г. было весьма значительным. В период официального запрета (1936-1955 гг.) статистика по числу нелегальных абортотворений не совсем достоверна. С 1955 г., после отмены запрета на прерывание беременности, начинается взрывной рост числа абортотворений, и к 1964 г. в РСФСР был по их числу побит печальный рекорд - 5,6 млн. К 1980 г. их число медленно снижается до 4,5 млн. В последнее десятилетие XX в. в России произошло самое заметное снижение числа абортотворений - почти в 2 раза (с 4,1 до 2,1 млн).

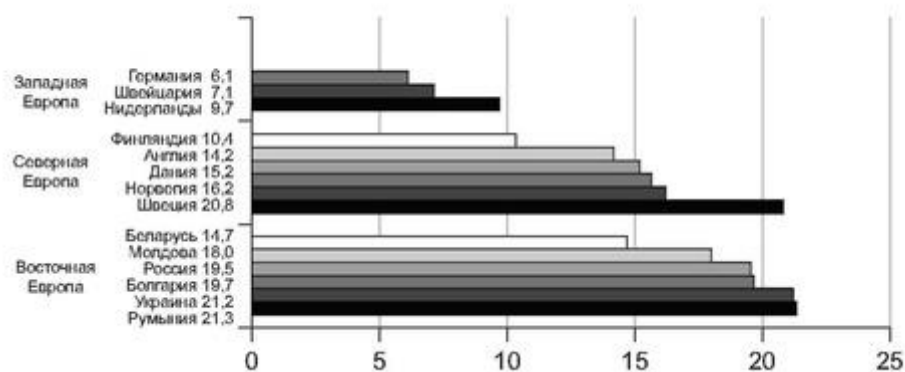
По всем относительным показателям Россия существенно опережала по числу абортотворений страны с переходной экономикой и развитые государства, то есть страны, отличающиеся относительно либеральным законодательством в отношении абортотворений. Так, по отношению числа абортотворений на 1000 жителей в 1990-е гг. разрыв с США был 3-4-кратным, а с ФРГ - 15-кратным.

Тенденция к снижению продолжилась и в первом десятилетии XXI в. В 2008 г. было произведено 1,26 млн абортотворений. А в 2007 г. впервые за 50 лет число рождений превысило в России число абортотворений. Неправильно было бы связывать уменьшение числа абортотворений в России с изменением политики государства. Действительно,

Правительством России после 2000 г. были предприняты определенные меры по ограничению числа абортотворений - в 2003 и 2012 гг. был сокращен перечень социальных показаний к абортотворениям на поздних сроках беременности, в 2007 г. - медицинских показаний, а в 2009 г. - запрещена реклама абортотворений. Тем не менее сокращение числа абортотворений в 2000-е гг. замедлилось по сравнению с предыдущим десятилетием. Более того, усилия правительства никак нельзя признать достаточными, поскольку в государствах, отличающихся наибольшими показателями (Белоруссия, Украина, страны Балтии), снижение числа абортотворений после 1995 г. происходило быстрее, чем в России.

Последние наиболее полные данные мировой статистики по абортотворениям представлены ВОЗ за 2008 г. (опубликованы в 2012 г.), согласно которым 6 млн абортотворений были проведены в развитых странах и 38 млн - в развивающихся. Показатель частоты абортотворений (без самопроизвольных) на 1000 женщин 15-44 лет: 28 - в мире, 29 - в развивающихся странах, 24 - в развитых (в Европе, исключая страны Восточной Европы, - 17), 19 - в США. В России в том же 2008 г. этот показатель составлял 27,6, а в 2012 г. - 19,5 (также без самопроизвольных абортотворений, возраст 15-49 лет), то есть достиг общеевропейского показателя, но не показателя Западной Европы, пока еще превосходя его в 2-3 раза (United Nations, 2013) (рис. 1.4).

Очень низкий Низкий Высокий (менее 10) (10-20) (более 20)



**Рис. 1.4.** Показатель абортов на 1000 женщин в возрасте 15-44 лет за 2010 г. (Россия - 15-49 лет, 2012) в странах (по данным Отдела по народонаселению Департамента по экономическим и социальным вопросам ООН - United Nations. World Abortion Policies, 2013)

Представленные данные демонстрируют сходный уровень абортов в странах с одинаковым социально-экономическим развитием, политическим устройством и общественным отношением к сексуальным правам населения.

Большой региональный разброс показателей в Российской Федерации (от 16,5 в Северо-Кавказском и 19,7 в Центральном до 39,9 в Дальневосточном федеральных округах) характеризует высокую дифференциацию регионов по социально-экономическому развитию, качеству жизни населения, религиозным взглядам.

Вклад России в мировую статистику абортов в 2014 г. составил 814 162 случая (включая самопроизвольные), при этом по желанию женщины до 12 нед - 511 799, или 62,9%. Эти цифры включают аборты в государственных и частных учреждениях. Некоторые исследователи ставят под сомнение положительную тенденцию снижения абортов, ссылаясь на большое число неучтенных прерываний беременностей в частных клиниках.

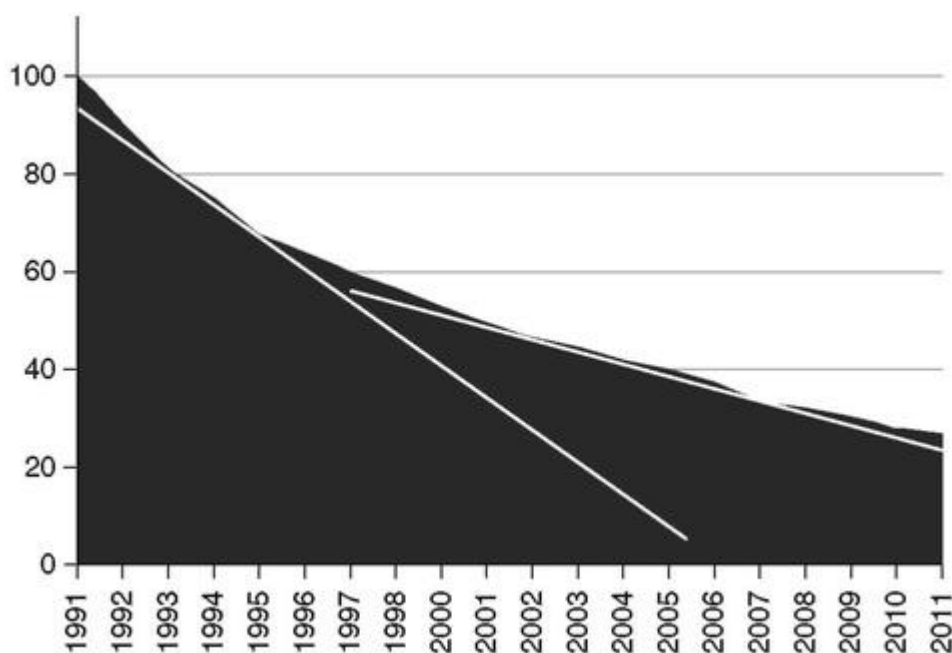
Однако по оперативной информации Минздрава России, 10 лет назад (2004) недорегистрация абортов в ряде территорий ежегодно в среднем составляла от 2 до 8%. По другим, более поздним оценкам (Ульянов А., 2010) доля неучтенных статистикой абортов могла действительно возрасти в последние годы, однако их удельный вес вряд ли превышает 10%. Причины - доступность и бесплатность этой операции в государственных медицинских учреждениях и невысокий уровень доходов большинства населения.

На вопрос, имеет ли место недоучет количества абортов, Росстат отвечает, что негосударственный сектор дает 8-10% абортов (эта доля колеблется по регионам от нуля до 1/3 в зависимости от роли негосударственного сектора в оказании медицинских услуг). Подтверждается этот вывод сравнением результатов выборочных

Источник KingMed.info

опросов женщин о перенесенных абортах с официальными данными за те же годы, что позволяет оценивать официальную статистику как достаточно достоверную (Сакевич В.И. и др., 2011).

В последние 10 лет темпы снижения количества абортс во всем мире сократились, стабилизовавшись на уровне, указанном выше. Та же тенденция отмечается и в России: за 1991-1995 гг. (когда действовала Государственная программа «Планирование семьи») количество абортс сократилось на 32,6% (6,5% в год), за 2007-2011 гг. - на 19,4% (3,9% в год) (рис. 1.5).



**Рис. 1.5.** Динамика количества абортс в России за 1991-2011 гг.

За последние 3 года (2012-2014) темпы снижения количества абортс возросли и уменьшение произошло на 20,6% (в среднем 6,7% в год). В то же время число самопроизвольных выкидышей возросло за последние 5 лет (2010-2014) с 172 529 до 234 859 случаев, то есть на 34,3%, и их доля составила 28,9% среди общего количества абортс.

Заметно снизилось число абортс у первобеременных (это относится и к подросткам). Так, общее число абортс у первобеременных в 2005 г. составило 161 485 случаев (10,8% общего числа абортс в этом году), а в 2014 г. - 65 376 (8%) - снижение на 40,6%. В 2005 г. каждый десятый аборт был выполнен девочкам в возрасте 14 лет и девушкам 15-19 лет (0,06 и 9,9% соответственно), тогда как в 2014 г. их доля снизилась в 2 раза (0,04 и 4,1% соответственно).

Наиболее интенсивное снижение числа абортс за последние 5 лет отмечается у молодых женщин в возрасте 14-24 лет по сравнению с более старшими возрастными группами (табл. 1.4).

**Динамика аборт в 2010-2014 гг. по возрастам**

Возраст, годы		14-24	25-34	35-44	45	Всего
Показатель					и более	
2014 г.	Абс.	212361	495999	216845	4758	929963
	Доля общего количества аборт в этом году, %	22,8	53,3	23,3	0,5	100,0
2010 г.	Абс.	370 262	577 314	232 432	6 100	1186108
	Доля общего количества аборт в этом году, %	31,2	48,7	19,6	0,5	100,0
Интенсивность снижения числа аборт в 2014 г. по отношению к 2010 г. в этом возрасте, %		-46,9	-14,1	-7,7	-22,0	-23,1

**Резюме.** В настоящее время в России количество аборт соответствует уровню стран Объединенной Европы и США и продолжает снижаться. Представление, что Россия - страна с самым высоким уровнем аборт в мире, является отголоском прошлых десятилетий.

**КАКИЕ ВИДЫ АБОРТА «ВИНОВАТЫ» В МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ?**

**Версия.** Ежегодно аборт становятся причиной 13% случаев МС во всем мире. Слишком частое применение хирургического аборт, недостаточная квалификация медицинских работников, выполняющих аборт, законы, ограничивающие применение аборт, - вот причины высокой смертности и заболеваемости после ИПБ (Status Praesens. - 2011; 1(4): 10).

**Контрверсия.** На осложнения после **НБА** приходится около 13% МС (ВОЗ, 2003). Эта цифра остается практически неизменной с 1995 по 2008 г. Примерно 47 тыс. женских смертей и около 5 млн тяжелых осложнений в год во всем мире - **результат НБА** (ВОЗ, 2012). В настоящее время в структуре причин общей МС аборт составляют 8% (Агентство ООН, 2014).

**Комментарии.** Оценивая статистические данные, необходимо четко разграничивать, о каких абортах идет речь, иначе неизбежно передергивание фактов. Так, информация, представленная в настоящей версии, сместила акцент на аборт, выполняемые в лечебных учреждениях медицинскими работниками, исказив статистику МС, представленную ВОЗ, где речь идет о небезопасных абортах, выполняемых вне лечебных учреждений, то есть криминальных.

Около **91%** НБА выполняется в странах, где аборт запрещен. Это в основном развивающиеся страны Латинской Америки и Африки. Именно на эти страны приходится **98%** смертей после аборт, уровень которых составляет **90-350 на 100 тыс. вмешательств**. В странах, где аборт разрешен, выполняется лишь 9% НБА, а показатель МС составляет менее 1 случая на 100 000 вмешательств (0,7 - в США, 0,2 -

Источник KingMed.info

в Европе, 0,9 - в России для I триместра) (Институт Гуттмахера, 2008; Минздрав России, 2008).

В нашей стране количество случаев НБА в 2014 г. составило 23,4% (криминальные и внебольничные), суммарный показатель МС на 100 тыс. вмешательств данного вида - 656.

**Резюме.** Высокие показатели МС характерны для стран с высоким уровнем небезопасных (нелегальных) аборт.

## **СУЩЕСТВУЕТ ЛИ «АБОРТНЫЙ МЕНТАЛИТЕТ»?**

**Версия.** До настоящего времени в нашей стране основным средством регуляции рождаемости все еще остается искусственный аборт (Волнейкина Е.С., 2010).

Не менее 25% россиянок репродуктивного возраста используют крайне малоэффективные методы контрацепции, такие как прерванный половой акт и календарный метод. Отчасти это объясняет «абортный менталитет»: к хирургическому выскабливанию прибегают как ко второму этапу контрацепции, когда беременность все же наступила (Эколого-репродуктивный диссонанс XXI века: предупредить негативные последствия. Информационный бюллетень, 2015).

**Контрверсия.** Абортная культура - особенность советского периода российского общества, характеризующаяся широким использованием аборта как основного метода регулирования рождаемости (Попов А.А.; цит. по: Сакевич В.И., 2012).

**Комментарии.** Термин «абортная культура» введен в оборот социологом А.А. Поповым (1998), который определил его как *«приспособление и привыкание общества к широкому производству аборт как к основному или даже единственному способу регулирования числа детей в семье»*, которое сформировалось в России в 20-е гг. прошлого столетия.

Позднее, но когда именно - по литературе проследить не удалось, в медицинской среде и в обществе стал использоваться оборот «абортный менталитет», что изменило его суть, сместив акцент с социального аспекта на личностный. Теперь «вина» за выбор аборта как наиболее часто используемого метода регулирования рождаемости возложена исключительно на женщин, что отражает распределение социальной и моральной ответственности в обществе, которое стоически пытается оградить себя от нее, лишь на словах декларируя его неприятие, а по сути проявляя полное безразличие к судьбе женщины, что характеризуется отсутствием адекватных медико-социальных мер решения этого вопроса.

Тем не менее именно абортная культура является социальным феноменом, присущим исключительно российскому обществу и имеющим свои социально-исторические корни и последствия.

На протяжении нескольких десятилетий советского периода Россия занимала одно из первых мест в мире по уровню искусственных абортов. В 1965 г., когда нетто-коэффициент воспроизводства населения впервые в мирное время опустился ниже единицы, то есть ниже границы простого замещения поколений, на 100 родов приходилось 278 абортов. В те годы было зафиксировано максимальное за всю историю страны число прерванных беременностей - 5,6 млн в год.

Несмотря на то что в 2012 г. уровень абортов сократился до среднемирового (26 случаев на 1000 женщин фертильного возраста) от общего числа наступивших беременностей, в России прерывается половина из них, что в 1,5-2 раза выше по сравнению с другими странами (на 100 родов приходится 49,7 аборта) (Минздрава России, 2012).

В то же время, по мнению экспертов-демографов, феномен абортной культуры теряет свою актуальность. Согласно российскому исследованию «Родители и дети, мужчины и женщины в семье и обществе», проведенному Независимым институтом социальной политики (Москва) в 2004 и 2007 гг. (объем выборки - более 11 тыс. респондентов от 18 до 80 лет), около половины женщин (46%) от 18 до 49 лет не имели ни одной прерванной беременности, 21% - одну, 16% - две и 17% - три и более. Среди женщин, прервавших беременность 2 раза и более (а их оказалось приблизительно третья часть выборки), около 90% из них сделано представительницами поколения 40-49-летних. Вероятно, предположение о том, что именно этот сегмент общества и представляет так называемую абортную культуру, является верным (Сакевич В.И. и др., 2011).

Анализ распределения женщин по числу абортов показал, что из всех вероятностей сделать еще один аборт (сделать  $n+1$  аборт при условии, что  $n$  абортов уже сделано) самая большая вероятность второго аборта составляет 0,445, то есть 44,5% женщин, сделавших один аборт, делают и второй.

Более поздних масштабных исследований не проводилось, поэтому приведем наши данные за 2012 г. о количестве выполненных абортов среди женщин, проживающих в Москве и обратившихся на прием к врачу - акушеру-гинекологу ( $n=360$ ) по тем или иным причинам. Из них ни одного аборта не имели 73%, один - 15%, два - 7%, три и более - 5%. Среди тех, кто прервал беременность 2 раза и более, 75% были также в возрасте 40-49 лет. Среднее количество абортов на одну женщину в этом возрасте составило 1,8 (у 19-29-летних - 0,18, у 30-39-летних - 0,45). Обращает на себя внимание крайне низкая степень реализации репродуктивной функции среди обратившихся: к окончанию репродуктивного периода количество родов на одну женщину составило всего 1,36, а в активном репродуктивном возрасте (до 36 лет) - лишь 0,42.

Как показал опрос в рамках проекта «Мать и дитя», средний возраст женщины, делающей аборт, равен 27-29 годам (David P.H. et al., 1999). В настоящее время половина учтенных абортотворений приходится на возрастной интервал 20-30 лет, еще примерно по 20% - на возраст 30-34 года и старше 35 лет, оставшиеся 10% - на самый молодой возраст - до 20 лет (Сакевич В.И., 2010).

Суммарный коэффициент абортотворений - интегральный показатель, не зависящий от возрастного состава женщин, - составил в 2005 г. 1,55 аборта в среднем на одну женщину репродуктивного возраста (расчет на основе данных Росстата). Столько одна российская женщина сделает в среднем за свою жизнь абортотворений при сохранении существующей повозрастной интенсивности производства абортотворений. За последующие 7 лет общее количество абортотворений существенно снизилось, и этот коэффициент в 2012 г. составил 0,97 (Здравоохранение в России, 2013) (в нашем исследовании в 2013 г. - 0,81), то есть на каждую женщину в среднем придется менее одного аборта в течение жизни. Для сравнения: в 1991 г. на одну женщину приходилось в среднем 3,39 аборта. Среди изучаемой в 2007 г. выборки женщин около половины не делали абортотворений вообще. Это может означать либо то, что абортотворительная культура уходит в прошлое, либо то, что она и ранее не была доминирующим типом поведения среди всей популяции. Еще в 1999 г., по данным исследования «Репродуктивное здоровье женщин», только 0,4% женщин указали на предпочтение аборта как причину того, что они не прибегали к средствам предупреждения беременности.

Несмотря на очевидный позитивный тренд репродуктивного здоровья, переход к гуманному и эффективному планированию семьи в нашей стране не завершен, уверенности в необратимости ситуации нет, а отсутствие уверенности вызвано позицией государства, которое не признает планирование семьи жизненно важной сферой жизни (Сакевич В.И., 2011).

**Резюме.** В настоящее время абортотворительная культура не является доминирующим типом репродуктивного поведения среди российских женщин.

## **ОСЛОЖНЕНИЯ И ОТДАЛЕННЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ АБОРТА: МЕТОД ИМЕЕТ ЗНАЧЕНИЕ!**

### **Ранние осложнения после искусственного аборта**

**Версия.** Осложнения возникают как минимум у каждой пятой женщины (то есть у 20%). Частота ранних, отсроченных и отдаленных осложнений после аборта колеблется в пределах 16-52%, при этом поздние осложнения, преимущественно более тяжелые, значительно превышают ранние (Шарапова О.В. и др., 2003). (Данное положение является самым цитируемым в докладах и публикациях, как научных, так и в СМИ, по настоящее время. - *Примеч. авт.*) «Аборт - это калечащая операция», приводящая к утрате репродуктивного здоровья и снижению репродуктивного



потенциала нации (Радзинский В.И., 2012). Апофеоз агрессии - искусственный аборт (Костин И.Н., 2016). ДиК относится к потенциально опасным методам прерывания беременности (ВОЗ, 2003) и не используется в развитых странах с конца 60-х гг. прошлого столетия. Государственные учреждения здравоохранения продолжают выполнять аборт хирургическим методом (кюретаж - 80%), несмотря на его вредные последствия для репродуктивного здоровья [Медикаментозный аборт: клинические рекомендации (протокол лечения) (утв. Минздравом России, 2015)].

**Контрверсия.** Частота ранних осложнений после аборта в Российской Федерации в 2002 г. составила в среднем 1,4%. Степень риска аборта для здоровья и жизни женщины определяется всем объемом квалифицированной медицинской помощи при проведении аборта, с обеспечением ее доступности, качества и безопасности, включая эффективное консультирование и информирование, психологическую помощь и поддержку, применение современных технологий аборта (прерывание беременности в ранние сроки, медикаментозные методы, адекватное обезболивание), контрацепцию и реабилитацию после аборта (Кулаков В.Н. и др., 2002). Риск осложнений после аборта минимален: менее 0,3% пациенток, сделавших аборт, испытывают осложнения, требующие госпитализации (RCOG, 2011). Общее количество осложнений для ВА составляет 0,1-3,2%, для МА - 2,7-7,2% (по данным зарубежных исследований последних лет).

**Комментарии.** Предпочтительными и рекомендуемыми методами выполнения аборта в I триместре являются аспирация (мануальная или электровакуумная) и медикаментозный (применение мифепристона в комбинации с мизопростолом) (RCOG, 2011; Safe abortion <...>, 2012; приказ Минздрава России № 572н, 2012). Использование указанных методов позволяет существенно снизить частоту ранних осложнений после ИПБ.

**Резюме.** Несмотря на легальность аборта в России, все еще существуют условия, которые затрудняют доступность аборта с использованием максимально щадящих современных методик.

### **Ранние осложнения после искусственного аборта у девочек-подростков**

**Версия.** Частота осложнений после аборт у подростков в 3-5 раза выше, а МС в 5-8 раз выше, чем у женщин репродуктивного возраста (Курбатова А.В. и др., 2009).

Более половины опрошенных девочек-подростков (59,4%) отметили после первого аборта осложнения, в структуре которых преобладали нарушения менструальной функции (59,1%) и воспалительные заболевания матки и придатков (27,3%) (Краснопольский В.И. и др., 1998).

**Контрверсия.** Среди женщин моложе 19 лет в 2012 г. был один случай МС после прерывания беременности по медицинским показаниям на сроке 18-19 нед по

Источник KingMed.info

причине, не связанной с абортом (энцефалит неясной этиологии) (методическое письмо «Материнская смертность в Российской Федерации в 2012 г.» Минздрава России, 2013). О МС среди юных женщин в 2013-2014 гг. не сообщается (Методическое письмо «Материнская смертность в Российской Федерации в 2014 г.» Минздрава России, 2015).

Статистические данные об уровне осложнений после аборта в группе девочек-подростков отсутствуют.

### **Без комментариев.**

**Резюме.** Для утверждения о большем риске прерывания беременности современными методами в группе девушек-подростков необходимы соответствующие исследования.

### **Поздние осложнения после аборта: нарушение менструальной функции**

**Версия.** У 52,3% женщин после аборта появляется нейроэндокринный синдром, включающий нарушение менструальной функции в сочетании с вегетативно-обменными нарушениями, ведущим среди которых является прогрессирующее нарастание массы тела (Тихомиров А.Л. и др., 2013).

Одним из наиболее частых последствий аборта является нарушение менструального цикла (оно наблюдается примерно у 12% женщин). Причиной этих состояний являются, как правило, нейроэндокринные нарушения, развивается аменорея, возникающая вследствие нарушения восстановительной способности эндометрия.

Учитывая, что аборт - это стресс, показано применение комбинированных ГК сразу после аборта в качестве гипоталамических блокаторов. Они блокируют фазу возбуждения, тем самым прерывая эту сложную цепь (цепь двухфазной эндокринной патологии, заключающейся сначала в возбуждении гипоталамуса, развитии вторичного поликистоза и гиперплазии эндо- и миометрия, затем - угнетении гипоталамуса с последующей гипофункцией яичников и гипотрофией матки. -Примеч. авт. Даже если полной блокады фазы возбуждения добиться не удастся, то она на фоне применения эстрогенгестагенных препаратов протекает без последствий (Тихомиров А.Л. и др., 2013).

**Контрверсия.** Нельзя забывать, что нейроэндокринный синдром у женщин чаще возникает вследствие патологии системы репродукции. Критическими периодами являются период полового созревания, начало половой жизни, климактерий. Пусковым моментом заболевания могут быть патологическая беременность и роды, болезни ребенка и близких, аборт. Идентичные клинические и эндокринно-метаболические проявления развиваются как после родов и абортов, так и после нейроинфекций, стрессов, различных хирургических вмешательств не только в

репродуктивном, но и в пубертатном возрасте у женщин, не имевших в анамнезе беременностей (Серов В.Н. и др., 2004).

**Комментарии.** В русскоязычной литературе частота нарушения менструального цикла (НМЦ) после аборта определяется в 25-52% случаев (Тихомиров А.Л. и др., 2013; Серов В.Н. и др., 2010), что, как тиражируют многие авторы, возникает вследствие гормонального дисбаланса на фоне нарушений гипоталамо-гипофизарно-яичниковой оси, которые наступают после резкого снижения уровней эстрадиола и прогестерона после аборта (по образному выражению некоторых авторов, «краш-тест») и которые в итоге становятся причиной пролиферативных заболеваний (V).

Источником данных сведений являются исследования В.Н. Серова и соавт. (Серов В.Н., Кожин А.А., 1988), изучавших влияние эколого-генеративного диссонанса в ответ на стресс у лабораторных животных.

Авторы подчеркивали, что следует иметь в виду, что патогенное влияние абORTов связано в первую очередь со стрессовым состоянием. Исследования этих же авторов по послеродовым (послеабортным) нейроэндокринным заболеваниям показали, что для репродуктивной системы особенно значимы стрессы, связанные с беременностью, родами, заболеваниями ребенка. Хотя аборт является «гормональным ударом» вследствие разрушения эндокринной системы беременности, но «в большей степени аборт - это сложный стресс, психологическая драма несостоявшейся беременности, семейных трудностей, несбывшихся надежд». Для моделирования результатов стресса на животных использовали несколько моделей. Крыс круглосуточно облучали светом (для животных, ведущих ночной образ жизни, круглосуточное освещение является стрессом и вызывает нарушение овариального цикла). У животных было констатировано прекращение овуляции и наблюдалась постоянная течка. К тем же результатам приводят обездвиживание (помещение крысы в станочек, мешающий ей двигаться по 4-5 ч в сутки) или водная модель, когда крыса находится в ванночке с водой по 2-3 ч в сутки. Все стрессовые ситуации проявляются одинаково - ановуляцией. Вслед за ановуляцией развивается поликистоз яичников. Анатомические изменения в яичниках во многом напоминают те изменения, которые происходят при синдроме поликистозных яичников у женщин. Формирование поликистоза яичников у крысы на фоне стрессового воздействия происходило в течение 35-40 дней.

У женщин, как выяснили авторы, на фоне послеродовых нейроэндокринных изменений вторичные поликистозные яичники развиваются в течение 3-4 лет. В период формирования анатомических изменений лечение и профилактика могут быть значительно эффективнее того воздействия, которое возможно после образования анатомических изменений.

Продолжая эксперимент, предприняли профилактические меры для предупреждения анатомических изменений. В процессе эксперимента крысы получали инфекундин и стедирил. У крыс, получавших эстроген-гестагенные препараты, изменения в яичниках не возникали. В то же время после возникновения анатомических изменений эстроген-гестагенные препараты оказывались неэффективными.

Как было показано ранее, эстроген-гестагенные препараты эффективны при послеродовом нейроэндокринном синдроме, так как на

фоне возбуждения гипоталамо-гипофизарной системы целесообразно применение ингибирующих средств (каковыми и являются эстроген-гестагенные препараты) наряду с низкокалорийной диетой, физической активностью, витаминотерапией. Эти экспериментальные данные и клинические наблюдения позволили предложить **методику профилактики нарушений репродуктивной системы после абортов**, которые были по аналогии оценены как стрессовое состояние с возбуждением гипоталамо-гипофизарной системы и повышенной выработкой стероидных гормонов - глюкокортикоидов и эстрогенов.

Как было показано в эксперименте, благоприятную роль могут оказать эстроген-гестагенные препараты, снижающие возбудимость гипоталамуса и предупреждающие изменения в яичниках и эндометрии. Следовательно, применение ГК после аборта преследует две цели - предупреждение нежелательной беременности на фоне послеабортного стресса и регуляцию менструальной функции.

Эти сведения неизменно присутствуют в публикациях, посвященных необходимости проведения гормональной реабилитации у женщин, перенесших аборт, и служат обоснованием для назначения комбинированных оральных контрацептивов (КОК) в послеабортном периоде.

Нам не удалось найти исследований, фактически подтверждающих перевозбуждение, а в последующем - торможение функции гипоталамо-гипофизарных структур у женщин после аборта, о которых сообщается. Ни в этих исследованиях, ни в исследованиях у женщин, перенесших аборт, изучение содержания гормонов не выполнялось.

Поиск информации по этому вопросу показал, что имеются клинические исследования, посвященные изучению гормонального статуса у женщин после аборта, выполненные как в те же годы, так и более поздние, суть которых сводится к следующему.

На 2-е сутки после ИПБ концентрации эстрадиола ( $E_2$ ) и прогестерона (П) резко снижаются. Увеличение  $E_2$  в плазме крови наблюдается в среднем с 7-го дня на фоне восстановления функции гипофиза (в течение 4-9 дней после аборта), о чем судили по повышению концентрации фолликулостимулирующего гормона (ФСГ) плазмы,

уровень которого соответствовал фолликулиновой фазе обычного менструального цикла. На этом фоне наблюдался устойчивый рост  $E_2$ , который в среднем через  $21,0 \pm 1,3$  дня достигал преовуляторного пика ( $257 \pm 37$  пг/мл). За пиком  $E_2$  следовали пики ФСГ и лютеинизирующего гормона (ЛГ) с последующей овуляцией. В середине цикла (между 16- 29-ми сутками) под влиянием ЛГ происходило повышение концентрации прогестерона, уровень которого, однако, был немного ниже, чем в обычном цикле. Исчезновение  $\beta$ -ХГЧ происходило в среднем в течение  $37,5 \pm 6,4$  дня (2 мМЕ/мл). Пики ЛГ и ФСГ были отмечены, даже если в сыворотке его уровни были выше 35 мМЕ/мл (IV) (Lahteenmaki P. et al., 1978; Lahteenmaki P., 1978; Marrs R.P., 1979).

А.Р. Аванесян и соавт. (2011) изучали уровни гонадотропных и яичниковых гормонов в следующем после МА менструальном цикле у женщин с овуляцией, наступившей в цикле прерывания (таких женщин было 85,5%). Гормональные показатели у них достоверно не отличались от аналогичных показателей пациенток контрольной группы (фертильные женщины) (IIIb) (табл. 1.5).

В работе А.S. Blazar (1980) показано, что концентрации гормонов у женщин после ВА мало отличались от обычных циклов, однако имели место краткосрочные всплески секреции прогестерона у 67% пациентов до овуляции и несколько преувеличенные уровни ФСГ во время ранней фолликулиновой фазы, которые не имели клинического значения (IV).

Таблица 1.5

### Концентрация гонадотропных и стероидных гормонов после прерывания беременности (Аванесян А.Р. и др., 2011)

Показатель	Женщины после МА	Небеременные здоровые женщины
ФСГ, МЕ/л	$3,84 \pm 0,68$	$3,62 \pm 0,32$
ЛГ, МЕ/л	$5,21 \pm 0,72$	$5,47 \pm 0,69$
Пролактин, мМЕ/л	$8,12 \pm 0,95$	$8,34 \pm 0,98$
Эстрадиол, нмоль/л	$103,63 \pm 13,44$	$104,59 \pm 12,9$
Прогестерон, пмоль/мл	$26,41 \pm 5,91$	$25,46 \pm 6,01$

Овуляция является объективным критерием отсутствия нарушений функций в репродуктивной системе женщины. Она может произойти уже на 8-10-й день после ИПБ при отсутствии разницы между МА и хирургическим абортom. На основе определения сывороточного уровня прогестерона (более 3 нг/мл) 75% пациентов имели овуляцию уже через 21 день после аборта (Lahteenmaki P., 1978). В. Osotimehin и соавт. (1985) отмечали более высокие уровни прогестерона (6 нг/мл), и у 82% пациенток в течение первых 22 дней после ИПБ была констатирована овуляция.

В недавнем многоцентровом рандомизированном исследовании, одном из самых крупных за последнее время (2011), хотя и с небольшим объемом выборки, у женщин после МА в срок до 63 дней аменореи среднее время наступления овуляции

Источник KingMed.info

составило  $20,6 \pm 5,1$  дня (диапазон - 8-36) после приема мифепристона (Ib). Наступление ее не зависит от возраста, срока гестации, индекса массы тела или наличия хорионического гонадотропина человека (ХГЧ) в крови (Schreiber C.A. et al., 2011).

Таким образом, **75-85% женщин имеют овуляции уже в цикле прерывания беременности** (Osotimehin B. et al., 1985; Schreiber C.A. et al., 2011; Lahteenmaki P. 1980; Faculty of sexual and reproductive healthcare, 2008; Grimes D.A. et al., 2010; Saav I. et al., 2012). Около половины женщин, перенесших ИПБ, возобновляют половую жизнь к концу второй недели после аборта (Saav I. et al., 2012). Эти обстоятельства определяют необходимость раннего начала использования контрацепции (Ia) (Grimes D.A. et al., 2010; RCOG: The care of women requesting induced abortion, 2011).

**Резюме.** Не найдено достаточных данных, свидетельствующих о серьезных изменениях гормональной функции в репродуктивной системе после аборта и его влияния на менструальный цикл и сроки наступления овуляции, требующих дополнительных вмешательств в целях реабилитации, и необходимость в использовании контрацепции определяется только целями предотвращения повторной нежелательной беременности, то есть исключительно контрацептивной необходимостью.

### **Поздние осложнения после аборта: травма эндометрия**

**Версия.** При прерывании беременности с выскабливанием матки часто происходит не только удаление плодного яйца, но и травма-тизация глубоких слоев эндометрия, а также мышечного слоя матки с последующим угнетением функций яичников, что ведет к нарушению менструального цикла, а также к развитию спаечного процесса в области внутреннего зева канала шейки матки. Гормональная терапия с целью восстановить эндометрий и его секреторную функцию после аборта - обязательный компонент реабилитации (Предупреждение репродуктивных потерь., 2014). Каждое прерывание беременности методом дилатации и кюретажа (в России, по данным за 2012 г., это 53,5%, не считая вакуум-аспирации - 34,5%) оставляет после себя реальную угрозу хронического эндометрита (ХЭ) и/или атрофии эндометрия (Эколого-репродуктивный диссонанс <.>, 2015).

**Контрверсия.** Аборты, выполненные в I триместре беременности современными методами, практически не ведут к таким проблемам, как бесплодие, внематочная беременность, спонтанные аборты или врожденные дефекты плода, не имеют риска ПР и низкой массы тела новорожденного (Boonstra H. et al., 2006). Прерывание беременности не связано с большим риском для будущего репродуктивного здоровья, чем ее продолжение (ВОЗ, 2012).

**Комментарии.** Сравнительное исследование (Reyniak J.V. et al., 1975) биоптатов эндометрия в период от одного до 36 дней после аборта в трех группах: у женщин без контрацепции, у использующих КОК и ВМС - показало, что эндометрий регенерирует в обычные сроки во всех группах. Неполная децидуальная инволюция наблюдалась в первые дни после аборта у 45% женщин без контрацепции (с тенденцией к полному регрессу к концу наблюдения) и среди принимавших КОК - у 75% (она сохранялась более длительное время без регресса, при этом в нескольких случаях наблюдалось кистозное расширение желез). Ограниченная воспалительная реакция (неинфекционного характера) была у 26 и 68% женщин соответственно. Аналогичные явления наблюдались и у женщин после введения ВМС с несколько большей частотой реактивной воспалительной реакции на наличие инородного тела в матке (83%) (IV).

В некоторых обзорных работах описываются изменения эндометрия (тонкий эндометрий, синдром Ашермана), частота которых достигает 7,7-30%, после Дик, используемого при СПВ, НрБ, после родов (между 2-4-й недель), резектоскопических операций, диагностических манипуляций и особенно после повторных выскабливаний (двух и более) при СПВ и НрБ (до 40%), а также перенесенных инфекций (Westendorp I.C. et al., 1998; Davar R. et al., 2013), приводящие к аберрациям менструального цикла, бесплодию и невынашиванию беременности (March C.M., 1995). Предыдущие аборты, а также инфекции во время операции связаны с незначительным и недостоверным повышением риска (Westendorp I.C. et al., 1998). Однако ссылки на указанные данные датируются 1960-2002 гг., основаны на небольших проспективных исследованиях серии случаев (IV), а РКИ отсутствуют. Улучшение регенерации эндометрия после Дик при ИПБ может быть достигнуто циклическим назначением эстрогенов и прогестерона для уменьшения риска внутриматочного спаечного процесса (IIIb) (Farhi J. et al., 1993). Что касается реабилитации, то в ней нуждаются женщины при возникновении осложнений, приводящих к нарушению репродуктивной функции, что определяет *реабилитационную необходимость*, или женщины, имеющие высокий риск таких нарушений, однако эти меры следует рассматривать как *профилактические*.

**Резюме.** Риск травмы эндометрия может быть полностью исключен при отказе от использования Дик в клинической практике в пользу современных методов. Неосложненный аборт, выполненный современными методами, не требует реабилитации или специального восстановительного лечения.

## Отдаленные последствия аборта: бесплодие

**Версия.** Аборты часто являются причиной бесплодия: каждая четвертая женщина, прервав первую беременность хирургическим путем, становится бесплодной (интернет, без указания авторов и даты публикации).

У 55% супружеских пар, обращающихся в клиники экстракорпорального оплодотворения (ЭКО), причина бесплодия - следствие перенесенного аборта (Тихомиров А.Л. и др., 2013).

Практически каждый второй аборт выливается в бесплодие (Эколого-репродуктивный диссонанс <...>, 2015).

**Контрверсия.** Вторичное бесплодие как исход ИПБ возникает при внебольничных абортах, осложнившихся тяжелыми инфекциями, или при наличии ИППП. Неосложненный аборт не является причиной потери фертильности (Safe abortion <...>, 2012; RCOG: The care of women <...>, 2011).

**Комментарии.** Общая частота инфекций после ИПБ составляет 0,01-2,44% (Achilles S.L. et al., 2010; Safe abortion <...>, 2012), риск тяжелых случаев (необходимость внутривенного введения антибиотиков, сепсис или смерть) - 9,3 на 10 тыс. медицинских аборт (0,009%) (Ila) (Fjerstad M. et al., 2009).

Наиболее значимыми инфекциями в развитии осложнений после ИПБ являются хламидии и гонококки (Ila) (Patel A. et al., 2008). Около 10-15% нелеченых хламидийных инфекций приводят к клинически диагностируемым случаям воспалительных заболеваний органов малого таза (ВЗОМТ), из которых 15% могут привести к развитию трубно-перитонеального бесплодия (Haggerty C. et al., 2010; Oduyebo O.O. et al., 2009). Хламидийная инфекция является лидирующей предотвратимой причиной трубно-перитонеального бесплодия (Macaluso M. et al., 2010). Изучение 1032 женщин, которые подверглись хирургическому аборту в I триместре без профилактического применения антибиотиков, показало, что наличие *C. trachomatis* до аборта повышает риск из лапароскопически подтвержденных сальпингитов в 30 раз (ОР - 30,0; 95% ДИ - 11-85) и эндометрита - в 4 раза (ОР - 4,1; 95% ДИ - 2,5- 6,7) (Ila) (Achilles S.L. et al., 2010).

Значительно меньшую роль в возникновении инфекционных поражений матки после ИПБ отводят микоплазмам, анаэробам и вирусам. Эксперты RCOG признают, что бактериальный вагиноз (БВ) является одним из ведущих факторов риска послеабортной инфекции наряду с хламидиями и гонококками (Ia) (Achilles S.L. et al., 2010; RCOG: The care of women <...>, 2011). О роли условно-патогенных микроорганизмов сведений нет. В отношении процедур с доступом в полость матки через шейку матки бактериальное заражение в отдельных случаях неизбежно



Источник KingMed.info

(Achilles S.L. et al., 2010). В отношении МА такой риск практически исключается (Плотко Е.Э., 2013; Mullick S. et al., 2005).

Поиску коррелятивной зависимости микроэкологических нарушений с высокой вероятностью реализации их в ВЗОМТ после различных внутриматочных вмешательств посвящено достаточное количество исследований. Мнения экспертов единодушны: аборт сам по себе не является причиной отдаленных последствий в виде вторичного бесплодия, ПП, диспареунии, тазовых болей и выкидышей. Напротив, перечисленные осложнения являются результатом инфицирования матки еще до наступления беременности и ее прерывания (IIa) (Mullick S. et al., 2005). Эти последствия аналогичны и происходят с той же частотой, что и у женщин, перенесших ВЗОМТ, не связанные с прерыванием беременности.

**Резюме.** Прерывание беременности в условиях медицинского учреждения и при отсутствии осложнений не приводит к утрате фертильности.

### **Отдаленные последствия аборта: гормонально-зависимые заболевания матки (аденомиоз и лейомиома)**

**Версия.** Среди отдаленных последствий абортов - различные гормональные нарушения, приводящие к таким гормонально-зависимым гинекологическим заболеваниям, как эндометриоз, миома матки (Карахалис Л.Ю. и др., 2015; Тихомиров А.Л., 2012).

Мифепристон может вызвать серьезный сбой в работе эндокринной системы, что в последующем может явиться причиной эндокринного бесплодия (Комова О.А., 2016. Сайт: <http://neboley.com.ua/>, а также множество других сайтов для женщин, включая медицинские организации).

**Контрверсия.** По словам Elizabeth Bruce, выступившей на Национальной демократической конвенции (США) 5 сентября 2012 г., «утверждать, что аборты вызывают эндометриоз, ради политических целей является не только неверным, но и оскорбительным для всех женщин. Мы призываем медицинских писателей, журналистов, блогеров и т.д.: пожалуйста, проверьте свои интересные факты, прежде чем делать выводы в отношении эндометриоза (или любой другой болезни) перед публикацией».

**Комментарии.** Все исследования по выявлению возможной связи между абортами и аденомиозом (АМ) основаны на сопоставлении данных гистологического исследования удаленных во время гистерэктомии препаратов с данными анамнеза. Curtis K.M. et al. (2002) среди 1850 женщин обнаружили АМ у 368 и выявили корреляцию этого заболевания с тремя хирургическими абортами в прошлом, выполненными методом ДиК. Parazzini F. et al. (2009) (231 женщина с АМ из 820 обследованных) определили более высокий ОР у женщин с одним или более ИПБ в

анамнезе в сравнении с теми, у кого его не было (ОР - 1,9; 95% ДИ - 1,2-2,8). Исследователи из Турции (Genc M. et al., 2015), где методика ДиК по-прежнему распространена (327 препаратов с АМ среди 618 без него), также обнаружили положительные корреляции ( $p < 0,0001$ ).

Вместе с тем наличие положительной корреляции еще не является доказательством причинно-следственной связи. Так, существует четко выраженная положительная корреляция между увеличением частоты инфекционных заболеваний в летнее время и количеством людей, которые носят одежду белого цвета в этот же период года (очевидно, что причинно-следственная связь здесь отсутствует, и в увеличении частоты инфекционных заболеваний играют роль совсем иные факторы). О других вмешивающихся факторах, кроме хирургических абортов, которые могут увеличить риск заболевания АМ, в указанных работах не упоминается. Именно поэтому интерпретация этих данных может быть ограничена исключительно констатацией факта без утверждения о наличии причинно-следственной связи между ними. Кроме того, все исследования изучали серии случаев, доказательная сила которых, как известно, невелика (IV) (см. табл. 1 в Введении).

Несколько исследователей указывают на повышение риска АМ у женщин с СПВ в анамнезе, а также после родов. Parazzini F. et al. (1997) (150 препаратов с АМ из 707 исследованных) у женщин после одних родов указывают на ОШ 1,8 (95% ДИ - 0,9-3,4) и после двух и более - 3,1 (95% ДИ - 1,7-5,5) по сравнению с нерожавшими; у женщин с одним или более СПВ - ОШ оказался 1,7 (95% ДИ - 1,1-2,6) по сравнению с теми, у кого СПВ не было. Аналогичные результаты приводит исследователь из Непала (69 препаратов с АМ из 160) (Shrestha A., 2012): ОШ выше у рожавших женщин по сравнению с нерожавшими (ОШ - 1,8; 95% ДИ - 1,5-2,0;  $p < 0,03$ ); у женщин, имевших один СПВ или более, которым было выполнено выскабливание, ОШ - 1,4 и 1,9 соответственно (ДИ в статье не приводятся) (IV). Таким образом, по мнению авторов, не только СПВ, но и роды увеличивают шансы заболеть АМ.

Еще в нескольких работах также отмечается более высокий процент женщин с АМ среди рожавших (Taran F.A. et al., 2010; Taran F.A. et al., 2012; Templeman C. et al., 2008; Weiss G. et al., 2009). Этот факт объясняют тем, что во время беременности очаги АМ формируются в миометрии за счет глубокого внедрения трофобласта в его волокна, а также за счет того, что ткань может иметь более высокое отношение рецепторов эстрогена и других гормонов беременности, что и способствует развитию очагов эндометриоза (Garcia L. et al., 2011; Taran F.A. et al., 2013), и, таким образом, не аборт, а собственно беременность, а точнее, инвазия трофобласта и гормональные влияния являются фактором риска АМ.

Данные о повышенном риске развития АМ после хирургических вмешательств противоречивы. Только одно клиническое исследование подтверждает гипотезу, что АМ формируется, когда происходит нарушение границы «эндометрий-миометрий»

Источник KingMed.info

(Bergholt T. et al., 2001). В этом исследовании женщины с АМ (48,8%) и без него (41,0%) имели в анамнезе различные внутриматочные вмешательства, но увеличение шансов было невелико (ОШ - 1,37; 95% ДИ - 1,05-1,79) (IV). Эта ассоциация оставалась значимой, когда все факторы были объединены в многофакторной модели логистической регрессии, однако отмечено отсутствие значимой связи с какой-либо конкретной хирургической процедурой, возможно, как утверждают сами авторы, в результате меньшего числа пациентов в каждой отдельной группе.

Другими исследователями не было зарегистрировано статистически значимой связи между АМ и предыдущими ДиК или ВА (Taran F.A. et al., 2010; Taran F.A., Weaver A.L. et al., 2010; Harris W.J. et al., 1985). Bergholt T. et al. (2001) выявили наличие лишь единственной переменной, в значительной степени связанной с риском АМ, - гиперплазии эндометрия (ОР - 3,0; 95% ДИ - 1,2-8,3) (IV).

Таким образом, пока нет доказательных данных о том, является ли внутриматочное хирургическое вмешательство фактором риска для АМ (Garcia L. et al., 2011; Taran F.A., Stewart E.A. et al., 2013). Кроме того, особо подчеркивается, что большинство исследований было выполнено у женщин, подвергнутых гистерэктомии, и делать выводы в отношении связи между ними, основываясь только на этом материале, рискованно (Taran F.A., Stewart E.A. et al., 2013).

Отсутствие связи было выявлено при анализе между хирургическим абортom в анамнезе (метод не указан) и лейомиомой матки (ЛМ) (621 женщина с гистологически подтвержденным диагнозом и 1051 случай контроля без указаний на ЛМ у женщин, не подвергавшихся гистерэктомии) (ОР не приводится) (Parazzini F. et al., 1996).

Рожавшие женщины имели значительно меньший риск заболеть ЛМ по сравнению с нерожавшими (ОР - 0,5; 95% ДИ - 0,4-0,6), и риск снижался с увеличением числа рождений (Parazzini F. et al., 1996).

В более поздней работе отмечен еще меньший риск у рожавших по сравнению с нерожавшими женщинами (ОР - 0,2; 95% ДИ - 0,1-0,3) (Chen C.R. et al., 2001).

У женщин с пятью родами в анамнезе риск ЛМ ниже на 25% по сравнению с нерожавшими женщинами (Neuwirth R. et al., 2008).

В этой же работе указывается, что женщины массой тела 70 кг и более имеют почти в 3 раза выше риск развития миомы матки по сравнению с женщинами с массой тела менее 50 кг. Ожирение увеличивает риск развития миомы на 20% на каждые 10 кг массы тела (Faerstein E. et al., 2001).

Из других факторов риска развития ЛМ в обзорной статье Trivedi P. et al. (2009) указывается вероятность развития ЛМ в 6 раз выше, если у родственницы первой степени родства была обнаружена ЛМ в возрасте до 45 лет (30 против 5% в контроле) (ОШ - 5,8; 95% ДИ - 2,3-14,6) (Sato F. et al., 2002).

Источник KingMed.info

Употребляющие красное мясо женщины имеют в 3 раза выше шансы ЛМ по сравнению с женщинами, предпочитающими вегетарианскую диету или рыбу. Многомерный анализ шансов был 1,7 для говядины и другого красного мяса (95% ДИ - 1,4-2,2), 1,3 - для ветчины (95% ДИ - 1,0-1,6), 0,5 - для зеленых овощей (95% ДИ - 0,4-0,6) и 0,8 - для фруктов (95% ДИ - 0,6-1,0) (Chiaffarino F. et al., 1999).

На каждые 10 мм подъема диастолического давления наблюдается в среднем 10% увеличение распространенности ЛМ. У женщин с артериальной гипертонией в более поздние годы шансы иметь ЛМ увеличиваются на 24%, и степень ЛМ сопоставима с тяжестью гипертензии (Boynnton-Jarrett R. et al., 2005).

**Резюме.** Не существует убедительных доказательств причинно-следственной связи между абортom и гормонально-зависимыми заболеваниями - АМ и ЛМ.

### **Отдаленные последствия аборта: психические заболевания**

**Версия.** Значительное рассогласование в работе центральной нервной и эндокринной систем, вызванное вмешательством извне, нарушает нормальное функционирование эндокринных желез (гипофиза, щитовидной железы, яичников, надпочечников) и способствует возникновению нервных расстройств различной степени выраженности: обострению вегетативной дисфункции, психическим нарушениям, иногда с развитием депрессии, неврозов и т.д. (Комова О.А., 2016). Сайт: <http://neboley.com.ua/>, а также множество других сайтов для женщин, включая медицинские организации, содержащие один и тот же текст, но без указания автора и года).

Vincent Rue, Ph.D., директор Института потери беременности в Джексонвилле, штат Флорида, независимой некоммерческой научно-исследовательской организации и лечебного центра, давая показания в Конгрессе США в 1981 г., заявил, что наблюдал посттравматическое стрессовое расстройство, развившееся как реакция в результате перенесенного аборта, и предложил обозначать это явление как постабортный синдром (Vincent Rue, 1981; Speckhard A., Rue V., 1992).

Coleman P.K. (2011) провела анализ 22 исследований с участием 877 181 женщины (из них - 163 831 перенесла аборт). Женщины, перенесшие аборт, испытали повышенный риск развития психических проблем со здоровьем (81%) и риск возникновения проблем с психическим здоровьем, связанных с абортom (около 10%). Наиболее сильные оценки подгруппы повышенного риска были связаны со сроком беременности, употреблением психоактивных веществ и суицидальным поведением.

**Контрверсия.** Причинно-следственные отношения между абортom и психическими проблемами не установлены (Charles V.E., 2008). Есть мнение, что на вероятность появления негативных эмоций после аборта влияют такие факторы в жизни женщины, как положительное восприятие своей беременности, отсутствие

социального обеспечения, наличие в анамнезе психических заболеваний и консервативные взгляды на аборт.

В некоторых исследованиях (Stotland N.L., 2003; Fergusson D.M. et al., 2008; Casey P., 2008; Dingle K. et al., 2008; Pedersen W., 2008) сообщают, что доля психических заболеваний среди женщин, сделавших аборт, существенно выше по сравнению с родившими или не беременевшими женщинами того же возраста.

**Комментарии.** Вопрос о постабортном синдроме решен на основании многочисленных исследований с начала 1980-х гг., когда ведущие эксперты пришли к заключению, что аборт не наносит вреда психическому здоровью женщины (Boonstra H. et al., 2006).

Было показано, что эти исследования, как правило, не учитывают вмешивающихся факторов и методологически небезупречны.

Изменения в психоэмоциональном статусе пациенток могут объясняться социальными обстоятельствами и факторами психологического здоровья, предшествовавшими аборту. Более качественные исследования неизменно устанавливают отсутствие причинно-следственных отношений между абортом и психическими проблемами (Position Statement on Women's Mental Health in Relation to Induced Abortion. Royal College of Psychiatrists (14 марта 2008); Charles V.E. et al., 2008; Paladin D., Major B., 2008; Hogue R.C.J. et al., 2009; Safe abortion <.>, 2012).

Выражение «постабортный синдром» было популяризовано и широко использовалось англоязычными противниками абортов для описания разнообразных негативных психологических реакций, возникновение которых они связывают с абортами. Понятие постабортного синдрома не нашло широкой поддержки за пределами сообщества пролайферов: ни Американская психологическая ассоциация, ни Американская психиатрическая ассоциация не признают существования постабортного синдрома как диагноза или состояния, и он не включен в официальные справочники и списки нарушений психического здоровья.

В 2008 г. группа специалистов в Университете Джонса Хопкинса провела системный анализ медицинской литературы и пришла к заключению, что «наиболее качественные исследования указывают на отсутствие значимых различий в долгосрочном состоянии психического здоровья между женщинами США, принимавшими решение о прерывании беременности, и женщинами, не принимавшими такого решения». Как заявил ведущий автор этого исследования, доктор Роберт Блум, «лучшие исследования не подтверждают существования постабортного синдрома, подобного посттравматическому стрессовому расстройству». Исследователи также отметили, что «негативные последствия абортов для психического здоровья систематически выявляются в исследованиях с наибольшими методологическими недочетами», и констатировали: «ученые

продолжают проводить исследования, исходя из политически ангажированной постановки проблемы».

Исследование, проведенное в 2015 г., включало женщин ( $n=667$ ), перенесших аборт, за которыми наблюдали проспективно в течение 3 лет. В конце наблюдения 99% женщин сообщили, что уверены в том, что решение сделать аборт было правильным. Однако те женщины, которые испытывали трудности в принятии решения, имели более низкие шансы уверенности в этом - 0,71; 95% ДИ - 0,60-0,85 среди женщин, перенесших аборт в пограничные сроки, и 0,46; 0,36-0,64 - в I триместре соответственно). И отрицательные, и положительные эмоции со временем снижались, причем без каких-либо различий между указанными выше группами. Стигма аборта в сообществе, где проживали женщины, и низкая социальная поддержка были связаны с более негативными эмоциями.

**Резюме.** Не найдено доказательных данных влияния прерывания беременности на психическое здоровье женщин.

### **Отдаленные последствия аборта: рак молочной железы**

**Версия.** Имеет место увеличение риска возникновения онкологических заболеваний женской половой сферы параллельно росту частоты искусственных абортов (Шнейдерман Н.А., 1991). Автор ссылается на источники 1970-х гг. (*Примеч. авт.*)

**Контрверсия.** Всесторонние лонгитюдные исследования, выполненные по заказу правительств США и Великобритании, обнаружили, что связи между абортом и раком груди нет. Нет также свидетельств того, что аборт является фактором риска других видов рака (Сакевич В.И., 2007).

**Комментарии.** Китайские исследователи, чтобы оценить связь между ИПБ и риском рака молочной железы среди соотечественниц, провели метаанализ 36 статей (два когортных исследования и 34 исследования «случай-контроль», охватывающих 14 провинций в Китае) (IIa, IIIb) и выявили повышенный риск рака молочной железы среди женщин, которые имели по крайней мере один ИПБ (ОР - 1,44; 95% ДИ - 1,29-1,59). Риск увеличивается до 1,76 (95% ДИ - 1,39-2,22) и 1,89 (95% ДИ - 1,0-2,5) при двух и трех ИПБ в анамнезе соответственно (Huang Y. et al., 2014).

Однако связь рака молочной железы с абортом была полностью опровергнута еще в 2004 г.: метаанализ 53 эпидемиологических исследований с участием 83 тыс. женщин в 16 странах не подтвердил эту взаимосвязь с ОР, равным 0,93 (95% ДИ - 0,89-0,96) (Ia) (Beral V. et al., 2004). Более поздние работы подтверждают этот вывод: после корректировки возможных дополнительных факторов не была установлена связь между ИПБ и раком молочной железы (ОР - 0,94; 95% ДИ - 0,79-1,1) (IIIb) (Wu J.Q. et al., 2014).

Lanfranchi A.E. (2014), учитывая ряд предыдущих эпидемиологических исследований, предлагает создать банк данных, на основании которого могут быть выполнены обзоры, анализ и предложения, способствующие пониманию рисков.

**Резюме.** Связь рака молочной железы, а также других локализаций рака с перенесенными в прошлом абортами не доказана.

### **Отдаленные последствия аборта: резус-изосенсибилизация**

**Версия.** При последующих беременностях ранее сделанный аборт может спровоцировать резус-конфликт - состояние, при котором в организме резус-отрицательной матери образуются антитела к эритроцитам резус-положительного плода (Комова О.А. Сайт: [www.missfit.ru](http://www.missfit.ru), а также другие сайты для женщин).

**Контрверсия.** При сроке беременности до 9 нед (63 дня) теоретический риск изосенсибилизации женщины антигенами системы Rh при выполнении МА крайне низок (Naik K. et al., 1988; Fiala C. et al., 2003; Safe abortion <...>, 2012). Таким образом, определение Rh-фактора и введение анти-Rh-иммуноглобулина не считаются необходимыми составляющими медикаментозного прерывания беременности на ранних сроках (Safe abortion <...>, 2012).

**Комментарии.** Пассивная иммунизация всех Rh-отрицательных женщин иммуноглобулином человека антирезус Rho[D] в течение 72 ч после искусственного аборта была рекомендована в США в 1961 г. (Finn R. et al., 1961). Несмотря на это, убедительных доказательств необходимости этой меры после искусственного аборта на ранних сроках беременности до сих пор нет (Urquhart D.R. et al., 1990; Fiala C. et al., 2003). Там, где доля Rh-отрицательных лиц в популяции высока и иммуноглобулин человека антирезус Rho[D] вводят всем Rh-отрицательным женщинам в лечебно-профилактических учреждениях, его следует применять во время искусственного аборта. Если срок беременности менее 12 нед, то доза иммуноглобулина человека антирезус Rho[D] может быть снижена с 300 мкг (в этой дозе препарат назначают после срочных родов) до 50 мкг (Safe abortion <...>, 2012). Если иммуноглобулин человека антирезус Rho[D] недоступен или доля Rh-отрицательных лиц в популяции низка, определение Rh-фактора перед искусственным абортom не требуется. Если иммуноглобулин человека антирезус Rho[D] доступен, его рекомендуют назначать Rh-отрицательным женщинам, которым выполняют МА, вместе с простагландином (в день приема мизо-простала). Женщинам, которые применяют мизопростол на дому, иммуноглобулин человека антирезус Rho[D] можно назначать вместе с мифепристоном.

**Резюме.** Несмотря на отсутствие доказательных данных о резус-изосенсибилизации, при аборте на ранних сроках беременности рекомендуется проводить ее профилактику, в том числе регламентировано приказом Минздрава России № 572н.

## **НЕЖЕЛАТЕЛЬНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ И ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ: РАЗРЕШИТЬ НЕЛЬЗЯ ЗАПРЕТИТЬ?**

**Версия.** Сейчас наибольшую угрозу для демографической безопасности России и репродуктивного здоровья нации представляют аборт, количество которых в связи с финансово-экономическим кризисом значительно увеличилось. Снижение количества абортов предстает одной из ключевых задач всей демографической политики, направленной на повышение уровня рождаемости (Свитнев К.Н., 2010).

**Контрверсия.** Сокращение численности населения происходит из-за его естественной убыли, то есть превышения числа смертей над числом рождений. Естественная убыль за период между переписями (1989 и 2002 гг.) составила около 7,4 млн человек (родилось 20,5 млн, а умерло 27,9 млн человек). Причины демографического кризиса в России носят ярко выраженный социально-экономический характер: долговременный социально-экономический стресс, испытываемый населением страны в течение двадцатилетнего периода реформ на фоне отсутствия сбалансированной демографической политики, резко повлиял на состояние здоровья и репродуктивного поведения. В ходе реформ, наряду с обнищанием, на здоровье населения оказывают негативное влияние и другие не менее значимые факторы: алкоголизм, несчастные случаи, отравления, травмы - все то, что в немалой степени обуславливает смертность населения, в основном мужчин среднего репродуктивного возраста (Радзинский В.Е. и др., 2009).

**Комментарии.** Демографам давно известно, что объективные демографические тенденции неизменно оказываются сильнее, чем любая пронаталистская государственная политика. Это ясно видно на примере опыта запрета абортов в СССР с 1936 по 1955 г. Непосредственно после запрета абортов их число на очень короткое время резко сократилось, а число рождений возросло. Однако уже со следующего года число абортов возросло и продолжало неуклонно расти вплоть до 1964 г., когда в СССР появились внутриматочные спирали. При этом в структуре проведенных за это время абортов лишь 10% приходилось на законодательно разрешенные операции по медицинским показаниям, а оставшиеся 90% составляли случаи завершения врачами неполных криминальных абортов, которые женщины провоцировали самостоятельно или с помощью других лиц. Естественно, что на репродуктивном здоровье населения это сказалось отрицательно: распространилось бесплодие как результат осложнений после аборта, а смертность от абортов к 1950-м гг. составляла 70% в структуре МС (рис. 1.6).





**Рис. 1.6.** Доля материнской смертности после абортов в структуре общей материнской смертности (цит. по: Акулова В., Институт «Коллективное действие», 2011. Сайт: <http://www.ikd.ru/>)

Что касается роста рождаемости, то, по всем существующим демографическим данным, количество абортов с рождаемостью никак не связано. Число абортов в России стабильно и быстро сокращалось с конца 1980-х. Рождаемость же в конце 1980-х - начале 90-х сильно снизилась, медленно снижалась на протяжении 90-х, а затем постепенно начала расти в 2000-е. Показательно в этом отношении и сравнение России с Польшей, где аборты постепенно были полностью запрещены, но рождаемость продолжала падать быстрее, чем российская. Важно отметить и то, что все специалисты по демографии сегодня сходятся во мнении, что главный негативный фактор в современной российской демографической ситуации - это вовсе не низкая рождаемость, которая в данный момент постепенно растет, а высокая смертность, которая тоже продолжает расти, то есть негативная тенденция все еще не преодолена.

По официальной статистике, в России в 2006-2009 гг. регистрировалось от 19 до 17 тыс. убийств в год. По данным независимых экспертов, исследование НИИ Академии Генпрокуратуры показало, что на самом деле убийств в России совершается почти в 3 раза больше - до 47 тыс. в год. За 2015 г. МВД России показало цифру 32,9 тыс. убийств в год (Ветров И. Кризис толкает на преступления. Газета.ру. 23.01.2016. Сайт: [www.gazeta.ru](http://www.gazeta.ru)).

Россия заняла 1-е место в Европе по количеству убийств молодежи. Уровень смертности от насильственных причин в возрастной группе 10-29 лет в России составляет 15,85 на 100 тыс. человек - самый высокий среди 53 стран, данные о которых собраны в докладе ВОЗ. Затем идут Албания - 11,2 и Казахстан - 10,66.

Источник KingMed.info

Наименьший уровень смертности среди подростков и молодежи от насильственных причин в Германии - 0,47 и Австрии - 0,54.

Российская Федерация занимает 1-е место в Европе по количеству самоубийств среди детей и подростков. За последние годы количество детских суицидов и попыток самоубийств увеличилось на 35-37%. Ежегодно в России происходит порядка 19-20 случаев самоубийств на 100 тыс. подростков, что втрое больше мирового показателя. Например, в 2009 г. в России покончили с собой 1379 юношей и 369 девушек в возрасте от 15 до 19 лет (более свежих данных в Роспотребнадзоре не привели). На одно самоубийство приходится до двухсот нереализованных суицидальных попыток. «Официальная статистика фиксирует явные случаи суицидов. В действительности масштабы подростковых самоубийств в России могут быть гораздо выше в силу ряда субъективных и объективных факторов, приводящих к недоучету потерь, обусловленных подростковыми самоубийствами», - отметили на официальном сайте Роспотребнадзора 11.03.2013.

Россия занимает 1-е место среди стран Европы и Северной Америки по дорожно-транспортным происшествиям со смертельным исходом на 100 тыс. жителей и 6-е место при пересчете на 100 тыс. автомобилей, уступая лишь Украине, Албании, Молдавии, Румынии и Белоруссии. В 2013 г. в России при общем количестве 204 068 дорожно-транспортных происшествий погибли 27 025 человек и 258 437 получили ранения (в число раненых входят лишившиеся трудоспособности и оставшиеся инвалидами). В период с 1990 г. по настоящее время число погибших на дорогах Европы уменьшилось примерно в 2 раза, а в России в лучшую сторону практически ничего не изменилось (в 1999 г. общее количество дорожно-транспортных происшествий было 159 823, число погибших - 27 665, раненых - 177 924).

Россия заняла последнее место в опубликованном 19.09.2014 Агентством Bloomberg втором ежегодном рейтинге эффективности системы здравоохранения. В рейтинг попало 51 государство с населением не менее 5 млн человек и ВВП на душу населения не менее 5 тыс. долл., с продолжительностью жизни не менее 70 лет.

Расходы на здравоохранение в процентах от ВВП: в России - 6,3%, в США - 17,2%, в Германии - 11,0%. Расходы на здравоохранение на душу населения: в России - 887, в США - 8895, в Германии - 4683 долл.

В настоящее время ВОЗ проводит прямую зависимость между общими расходами на здравоохранение (на душу населения) и средней (ожидаемой) продолжительностью жизни. Так, при показателе общих расходов на здравоохранение (на душу населения) 100-500 долл. средняя (ожидаемая) продолжительность жизни составляет 47-67 лет. При увеличении расходов до 1000 долл. средняя (ожидаемая) продолжительность жизни увеличивается до 70-75 лет, а в промежутке 1000-3000 долл. средняя (ожидаемая) продолжительность жизни увеличивается до 75-80 лет.

Источник KingMed.info

Кроме того, в России довольно высокий индекс рисков для здоровья, он составляет 7,31 балла, что близко к значению Папуа - Новая Гвинея (7,24 балла). Лучше всего обстоят дела со здоровьем населения в первой десятке стран, куда входят Сингапур, Италия, Австралия, Швейцария, Япония, Израиль, Испания, Нидерланды, Швеция и Германия.

По статистике сердечно-сосудистых заболеваний, из 34 стран мира Россия заняла 1-е место, опередив прежнего лидера - Румынию. Только от инфаркта миокарда в России из каждых 100 тыс. человек ежегодно умирают 330 мужчин и 154 женщины, а от инсультов - 204 мужчины и 151 женщина. Среди общей смертности в России сердечно-сосудистые заболевания составляют 57%.

В 2012 г., по данным Росстата, от новообразований умерло 290,9 тыс. человек. Уровень заболеваемости, скорректированный на стандартизированный возрастной состав населения на 100 тыс. человек, - 124,4. В России на конец 2012 г. на учете в онкологических учреждениях состояли более 3 млн больных. Каждую минуту ставится один онко-диагноз. За последние 10 лет число онкологических больных в стране увеличилось на 25,5% (рис. 1.7). Через 10 лет, если ситуацию не менять, больных станет больше еще на 15-20%. Заболевание в 60% диагностируется в III-IV стадии. Ежегодный экономический ущерб от онкологических заболеваний - более 90 млрд рублей.



**Рис. 1.7.** Заболеваемость по главным классам болезней (Росстат, 2011)

Россия вышла на «почетное» 2-е место в мире по количеству ВИЧ-инфицированных в стране: сейчас их у нас примерно 1% общего числа взрослого населения и 2,5%

Источник KingMed.info

мужчин в возрасте 20-35 лет. Впереди России - только Африка, где число больных достигает 15%. Во всем мире число ВИЧ-инфицированных из года в год неуклонно снижается, а в России, наоборот, увеличивается. На 01.12.2014, по данным Роспотребнадзора, в России уже более 860 тыс. ВИЧ-позитивных человек, при этом число выявленных случаев ежегодно увеличивается на 10%. Самый стремительный рост произошел за последние шесть лет - с 370 до 860 тыс., то есть более чем в 2 раза. Сегодня каждый день фиксируется примерно по 200 новых случаев заражения. Россия заняла 4-е место в мире по уровню употребления алкоголя. ВОЗ проводила исследования в течение нескольких десятилетий более чем в 100 странах мира. По данным ВОЗ, россияне (включая новорожденных) ежегодно выпивают по 15,76 л алкоголя в пересчете на чистый спирт. Это в 2,5 раза больше, чем среднемировой показатель, составляющий 6,1 л. Если в мире от алкоголя умирают 6,2% мужчин и 1,1% женщин, в Российской Федерации – соответственно 20 и 6%. Алкоголь является основной причиной низкой продолжительности жизни российских мужчин. По данным Верховного суда Российской Федерации, 75% от 12 тыс. раскрытых в 2010 г. убийств были совершены в состоянии алкогольного опьянения.

Россия занимает 7-е место по потреблению сигарет на душу населения в списке из 121 страны. Вклад табакокурения в смертность в России составляет 17%.

Россия занимает 1-е место среди стран мира по потреблению героина. На ее долю приходится 21% общего потребления этого наркотика на планете, а также 5% сбыта всех опиатов. Число наркоманов в Российской Федерации увеличилось в 10 раз с 1999 по 2009 г., при этом объем потребления ими афганского героина колеблется от 75 до 80 т в год. По данным ФСКН России, смертность молодых людей в возрасте от 15 до 34 лет превышает 100 тыс. человек ежегодно, и 70% приблизительно умирают по причине регулярного употребления наркотиков в результате отказа внутренних органов.

Россия заняла 72-е место в рейтинге из 80 стран, в которых ребенок, родившийся в 2013 г., сможет жить здоровой, безопасной и благополучной жизнью (Laza Kekic. The lottery of life. The Economist. Nov. 21<sup>st</sup>. 2012. <http://www.economist.com/>).

Управление Верховного комиссара ООН по делам беженцев (УВКБ) подготовило доклад, согласно которому на 2-м месте в списке идут граждане России, которые в 2013 г. подали 39,8 тыс. заявок на получение убежища в 44 развитых государствах; за этот год показатель возрос на 76%. Основной поток отъезжающих из России состоит из тех, кто возвращается обратно в республики СССР, такие как Украина и Казахстан. Страны дальнего зарубежья принимают у себя около 50 тыс. эмигрантов из России в год, причем львиная доля этого потока приходится на Германию, США, Испанию, Чехию и Италию. В июле 2015 г., по данным Всероссийского центра изучения общественного мнения, число желающих уехать составило 13%.

Общая численность населения на 01.01.2016 - 146 544 710 человек (Википедия).

В 2015 г.:

- 1) родилось 1 940 579 человек (на 2103 человека меньше, чем в 2014 г.);
- 2) умерло 1 908 541 человек (на 3806 человека меньше, чем в 2014 г.);
- 3) прирост - 32 038 человека (в 2014 г. - 30 336);
- 4) миграционный прирост населения - 219 748 человек (в 2014 г. - 216 900).

В I полугодии 2016 г.:

- 1) родилось 928 377 человек (на 1601 человека больше, чем в I полугодии 2015 г.);
- 2) умерло 960 576 человек (на 27 521 человека меньше, чем в I полугодии 2015 г.);
- 3) убыль - 32 199 человек (в I полугодии 2015 г. - 61 321 человек).

В 2013 г. ВОЗ сообщила в ежегодном докладе, что продолжительность жизни российских мужчин самая короткая среди населения Европы и Средней Азии: российские мужчины в среднем доживают лишь до 62,8 года. По данным Росстата за 2014 г., средняя продолжительность жизни в России составляет 71 год.

Продолжительность жизни мужчин - 65,6 года, женщин - 77,2 года. В 2015 г. средняя продолжительность жизни в России поставила очередной исторический рекорд - 71,4 года. В то же время занявшие 1-е место по продолжительности жизни мужчин израильтяне живут в среднем 80,1 года, британцы - 78,4 года, а испанцы - 78,8 года.

С середины 90-х гг. прошлого столетия общий уровень смертности населения в России остается одним из самых высоких в Европе (15-16 умерших на 1000 населения). Преждевременная смертность мужчин рабочего возраста в России в 2-4 раза выше, чем в развитых западноевропейских странах, США, Канаде, Австралии, Японии. Показатель ожидаемой продолжительности жизни при рождении у российских мужчин ниже на 14-19 лет, а у женщин - на 5-7 лет.

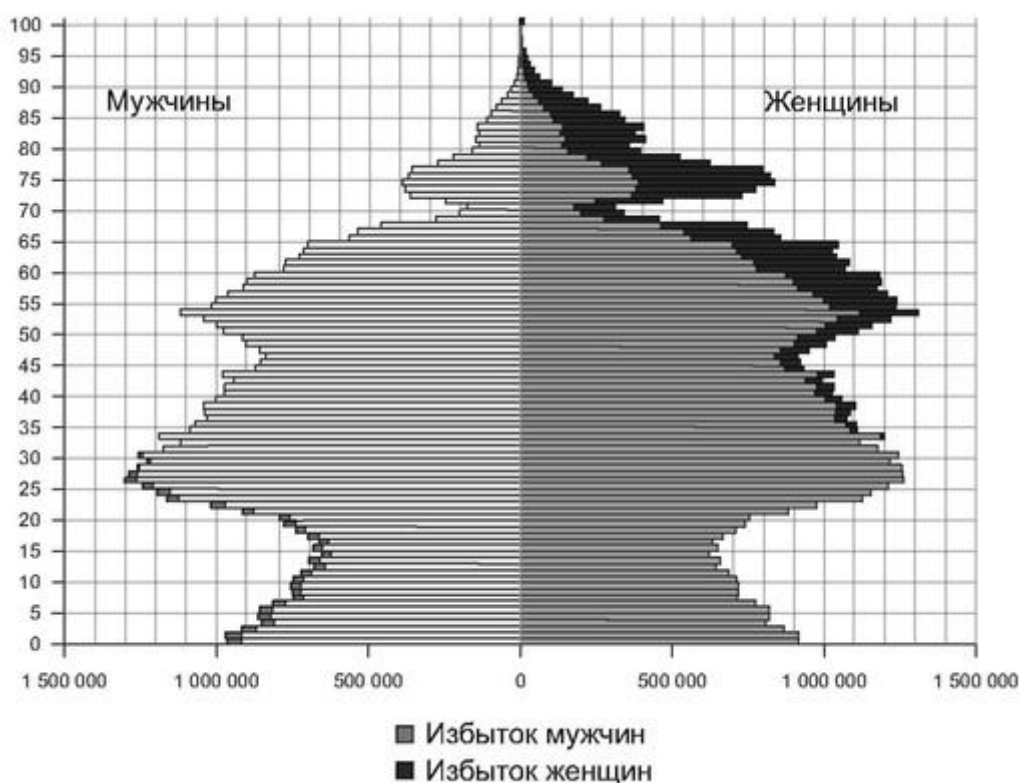
Динамика преждевременной смерти в трудоспособном возрасте (особенно мужчин) от неестественных причин, а также от болезней системы кровообращения на протяжении уже нескольких десятилетий определяет общую негативную ситуацию со смертностью и продолжительностью жизни населения в Российской Федерации. Согласно некоторым расчетам, начавшийся в конце 2014 г. в России экономический кризис может привести к новой волне роста смертности в Российской Федерации. В I квартале 2015 г., по данным Росстата, смертность в России возросла на 5,2% относительно I квартала 2014 г.

Одну из причин спада рождаемости и роста смертности в 1990-е, которые сменились ростом рождаемости и снижением смертности в 2000-е, можно выявить при анализе половозрастной диаграммы (рис. 1.8). Согласно этим данным, четко заметна

Источник KingMed.info

аномально низкая численность людей, родившихся в 1940-е, 1970-е и 1990-е гг. Как понятно, эти демографические волны являются прямым следствием значительного снижения рождаемости в годы Великой Отечественной войны. Не рожденные в то время дети не родили детей в 1970-е, а они, в свою очередь, не родили детей в 1990-е. Соответственно, послевоенный беби-бум 1950-х привел к большому количеству рождений в 1980-х, а они, в свою очередь, обусловили рост рождаемости в 2000-2010-х. Соответственно вплоть до 2020 г. можно ожидать относительно устойчивого роста рождаемости при снижающейся смертности. Следующее «дно» демографической волны, очередного эха далекой войны, придется, когда не рожденные в 1990-е гг. не родят детей в 2020-2030-е.

Период прохождения пика рождаемости в разных регионах будет различным. В регионах с ранним возрастом рождений (республики Кавказского и Южного федерального округа; Тыва, Алтай, ряд республик Приволжского федерального округа) снижение рождаемости, вероятно, начнется в 2015-2020 гг. В регионах с более поздним сроком рождений и большим возрастом поколений (Центральный, Северо-Западный федеральные округа) снижение рождаемости начнется позднее, в 2020 г. и далее. В остальных регионах будет наблюдаться промежуточный характер времени наступления снижения рождаемости.



**Рис. 1.8.** Половозрастная пирамида населения России на 2014 г.

**Резюме.** Запретительные и ограничительные антиабортные меры не приводят к сокращению числа аборт, никак не влияют на рождаемость и лишь ухудшают репродуктивное здоровье женщин.

## **ЗАПРЕЩЕНИЕ (ОГРАНИЧЕНИЕ) АБОРТОВ - ПЛЮС ИЛИ МИНУС?**

**Версия.** «Наркотики законодательно запрещены, аборт же является повсеместной практикой. Необходимо серьезно задуматься хотя бы об ограничении круга лиц, имеющих право на прерывание беременности (несовершеннолетние женщины; женщины, уже имеющие двух детей; женщины старше 40 лет). Следует отметить, что даже ограничение абортивной практики позволит в кратчайшие сроки полностью переломить демографическую ситуацию, рождаемость более чем в 2 раза превысит смертность, демографическая проблема в России будет практически решена. Но для принятия этого непопулярного - и спасительного для страны решения требуется политическая воля... » (Свитнев К.Н., 2010).

**Контрверсия.** Запрещение или ограничение абортов не способствует уменьшению их количества, а в основном ведет к росту внебольничных абортов, являющихся более травматичными и опасными. Законодательные основы, касающиеся аборта, не оказывают влияния на уровень рождаемости и потребности женщины в аборте, а только влияют на улучшение доступности процедуры при максимально безопасных условиях (Парламентская ассамблея Совета Европы. Док. 11537. 17.03.2008).

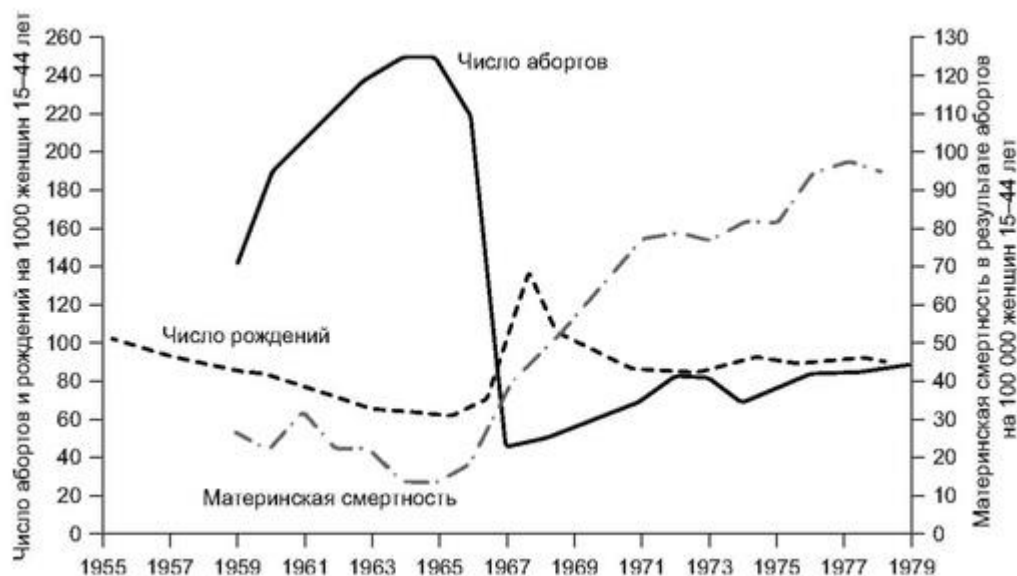
**Комментарии.** В настоящее время, согласно данным Отдела народонаселения ООН, производство аборта по желанию женщины законодательно разрешено в 55 из 194 стран мира. Это всего 28%. Правда, в эту группу входят почти все индустриально развитые государства и Китай, поэтому доля мирового населения, проживающего в странах с либеральным законодательством, свыше 40%. В то же время в странах, где аборт запрещен (рис. 1.9, см. цв. вклейку), выполняется 91% НБА от их общего количества в мире.

Показатель абортов там выше, чем в странах, где он разрешен, что **свидетельствует о полном провале запретительных мер.** Показатели МС достигают 90-350 на 100 тыс. вмешательств, и 98% смертей после аборта в мире приходится на развивающиеся страны. По словам профессора Д. Граймса (Grimes D.A., США, 2006): «Основные причины женской заболеваемости и смертности от НБА сегодня - не потеря крови и инфекции, но, скорее, апатия и презрение к женщинам».

Весьма показательным является пример запрещения абортов в Румынии в 1966 г., когда Н. Чаушеску стал коммунистическим лидером страны. «Зародыш является собственностью государства, - заявил он. - Каждый человек, избавляющийся от ребенка, - это дезертир, преступающий законы национальной преемственности». В то время аборт представлял собой основную форму контроля рождаемости - на каждого родившегося ребенка приходилось в среднем по четыре аборта. Теперь же

Источник KingMed.info

аборты оказались вне закона. Единственным исключением из нового правила были женщины, уже имевшие по четыре ребенка или занимавшие высокие должности в коммунистической партии. В то же самое время под запретом оказались средства контрацепции и половое образование. Правительственные служащие, получившие саркастическое прозвище «менструальная полиция», регулярно посещали предприятия, заставляя работавших там женщин проходить осмотры для определения беременности. Если результаты той или иной женщины постоянно оказывались отрицательными, ее заставляли платить значительный «налог на воздержание».



**Рис. 1.10.** Аборты, рождения и смертность в Румынии в период 1955-79 гг. (FIGO. Руководство по репродукции человека, 2004)

Стимулы, предложенные Чаушеску, привели к желаемому эффекту лишь частично и на короткое время (рис. 1.10). Однако главный их результат оказался другим - МС стала в 10 раз выше, чем в странах Европы, где за увеличение рождаемости борются требующими больших вложений, но и, как показала жизнь, более эффективными методами.

Россия была первой страной в мире, легализовавшей аборт по желанию женщины. Один из создателей советской системы здравоохранения З.П. Соловьев назвал историческим документом совместное постановление Наркомздрава и Наркомюста от 18.11.1920, в котором, в частности, говорилось: «Допускается бесплатное производство операции по искусственному прерыванию беременности в обстановке советских больниц, где обеспечивается ей максимальная безвредность». Эта была мера, направленная в первую очередь против криминальных аборт. Однако уже в 1924 г. органы здравоохранения создают «абортные комиссии», которые выдавали разрешение на бесплатный аборт, применяя при этом классовый подход и соблюдая такую очередность: безработные-одиночки; работницы-одиночки, имеющие одного



ребенка; многодетные; занятые на производстве; многодетные жены рабочих; все остальные застрахованные; прочие гражданки. Для многих женщин, не получивших разрешение на аборт, он стал платным. В 1926 г. были введены и другие ограничения.

До 1930 г. в СССР еще публиковалась статистика об абортах, которая свидетельствовала о постоянном росте их числа. В обществе все больше распространялся взгляд на аборт как на зло с демографической точки зрения. Говоря об этом, нельзя не упомянуть о значительной убыли населения России в связи с гражданской войной, массовым голодом, коллективизацией, репрессиями. В 1936 г. ЦИК и СНК приняли постановление, запрещающее аборт. В повороте государственной политики в отношении абортов на 180 градусов наряду с демографическим фактором важную роль сыграл также фактор идеологический. Дело в том, что со временем эффективность работы «абортных комиссий» стали оценивать по числу выдаваемых ими отказов. Факт разрешения на аборт как бы противоречил утверждениям официальной пропаганды о постоянном росте благосостояния трудящихся. Этим же можно объяснить и засекречивание в начале 1930-х гг. статистики об абортах. А в 1939 г. сбор статистических данных об искусственных абортах был полностью прекращен.

История 19-летнего запрета абортов в России (с 1936 по 1955 г.) демонстрирует трагические последствия такого решения советского правительства. После кратковременного роста числа рождений и снижения абортов уже в 1937 г. количество последних стало возрастать, достигнув в 1939 г., по сведениям Е. Садвокасовой, 36,5% на 1 000 женщин в возрасте 15-49 лет, при этом до 98% из них были начаты вне лечебного учреждения. Примерно треть женщин с внебольничным абортом поступили в больницы с септическим состоянием. В структуре общей МС летальность от аборта составила 26% в 1935 г., а в 1940 г. - уже 51%. В начале 1950-х гг. эта доля превысила 70%.

Рост числа криминальных абортов в послевоенные годы заставил советское государство опять изменить политику в отношении абортов. В 1955 г. Президиум Верховного Совета СССР принял Указ «Об отмене запрещения абортов». В предшествовавший отмене запрета год криминальные аборт унесли жизни 5000 женщин. Через 10 лет при разрешенных абортах этот страшный показатель выражался уже цифрой 980, сегодня (2012 г.) - 36.

Напротив, в современных условиях в развитых странах, где принята стратегия признания как взрослой, так и подростковой сексуальности в качестве нормальных, закономерных явлений, которые не подлежат запрету, а нуждаются только в профессиональной помощи во избежание нежелательных последствий, главным фактором социальной политики стало сексуальное просвещение. Эта новая, перmissive (терпимая) стратегия оказалась значительно более эффективной. Систематическое сравнение статистических показателей динамики беременностей,

абортов, ИППП и изнасилований показывает, что в перmissive странах (например, в Нидерландах) ситуация с ними складывается гораздо лучше, чем в тех, где больше уповают на запреты и ограничения, как, например, в США. Уже в 1996 г. показатель абортов в Нидерландах составлял 6,5, а в США - 22,9. Исследователи объясняют такой успех превосходной программой сексуального просвещения и тем, что социальная политика государства совпадает с личными установками населения.

Несмотря на то что аборт легален в подавляющем большинстве стран - членов Совета Европы, Парламентская ассамблея в 2010 г. выразила обеспокоенность относительно того, что во многих странах из упомянутой группы отмечается ряд условий, которые ограничивают доступность аборта с использованием максимально щадящих практик. Эти ограничения способствуют возникновению дискриминирующего эффекта, так как более информированные и финансово обеспеченные женщины имеют больше возможностей для использования услуг по прерыванию беременности в легальных и более безопасных условиях (полный текст резолюции Парламентской ассамблеи Совета Европы 2008 г. - в Приложении).

**Резюме.** Стратегии в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья, включая всеобъемлющее образование для молодежи в сфере вопросов, связанных с особенностями пола и отношений между людьми, способствуют уменьшению востребованности процедуры аборта, напротив, их запрещение или ограничение имеют прямо противоположный результат - рост числа абортов, а главное - рост МС.

### **1.3. ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ СОВРЕМЕННОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПОЛИТИКИ В ОТНОШЕНИИ АБОРТОВ**

В России за последние 20 лет политика в отношении планирования семьи менялась - от содействия до критики и игнорирования (Денисов Б.П., Сакевич В.И., 2012).

В начале 1990-х гг. на волне демократических преобразований в России была принята Федеральная целевая программа «Планирование семьи», получившая в 1994 г. статус президентской (в рамках программы «Дети России», Указ Президента РФ от 18.08.1994 № 1696). Программа была призвана коренным образом изменить отношение к репродуктивным правам в обществе и создать условия для реализации этих прав. В годы действия программы в России впервые была создана служба планирования семьи в виде сотен центров планирования семьи и репродукции в ведении Минздрава России. Были организованы курсы подготовки и повышения квалификации специалистов. Велась значительная работа по повышению сексуальной культуры населения, предусматривалось создание и внедрение программ сексуального образования подростков. Однако принимаемые меры встретили активное сопротивление определенной части общества, против программы была развернута кампания, которая нашла поддержку в Государственной думе РФ, и уже в

1998 г. ее финансирование было исключено из государственного бюджета. Программы сексуального образования в школах так и не были введены. Отношение российского государства к праву на безопасную и приносящую удовлетворение сексуальную жизнь, на планирование семьи и репродуктивный выбор было и остается двусмысленным, а часть общества настроена по отношению к этим правам откровенно негативно. Миф о том, что регулирование рождаемости является синонимом ее ограничения, а широкий доступ к методам контрацепции приводит якобы к снижению рождаемости, широко распространен как на уровне обывателя, так и на уровне лиц, принимающих решения. А поскольку официально декларируемой политикой всегда был пронатализм, продвижению идеологии планирования семьи не уделяется должного внимания. Возобновление программы, подобной «Планированию семьи», сегодня, в условиях провозглашенного государством курса на повышение рождаемости, вряд ли возможно; наоборот, созданные в 1990-е гг. центры планирования семьи и репродукции постепенно закрываются из-за недостаточного финансирования.

Указ Президента РФ от 07.05.2012 № 606 «О мерах по реализации демографической политики Российской Федерации» в целях совершенствования демографической политики Российской Федерации постановляет: «Правительству РФ обеспечить повышение к 2018 г. суммарного коэффициента рождаемости до 1,753». Данный коэффициент характеризует среднее число рождений у одной женщины в гипотетическом поколении за всю ее жизнь: в 2015 г. он составил 1,780, в 2016 - 1,771, в мире - 2,36. - *Примеч. авт.*

Судя по последним политическим решениям, основное внимание государства направлено на ограничение доступности искусственного аборта, запугивание населения информацией о его вредных последствиях для здоровья и моральной неприемлемости. Об альтернативных аборту способах регулирования рождаемости не говорится.

Активную борьбу против права на репродуктивный выбор ведет церковь. При этом Русская православная церковь оказывает большое давление на решения государственных органов власти России. В начале 2011 г. Патриарх Московский и всея Руси Кирилл направил государственному руководству Российской Федерации ряд предложений по совершенствованию национальной политики в сфере заботы о семье и детстве, среди которых и меры по противодействию абортам. В частности, он предложил вывести операции по прерыванию беременности (за исключением случаев прямой угрозы жизни матери) из системы медицинского страхования.

Соглашение о сотрудничестве между Минздравом России и Русской православной церковью 18.06.2015 подписали Святейший Патриарх Московский и всея Руси Кирилл и министр здравоохранения В.И. Скворцова.

Святейший Патриарх Московский и всея Руси Кирилл направил государственному руководству Российской Федерации ряд предложений в связи с возможным рассмотрением Государственным советом РФ вопроса «О государственной политике поддержки семьи, материнства и детства в Российской Федерации», предложения по совершенствованию национальной политики в сфере заботы о семье и детстве.

## **В области противодействия абортам**

1. Принять ведомственную инструкцию Минздравсоцразвития России, ставящую перед врачом в качестве приоритетной задачи сохранение беременности и запрещающую врачебные инициативы по ее прерыванию, предписывающую в обязательном порядке и в полном объеме знакомить женщин со всеми негативными последствиями и рисками при совершении аборт.
2. Ввести в практику медицинских учреждений по примеру развитых зарубежных стран обязательный двухнедельный период ожидания после оформления информированного согласия - документа, который женщина подписывает перед совершением аборта. В документе понятным языком должно быть описано, что происходит с плодом и самой женщиной при совершении аборта, а также должна содержаться исчерпывающая информация о вреде и всех рисках, связанных с аборт.
3. Создать при каждом родильном доме центр кризисной беременности с участием психолога и представителей традиционных религий. Направлять женщин, пожелавших прервать беременность, на собеседование в указанный центр.
4. Создать сеть приютов для одиноких матерей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации. Государство могло бы предоставлять помещение и ресурсы для создания таких центров, а церковь - помочь в подготовке их сотрудников, в особенности добровольцев милосердия.
5. Вывести операции по прерыванию беременности (за исключением случаев прямой угрозы жизни матери) из системы медицинского страхования.
6. Исключить совершение аборт на средства налогоплательщиков, в том числе принципиальных противников аборт.
7. Ввести в образовательные программы средних учебных заведений материалы, разъясняющие процесс развития ребенка в утробе матери.
8. Оказать государственную поддержку кампании в СМИ по осуждению аборт, разъяснению их негативных последствий, пропаганде материнства, ответственного отцовства и многодетности.

Сайт: <http://www.patriarchia.ru/db/text/1386377.html>

Источник KingMed.info

Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» введено время ожидания для принятия решения о прерывании беременности. Согласно указанному закону, ИПБ проводится не ранее 48 ч с момента обращения при сроке 4-7 и 11-12 нед, но не позднее окончания 12-й недели беременности и не ранее 7 дней с момента обращения при сроке 8-10 нед беременности (ст. 56, п. 3).

Как отмечают международные правозащитники, процедурные барьеры, такие как обязательные периоды ожидания и предвзятые требования консультирования (психологическое консультирование, направленное на отказ женщины от аборта. - *Примеч. авт.*), могут привести к задержке его выполнения или даже препятствовать доступу к безопасным услугам в медицинских учреждениях. Такие действия, в свою очередь, унижают женщин в качестве компетентных лиц, способных самостоятельно принимать решения, и увеличивают риски для здоровья (задержка выполнения аборта на 2 нед увеличивает риск процедуры в 2 раза. - *Примеч. авт.*).

В то же время, согласно тому же закону, каждая женщина самостоятельно решает вопрос о материнстве (ст. 56, п. 1).

Минздравсоцразвития России направил методическое письмо от 25.08.2011 № 15-0/10/2-8347 «О создании центров медико-социальной поддержки беременных женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации», подготовленное сотрудниками Департамента развития медицинской помощи детям и службы родовспоможения Минздравсоцразвития России В.И. Широковой, О.С. Филипповым, Ю.Е. Тереховой и главным внештатным специалистом Минздравсоцразвития России по акушерству и гинекологии Л.В. Адамян. В письме указывается, что создание центров медико-социальной поддержки беременных, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, является одним из новых направлений приоритетного национального проекта «Здоровье», реализация которого должна быть предусмотрена в ходе выполнения региональных программ модернизации здравоохранения.

В методическом письме говорится, что работа центров медико-социальной поддержки беременных, оказавшихся в трудной жизненной ситуации (далее - центр) по обеспечению медицинской и социально-психологической помощи женщинам в случаях нежелательной беременности, является важным компонентом комплекса мероприятий, направленных на профилактику и снижение аборт в Российской Федерации.

Другим, не менее важным аспектом работы центров является предупреждение отказов от новорожденных в акушерских стационарах.

Создание центров будет способствовать снижению общего числа абортов, сохранению репродуктивного здоровья женщин в Российской Федерации и

Источник KingMed.info

увеличению числа родившихся детей, а также предупреждать отказ от новорожденных в акушерских стационарах. В дальнейшем одним из направлений работы центров может быть развитие пренатального усыновления. Финансирование центра осуществляется за счет средств, предусмотренных бюджетами субъектов Российской Федерации.

Согласно приказу Минздрава России от 12.11.2012 № 572н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология"...» (глава IX, п. 104), при первичном обращении женщины для ИПБ по ее желанию или по социальному показанию врач - акушер-гинеколог, а в случае его отсутствия - врач общей практики (семейный врач), медицинский работник фельдшерско-акушерского пункта направляет беременную в кабинет медико-социальной помощи женской консультации (центр медико-социальной поддержки беременных, оказавшихся в трудной жизненной ситуации) для консультирования психологом (медицинским психологом, специалистом по социальной работе). При отсутствии кабинета медико-социальной помощи (центра медико-социальной поддержки беременных, оказавшихся в трудной жизненной ситуации) консультирование проводит медицинский работник с высшим или средним медицинским образованием, прошедший специальное обучение, на основе ИДС женщины.

Правила организации деятельности центра медико-социальной поддержки беременных, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, рекомендуемые штатные нормативы и стандарт оснащения центра медико-социальной поддержки беременных, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, определены приложениями № 31-33 к настоящему Порядку.

«Важно отметить, что благодаря активным мерам по психологической поддержке беременных женщин, организации службы доаборт-ного консультирования в женских консультациях и родильных домах за 2015 г. на 8% сократилось число абортов. Это 67 тыс. родившихся детей. А по сравнению с 2011 г. - на 24,5%», - сказала В. Скворцова на заседании правительства, посвященном демографической ситуации в России (06.04.2016. Русская народная линия: информационно-аналитическая служба. Сайт: <http://ruskline.ru/>).

«Мы работаем вместе с Советом Федерации, Государственной думой, общественными и профессиональными организациями, религиозными конфессиями, прежде всего с Русской православной церковью. Все это позволило нам существенно сократить количество абортов по желанию женщины с 735 тыс. в 2011 г. до 447 тыс. в 2015-м, то есть более чем на 60%», - заявила она на Международном инвестиционном форуме «Сочи-2016» (03.10.2016. VADEMECUM. Сайт: <https://vademece.ru/>).

Источник KingMed.info

По словам министра здравоохранения В.И. Скворцовой, «за три года мы нарастили в 3 раза, до 1,5 тыс., число кабинетов и центров профилактики аборт, медико-социальной и психологической помощи беременным женщинам, особенно попавшим в трудную жизненную ситуацию. Из тех, кто пришел в эти центры, 39,5 тыс. отказались от абортов, то есть это подтвержденные случаи конкретной работы психологов и медицинских социальных работников» (брифинг В.И. Скворцовой по завершении совещания о создании условий для повышения рождаемости в Российской Федерации 30.01.2017. Сайт Правительства РФ: <http://government.ru/>) (в 2016 г. число отказов от абортов оказалось в 2 раза меньше по сравнению с 67 тыс. в 2015 г. - *Примеч. авт.*).

В то же время в других источниках СМИ сообщается, что в 2016 г. абортов было зарегистрировано на 96,3 тыс. меньше по сравнению с 2015 г., а за четыре последних года их количество уменьшилось вдвое. Приводится динамика абортов, которые выполнены в учреждениях здравоохранения за счет средств ОМС за последние 4 года: 2013 г. - 531 663; 2014 г. - 489 130; 2015 г. - 450 тыс. и 2016 г. - 353 700. Снижение в 2016 г. по отношению к 2013 г. составило 33,5%. -*Примеч. авт.*

По данным раздела «Состояние здоровья беременных, рожениц, родильниц и новорожденных» (данные Минздрава России, расчет Росстата, обновлено 25.11.2016), представленным на официальном сайте Росстата (<http://www.gks.ru>), численность женщин, закончивших беременность родами в срок и ПР (суммарно, тыс. человек) составила в 2012 г. 1747, в 2013 г. - 1728,3 (-18,7 тыс. по отношению к предыдущему году), в 2014 г. - 1758,1 (+29,8) и в 2015 г. - 1748,8 (-9,3). За период январь-сентябрь 2016 г. в России родилось 1275,5 тыс. человек, что на 1,9 тыс. человек меньше, чем за такой же период 2015 г. (1277,4 тыс. человек) (25.10.2016. Сайт: [www.dos-news.com](http://www.dos-news.com)).

Опрос (анонимное анкетирование) 560 женщин Свердловской области, обратившихся с нежелательной беременностью для ее прерывания в 2014 г., показал, что в отношении полученной консультации женщины отметили, что информация оказывала давление на них, чтобы не делать аборт, в 20% случаев; консультирование заставило 70% женщин испытывать страх перед аборт; период ожидания не оказывал на эмоциональное состояние женщины никакого влияния в 80% случаев, негативное и очень негативное влияние - в 20% случаев; удовлетворенность пациенток консультированием следующая: высоко его оценили 7% респондентов, умеренно - 43%, низко - 35%, оставили без оценки - 15%.

Постановлением Правительства РФ от 06.02.2012 № 98 отменен ряд социальных показаний к ИПБ (кроме одного - изнасилования). «Аборты по социальным показаниям в поздние сроки (после беременности 12 нед) сопровождаются значительным числом осложнений, - пояснил представитель Минздрава России О.С. Филиппов. - Летальность после абортов в стационаре на сроке 12-22 нед в 8 раз

Источник KingMed.info

выше, чем до 12 нед. Учитывая высокий риск материнской смертности, прерывание беременности в поздние сроки необходимо проводить только по медицинским показаниям, когда беременность представляет угрозу для жизни женщины. При этом имеются все возможности решить проблему, связанную с нежелательной беременностью, на сроке до 12 нед» (Российская газета. 17.02.2012; Комсомольская правда. 15.06.2012).

В Приказ Минздравсоцразвития России от 03.12.2007 № 736 «Об утверждении перечня медицинских показаний для искусственного прерывания беременности» были внесены изменения (приказ Минздрава России от 27.12.2011 № 1661н, зарегистрирован в Минюсте России 25.12.2007, рег. № 10807), согласно которым сокращен также список медицинских показаний к прерыванию беременности.

15.06.2015 в СМИ сообщалось, что в очередной раз в Госдуму внесен законопроект о выведении аборт из системы ОМС и проведении их только в государственных медицинских учреждениях. Авторами инициативы выступили депутаты Е. Мизулина, О. Епифанова, Е. Сенаторова, О. Алимова. «Искусственное прерывание беременности за счет средств бюджета обязательного медицинского страхования возможно только при наличии медицинских либо социальных показаний», - говорится в сообщении пресс-службы депутата Е. Мизулиной.

Кроме того, в документе устанавливается запрет на розничную продажу лекарственных средств, предназначенных для ИПБ. Как отмечается в пояснительной записке к документу, после медикаментозного прерывания беременности без врачебного наблюдения могут возникнуть серьезные последствия для здоровья женщины.

Острая дискуссия возобновилась в сентябре 2016 г., после того как председатель Русской православной церкви вместе с рядом актеров, спортсменов и телеведущих поставили подписи под петицией, призывающей к запрету аборт, финансируемых из средств ОМС. Позицию Святейшего поддержал и Верховный муфтий России Талгат Таджуддин.

Результаты опроса, который был проведен Всероссийским центром изучения общественного мнения сразу после данного события 15-16.10.2016 в 130 населенных пунктах России, показали, что большинство россиян считают, что женщина должна иметь право на прерывание беременности, и аборт не заслуживает общественного порицания. Инициатива по выведению аборт из системы ОМС не нашла поддержки у населения.

Всероссийский центр изучения общественного мнения представил данные исследования. В отношении предложения исключить аборт из системы ОМС 70% населения высказались против (за - 21%), равно как и идеи полного запрета на ИПБ для российских женщин: 72% считают это невозможным (согласны - 18%, среди



Источник KingMed.info

мужчин - 26%, среди женщин - 12%). Мужчины и молодежь более лояльны к данным предложениям, нежели женщины и пожилые люди. Возможные последствия введения запрета на аборты в стране видятся респондентам преимущественно негативными: так, к ним относят рост количества подпольных абортов (31%), увеличение числа беспризорников (13%), повышение уровня смертности (11%), бедность (11%) и т.д. (25.10.2016, пресс-выпуск № 3228. Сайт: [www.wciom.ru](http://www.wciom.ru)).

Приказ Минздрава России от 12.01.2016 № 5н «О внесении изменений в порядок оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология" (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)», утв. приказом Минздрава России от 01.11.2012 № 572н, регламентирует изменить п. 9 приказа № 572н и изложить его в следующей редакции: основной задачей диспансерного наблюдения женщин в период беременности являются предупреждение прерывания беременности при отсутствии медицинских и социальных показаний и ее сохранение, профилактика и ранняя диагностика возможных осложнений беременности, родов, послеродового периода и патологии новорожденных; п. 10б дополнить предложением следующего содержания: в целях сохранения беременности при проведении УЗИ органов малого таза беременной демонстрируется изображение эмбриона и его сердцебиение (при наличии сердцебиения).

Приказом Минздрава России от 07.04.2016 № 216н утверждена новая форма ИДС на проведение ИПБ по желанию женщины. В данной форме, в частности, указано: «Я проинформирована о сроке моей беременности, об отсутствии у меня медицинских противопоказаний к вынашиванию данной беременности и рождению ребенка; мне проведено/не проведено (нужное подчеркнуть) ультразвуковое исследование (далее - УЗИ) органов малого таза, в процессе которого продемонстрировано изображение эмбриона и его сердцебиение (при наличии сердцебиения): «\_\_»\_\_20\_\_г. (указать дату проведения согласно отметке в медицинской документации или дату отказа от медицинского вмешательства, оформленного в установленном порядке); я проконсультирована психологом (медицинским психологом, специалистом по социальной работе) по вопросам психологической и социальной поддержки» (п. 104 приказа Минздрава России № 572н установлено, что консультирование указанными специалистами проводится по желанию женщины и с ее добровольного информированного согласия. - *Примеч. авт.*).

Исследователи из Калифорнийского университета (Сан-Франциско) и медицинского центра «Планируемое отцовство» (Лос-Анджелес) проанализировали данные 15 575 женщин, обратившихся для выполнения абортов в клинику Лос-Анджелеса по планированию семьи в 2011 г. Все пациентки прошли предварительную процедуру УЗИ, и всем была предоставлена возможность просмотра эмбриона на экране УЗИ. Менее половины женщин (6346, или 42,5%) выразили согласие сделать это. Почти все

Источник KingMed.info

они пошли на аборт (98,8%): 98,4% - которые просматривали ультразвуковые изображения эмбриона и 99,0% - которые этого не сделали (разница - 0,6%). Причем среди женщин, которые были уверены в своем решении, просмотр УЗИ не имел влияния на их решение. Женщины, которые были менее уверены в своем решении, в 95,2% случаев сделали аборт среди тех, кто смотрел УЗИ и в 97,5% - кто не смотрел (то есть на 2,3% меньше). Небольшое количество женщин (7,4%), которые сообщили о низком уровне решимости в отношении аборта, отказались от него после просмотра УЗИ (скорректированное ОШ - 3,21; 95% ДИ - 1,18-8,73). Авторы приходят к выводу, что маловероятно, что обязательный просмотр УЗИ может существенно повлиять на количество аборт. Отмечается также, что женщины, которые просматривают ультразвуковые изображения эмбрионов перед аборт, могут иметь негативные психологические и физические эффекты даже среди тех женщин, которые сделали это добровольно (уровень доказательности II). (Gatter M., Kimport K. et al. Relationship Between Ultrasound Viewing and Proceeding to Abortion. Obst Gynecol. 2014. Vol. 123. N 1. P 81-87; электронный ресурс: <http://journals.lww.com/>; авторы сообщают об отсутствии каких-либо потенциальных конфликтов интересов).

Постановлением Правительства РФ от 08.12.2016 № 1327 «О внесении изменений в приложение к положению о лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково")» медицинским организациям предписано получение лицензии на оказание медицинской помощи по прерыванию беременности.

В Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях (КоАП РФ), согласно Федеральному закону от 05.12.2016 № 412-ФЗ, внесены изменения, вступившие в силу 21.12.2016.

**Статья 6.32 КоАП РФ.** Нарушение требований законодательства в сфере охраны здоровья о получении информированного добровольного согласия влечет наложение административного штрафа на граждан в размере от 1 до 3 тыс. рублей; на должностных лиц - от 5 до 10 тыс. рублей; на юридических лиц - от 40 до 100 тыс. рублей. Нарушение сроков ожидания (в том числе при наличии медицинских и социальных показаний), установленных законодательством, влечет наложение административного штрафа на граждан в размере от 4 до 5 тыс. рублей; на должностных лиц - от 10 до 30 тыс. рублей; на юридических лиц - от 100 до 150 тыс. рублей.

*Примечание.* Под гражданами понимаются медицинские работники, не являющиеся должностными лицами.

## **Глава 2. МЕДИКАМЕНТОЗНЫЙ АБОРТ: ТЕХНОЛОГИЯ БЕЗОПАСНОСТИ**

### **2.1. ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ И РЕКОМЕНДАЦИИ**

В соответствии с положениями, предусмотренными действующим законодательством, необходимо обеспечить доступность высококачественного медицинского обслуживания по вопросам безопасного репродуктивного выбора, а также соблюдение прав женщин на гуманное к ним отношение и получение необходимой помощи в условиях конфиденциальности.

Основными ориентирами медикаментозного прерывания беременности следует считать максимальную эффективность и безопасность, приемлемость для пациенток, а также соответствие законодательству Российской Федерации.

ИПБ медикаментозным методом проводится врачом - акушером-гинекологом, работающим в ЛПУ и имеющим действующий сертификат специалиста.

### **ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И НОРМАТИВНО-ПРАВОВЫЕ ДОКУМЕНТЫ О ПРЕРЫВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ**

Врачам, выполняющим медикаментозное прерывание беременности, требуется ознакомиться с действующей законодательной и нормативно-правовой базой, представленной следующими документами.

#### **Федеральные законы Российской Федерации**

- Федеральный закон РФ от 12.04.2010 № 61 «Об обращении лекарственных средств».
- Федеральный закон РФ от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».

#### **Постановления Правительства РФ**

- Постановление Правительства РФ от 17.08.2007 № 522 «Об утверждении Правил определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека».
- Постановление Правительства РФ от 06.02.2012 № 98 «О социальном показании для искусственного прерывания беременности».
- Постановление Правительства РФ от 08.12.2016 № 1327 «О внесении изменений в приложение к положению о лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково")».

- Постановление Правительства РФ от 19.12.2016 № 1403 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 г. и на плановый период 2018 и 2019 гг.».

## **Приказы Минздрава России**

- Приказ Минздрава СССР от 04.10.1980 № 1030 «Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения». Приказом МЗ СССР от 05.10.1988 № 750 настоящий приказ был признан утратившим силу, но до утверждения новых форм продолжают применяться формы, утвержденные данным приказом. - Письмо Минздравсоцразвития России от 30.11.2009 № 14-6/242888.
- Проект приказа Минздравсоцразвития России от 14.12.2011 «Об утверждении форм учетной медицинской документации медицинских организаций».
- Приказ Минздравсоцразвития России от 03.12.2007 № 736 «Об утверждении перечня медицинских показаний для искусственного прерывания беременности».
- Приказ Минздрава России от 24.04.2008 № 194н «Об утверждении медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека».
- Приказ Минздравсоцразвития России от 29.06.2011 № 624н «Об утверждении порядка выдачи листков нетрудоспособности».
- Приказ Минздравсоцразвития России от 27.12.2011 № 1661н «О внесении изменений в приказ Минздравсоцразвития РФ от 03.12.2007 № 736 "Об утверждении перечня медицинских показаний для искусственного прерывания беременности"».
- Приказ Минздрава России от 23.04.2012 № 390н «Об утверждении Перечня определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи».
- Приказ Минздравсоцразвития России от 05.05.2012 № 502н «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации» с изменениями и дополнениями от 02.12.2013.
- Приказ Минздравсоцразвития России от 17.05.2012 № 565н «Об утверждении Порядка информирования медицинскими организациями органов внутренних дел о поступлении пациентов, в отношении которых имеются достаточные основания полагать, что вред их здоровью причинен в результате противоправных действий».
- Приказ Минздрава России от 12.11.2012 № 572н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология" (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» (глава IX).

Источник KingMed.info

- Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1177н «Об утверждении Порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств, форм информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и форм отказа от медицинского вмешательства».
- Приказ Минздрава России от 21.07.2015 № 474н «О Порядке дачи информированного добровольного согласия на оказание медицинской помощи в рамках клинической апробации методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, формах информированного добровольного согласия на оказание медицинской помощи в рамках клинической апробации методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации и отказа от медицинской помощи в рамках клинической апробации методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации».
- Приказ Минздрава России от 12.01.2016 № 5н «О внесении изменений в Порядок оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология" (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)». Приказ Минздрава России от 07.04.2016 № 216н «Об утверждении формы информированного добровольного согласия на проведение искусственного прерывания беременности по желанию женщины».
- Приказ Минздрава России от 15.07.2016 № 520н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи».

### **Клинические рекомендации**

- Медикаментозное прерывание беременности в I триместре: клинические рекомендации (протокол лечения) (утв. Минздрава России 15.10.2015, рег. № 15-4/10/2-6120).
- Выкидыш в ранние сроки беременности: диагностика и тактика ведения: клинические рекомендации (протокол лечения) (утв. Минздравом России 07.06.2016, рег. № 15-4/10/2-3482).

### **Другие материалы**

- Инструкции к лекарственным средствам мифепристон и мизопропрост, зарегистрированным на территории РФ для медикаментозного прерывания беременности.

### **Отчетные документы**

- Основные показатели здоровья матери и ребенка, деятельность службы охраны детства и родовспоможения в РФ. - М., 2016. - 162 с.

- Материнская смертность в РФ в 2014 г. (методическое письмо Минздрава России от 09.10.2015, рег. № 15-4/10/2-5994).

## **ПРЕПАРАТЫ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ДЛЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ**

МА с применением антипрогестинов и синтетических аналогов простагландинов в настоящее время является современным, эффективным и безопасным методом прерывания беременности (уровень доказательности IA).

При медикаментозном методе прерывания беременности используются лекарственные средства, зарегистрированные на территории Российской Федерации, в соответствии с инструкциями по медицинскому применению препаратов:

- международное непатентованное наименование «Мифепристон», таблетки по 200 мг;
- международное непатентованное наименование «Мизопростол», таблетки по 200 мкг.

## **ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ МИФЕПРИСТОНА В ДОЗЕ 200 МГ В КОМБИНАЦИИ С МИЗОПРОСТОЛОМ ДЛЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ**

МА с применением мифепристона и простагландина был впервые одобрен для практического применения в 1988 г. и теперь используется более чем в 40 странах (ВОЗ, 2012). Учитывая особую значимость препаратов для прерывания нежелательной беременности в связи с их высокой востребованностью, эффективностью и безопасностью, ВОЗ включила мифепристон и мизопростол в перечень основных лекарственных средств (14<sup>th</sup> Model List of Essential Medicines).

Двадцатипятилетний опыт клинического применения и научных исследований способствовал накоплению новых знаний о технологии метода и пересмотру ряда позиций в отношении режимов применения препаратов, сроков беременности для прерывания, наблюдения и ведения восстановительного периода, что было реализовано в оптимизации его протокола.

Обновленные клинические рекомендации ведения медикаментозного прерывания нежелательной беременности были разработаны в 2011-2012 гг. и рекомендованы такими авторитетными организациями, как Королевское и Американское общества акушеров и гинекологов и ВОЗ.

Первые клинические исследования по выбору дозировки мифепристона проводились с использованием доз от 200 до 800 мг. Была продемонстрирована эффективность в диапазоне 63-87% (без использования простагландина). Никакого увеличения

Источник KingMed.info

эффективности не наблюдалось при дозах выше 600 мг или при введении повторных доз (Sitruk-Ware R., 1999).

Мифепристон без использования простагландинов оказался менее эффективен по сравнению с комбинацией мифепристона и простагландина (ОР - 3,76; 95% ДИ - 2,30-6,15) (Grossman D., 2003). Именно поэтому для достижения приемлемого клинического результата была предложена комбинированная схема.

Таким образом, была зарегистрирована разовая доза 600 мг мифепристона во всех странах, где мифепристон был тогда разрешен (Франция, США), за исключением Китая (в Китае зарегистрирована и применяется по настоящее время существенно меньшая доза - 150 мг) (Sang G.W. et al., 1999; Wu S., 2000).

Первая схема для медикаментозного прерывания беременности, которая была рекомендована для практического использования, включала назначение 600 мг мифепристона с последующим введением небольшой дозы простагландина на сроке беременности до 49 дней аменореи, при этом беременность прерывалась в 95% случаев (A Clinician's Guide to Medical and Surgical Abortion, NAF's text book, 2012). Проведенные клинические испытания в то время показали, что максимальное abortивное действие достигается при введении простагландина через 36-48 ч после приема мифепристона (там же).

В дальнейшем множество исследований было посвящено поиску оптимального режима, наиболее приемлемого простагландина, дозы и путей его введения (Grossman D., 2003; Fiala C. et al., 2006; Kulier R. et al., 2011), а также расширения сроков беременности, при которых эта комбинация может применяться без снижения эффективности и повышения рисков (Lievre M. et al., 2009).

В обзоре С. Fiala и соавт. (2006) отмечается, что «первоначальной основной задачей при введении МА в клиническую практику было найти определенный эффективный режим, а значит, дозы мифепристона и простагландина, возможно, были выше, чем необходимо». Было обнаружено, что концентрация мифепристона в крови в течение 72 ч после введения практически не зависит от его дозы. Данные многоцентровых исследований, проведенных по протоколам ВОЗ, свидетельствуют, что эффективность мифепристона в дозе 125 мг, разделенной на пять введений по 25 мг, не уступает однократной 600 мг (Kulier R. et al., 2011). Метаанализ, проведенный в 2009 г. М. Lievre и соавт. на основании анализа четырех РКИ (3482 пациентки) при беременности на сроке до 63 дней, подвел итог 15-летним исследованиям и не показал достоверной разницы в увеличении частоты неудач при сравнении доз 200 и 600 мг (разница - 0,4%; 95% ДИ - 0,3-1,0%) при использовании комбинированной схемы.

Недостоверное увеличение частоты продолжающейся беременности (но не более 1%) в этих исследованиях было обусловлено разницей в сроке беременности (до 63 дней), а не дозой мифепристона. Отмечено, что замена орального пути введения

Источник KingMed.info

мизопростол сублингвальным, буккальным или вагинальным приводит к уравниванию результатов эффективности на этих сроках.

На сегодняшний день существуют доказательные данные, что мифепристон в дозе 200 мг по сравнению с 600 мг в комбинации с мизопростолом имеет одинаковую эффективность в достижении полного аборта (ОР - 1,07; 95% ДИ - 0,87-1,32), что отражено в базе Кокрейна и обзоре ВОЗ (2012) (Kulier R. et al., 2011), и что применение мифепристона в дозе 600 мг не обеспечивает никаких дополнительных преимуществ при выполнении аборта по сравнению с дозой 200 мг.

На основании нескольких РКИ и метаанализов, опубликованных в базе Кокрейна (последний - в 2011 г.), было продемонстрировано, что эффективность метода составляет 96-98% независимо от введенной дозы мифепристона, что послужило основанием к пересмотру рекомендаций по выбору минимально необходимой эффективной дозы - 200 мг. В настоящее время именно этот режим рекомендуется и широко используется в клинической практике во всех странах Европы и США (RCOG: The care of women <...>, 2011; Ipas. Medical abortion study guide, 2013), а сравнительные исследования эффективности доз 200 и 600 мг больше не проводятся ввиду несомненности полученных доказательств.

В схемах, используемых для медикаментозного прерывания беременности с помощью мифепристона, ранее использовали различные синтетические аналоги простагландинов: сульпростон<sup>\*3</sup>, гемепрост<sup>\*3</sup>, мизопростол, реже - метенепрост<sup>43</sup> и др. (Grossman D., 2003; EMEA: Summary of <...>, 2007). Мизопростол, в отличие от других препаратов, выпускается в таблетках, не требует специальных условий хранения, и стоимость его значительно ниже. Мизопростол, применяемый с мифеприконом, можно вводить внутрь, буккально, сублингвально или вагинальным путем (Tang O.S. et al., 2002; Grossman D., 2003; Fiala C. et al., 2006; Chabbert-Buffet N. et al., 2005; EMEA: Summary of <...>, 2007), что создает дополнительные преимущества перед другими простагландинами. Учитывая это, в настоящее время для целей прерывания беременности рекомендован и используется только мизопростол.

Эффективность прерывания беременности при сроке до 49 дней аменореи практически не зависит от способа введения мизоprostола. Однако при системном введении (внутри) отмечается более высокая частота побочных эффектов (Grossman D., 2003), таких как лихорадка, озноб, тошнота, рвота, диарея. С увеличением срока беременности способ введения играет определенную роль, так как максимальная концентрация действующего вещества в крови и продолжительность его действия выше при вагинальном или сублингвальном введении (Aubeny E., 2001; Fiala C. et al., 2006).

В период регистрации метода МА и используемых препаратов для его осуществления максимальный срок для прерывания беременности этим методом был 7 нед (до 49 дней аменореи), при этом использовалось 400 мкг мизоprostола, вводимого внутрь



через 36-48 ч после приема мифепристона. Попытки прерывания беременности на больших сроках с использованием указанного режима привели к констатации снижения эффективности метода. Так, по данным Европейского медицинского агентства (ЕМЕА, 2007), некоторое снижение эффективности методики наблюдается на сроке 50-63 дня при приеме мизопростола внутрь. Это обусловлено особенностями фармакокинетики препарата: достижение пиковой концентрации - 12 мин, период полувыведения - 20-40 мин, а следовательно, оказывается коротким его клиническое действие. Этот факт стимулировал исследования по пролонгированию сроков его действия. Было показано, что сублингвальный прием увеличивает пиковую концентрацию действующего вещества в крови, а вагинальный - способствует более медленному ее снижению, поэтому оба пути введения способствуют увеличению эффективности. Так, доказано, что прием мизопростола внутрь менее эффективен, чем вагинальный (ОР - 3,0; 95% ДИ - 1,44-6,24), а сублингвальное и буккальное введение были одинаково эффективны по сравнению с вагинальным путем. В то же время обнаружено, что прием мизопростола внутрь (в том числе сублингвальный) чаще ассоциировался с тошнотой и диареей, чем внутривлагалищное введение (два исследования: ОР - 1,13; 95% ДИ - 1,0-1,25; ОР - 1,80; 95% ДИ - 1,49-2,18 соответственно) (Grossman D., 2003).

Е. Aubeny (2001) предложена модификация схемы, заключающаяся в приеме второй оральной дозы 400 мкг мизопростола через 3 ч после первой, если к этому времени аборт еще не произошел. Позднее было показано, что введение повторных доз через 3 ч для повышения эффективности метода оказалось успешным на поздних сроках беременности (эффективность - от 95,4 до 98,5% и снижение числа продолжающейся беременности с 1,5 до 0,1% по сравнению со стандартной разовой дозой мизопростола), но не показало преимуществ в I триместре (Gallo M.F. et al., 2006; RCOG: The care of women <...>, 2011).

Таким образом, изучение различных типов простагландинов, доз, кратности и путей введения мизопростола привели к разработке новых схем МА в зависимости от сроков беременности, которые отражены в клинических рекомендациях RCOG (2011), ACOG (2011) и ВОЗ (2012). В настоящее время для прерывания медикаментозным методом доступны все сроки беременности, разрешенные законом в тех странах, где зарегистрированы мифепристон и мизопростол (до 22 нед), а рекомендуемой единственной дозой мифепристона на всех сроках беременности является 200 мг. В зависимости от срока прерывания беременности меняется кратность применяемой дозы мизопростола, а прием внутрь заменяется вагинальным или сублингвальным/буккальным.

Схемы МА с редуцированной дозой мифепристона (200 мг) на сроке до 63 дней аменореи применяются за рубежом уже в течение 10 лет (согласно рекомендациям ВОЗ, изданным еще в 2003 г.), несмотря на то что в инструкциях к препаратам,

зарегистрированных за рубежом, до настоящего времени продолжает значиться доза 600 мг. Такая ситуация (применение препарата of label, то есть вне инструкции, не по прямому назначению) является для этих стран вполне легитимной, так как изменение инструкции к препарату - дело хлопотное, занимает продолжительное время и является весьма дорогостоящим, а рекомендации профессиональных сообществ, основанные на доказательствах, позволяют оперативно внедрять в практику современные достижения науки для улучшения медицинской помощи. Отметим, что и мизопро-стол за рубежом также применяется of label (используется препарат Сайтотек\*, в инструкции к которому нет показания к использованию в этих целях).

В России мифепристон впервые был зарегистрирован в 1999 г. (утв. Фармакологическим комитетом Минздрава России 25.03.1999), производитель - EXELGYN Laboratoires (Мифегин\*, Франция). В утвержденной инструкции показаниями к использованию препарата значились: медикаментозное прерывание маточной беременности на сроке до 9 нед (аменорея до 63 дней) в сочетании с синтетическими аналогами простаглан-динов; консервативное расширение шейки матки перед хирургическим прерыванием беременности до 12 нед; в целях потенцирования действия простагландинов при прерывании беременности от 13-й до 22-й недели по медицинским и социальным показаниям; родовозбуждение в случае прерванной беременности в II-III триместре (внутриутробной гибели плода). В этом же году (15.04.1999) был зарегистрирован мифепристон российского производства - Пенкрофтон\* (производитель - ЗАО

«Пенткрофт Фарма»). Однако уже в начале 2002 г. применение методики было приостановлено в соответствии с письмом Минздрава России от 21.02.2002 № 2510/1765-02-32 в связи с регистрацией новой инструкции к Мифегину\*, а письмом Минздрава России от 02.07.2003 № 2510/721303-32 «О применении мифепристона в акушерстве и гинекологии» запрещено использование мизопростола (Сайтотека\*) из-за отсутствия показаний в инструкции к нему для использования в акушерстве и гинекологии. В новой инструкции срок медикаментозного прерывания беременности был ограничен 42 днями аменореи. Исключены были и другие показания к использованию мифепристона. Впервые в России мизопро-стол был зарегистрирован по показанию к прерыванию беременности на ранних сроках в 2006 г. (Мизопростол\*, Китай; Миролют\*, Россия) в комбинации с мифепристоном.

До недавнего времени (2012 г.) в России применялась (а в некоторых медицинских организациях продолжает применяться и сегодня) устаревшая схема (600 мг мифепристона) и только на сроке до 42 дней аменореи, что ограничивается инструкцией к препаратам, которая является приоритетной (в соответствии с нормативно-правовыми документами) по отношению к современным рекомендациям международных профессиональных сообществ, имеющих самый высокий мировой авторитет. Только в 2012 г. был зарегистрирован еще один

Источник KingMed.info

препарат - мифепристон, в инструкции к которому указана рекомендуемая доза 200 мг в комбинации с мизопростолом - Мифепристон\*, таблетки 200 мг № 1, производитель - Beijing Zizhu Pharmaceutical Co., Ltd. (Китай). В связи с этим 2012 г. для использования МА в России можно назвать переломным, поскольку открывает новые возможности для снижения стоимости вмешательства и увеличения доступности метода.

На основании многочисленных исследований, проведенных в последние годы, были разработаны, изучены, внедрены и рекомендованы ВОЗ (2012) схемы медикаментозного прерывания для использования в странах, где аборт разрешен законом, на всех сроках беременности (до 22 нед) (табл. 2.1). Эти рекомендации объединили исследования, основанные на доказательствах, и клинические руководства (Guidelines) самых авторитетных профессиональных организаций, таких как Американский колледж акушеров и гинекологов (ACOG, 2011), Британский Королевский колледж акушеров и гинекологов (RCOG, 2011), National Abortion Federation (NAF, 2011), Европейское медицинское агентство, Gynuity Health Projects, Ipas, Международная федерация планируемого родительства.

Таблица 2.1

### **Современные схемы медикаментозного аборта (до 22 нед беременности), имеющие доказанную эффективность (Всемирная организация здравоохранения, 2012)**

<b>Режимы</b>	<b>Срок</b>	<b>Критерии доказательности</b>	<b>Настоятельность рекомендаций</b>
Мифепристон в дозе 200 мг орально. Мизопростол в дозе 400 мкг орально (или вагинально, буккально, сублингвально) через 24-48 ч	До 49 дней	А	Высокая
Мифепристон в дозе 200 мг орально. Мизопростол в дозе 800 мкг вагинально (или под язык, или буккально) через 36-48 ч	50-63 дня	А	Высокая
Мифепристон в дозе 200 мг орально. Мизопростол в дозе 800 мкг вагинально через 36-48 ч и далее по 400 мкг вагинально или под язык каждые 3 ч до четырех доз	64-84 дня	В	Низкая
Мифепристон в дозе 200 мг орально. Мизопростол в дозе 800 мкг вагинально или 400 мкг внутрь через 36-48 ч и далее по 400 мкг вагинально или под язык каждые 3 ч до четырех доз	13-22 нед	В	Высокая

Эффективность применения мифепристона с использованием рекомендуемых схем составляет, по данным разных авторов, до 98,9%.

В настоящее время режимы прерывания беременности на сроке 64-84 дня нельзя считать окончательными (уровень доказательности В, настоятельность рекомендаций низкая), поэтому научный поиск оптимальных режимов на этих сроках продолжается.

Так, в исследовании А.А. Voersma и соавт. (2011) при прерывании беременности на сроке до 70 дней аменореи при использовании 200 мг мифепристона с последующим приемом через 24-36 ч мизопростола на дому в дозе 800 мкг буккально была получена эффективность 97,7% и показаны приемлемость и безопасность домашнего приема мизопростола.

Эффективность аналогичной схемы прерывания беременности была изучена В. Winnikoff и соавт. в 2012 г. Было проанализировано 729 случаев прерывания беременности на сроке 64-70 дней в сравнении со сроком 57-63 дня (использовалась одинаковая методика с применением 200 мг мифепристона и 800 мкг мизопростола буккально в амбулаторных условиях). Эффективность была одинаковой в обеих группах: в группе 57-63 дня - 93,5% (95% ДИ - 90-96); в группе 64-70 дней - 92,8% (95% ДИ - 89-95) (разница статистически недостоверна). Количество продолжающихся беременностей также существенно не отличалось (57-63 дня - 3,1%; 95% ДИ - 1,6-5,8; 64-70 дней - 3,0%; 95% ДИ - 1,5-5,7). Высокая приемлемость методики была продемонстрирована в обеих группах, причем удовлетворенность пациенток как высокая и очень высокая составила 87,4 и 88,3% в соответствующих группах.

Авторы пришли к выводу, что медикаментозный аборт с применением мифепристона и мизопростола в амбулаторной практике является эффективным и приемлемым методом прекращения беременности на сроке до 64-70 дней с начала последнего менструального цикла и может быть предложен без изменения существующих услуг.

Итак, научный опыт показывает:

- мифепристон в дозе 200 мг с последующим приемом мизопростола эффективен и безопасен для прерывания беременности (уровень доказательности А);
- мизопростол, назначаемый внутрь, менее эффективен (больше неудач) на сроке свыше 49 дней аменореи, чем применяемый интравагинально (ОР - 3,0; 95% ДИ - 1,44-6,24), и может быть связан с более частыми побочными эффектами, такими как тошнота и диарея;
- подъязычное и буккальное введение столь же эффективно, как и интравагинальное, особенно на сроке 56-70 дней аменореи.

Росздравнадзором официально зарегистрированы и разрешены к применению на территории России три препарата, в инструкциях к которым для прерывания беременности на сроке до 42 дней аменореи указана доза мифепристона 200 мг для приема внутрь однократно (по состоянию на 01.09.2016):

Источник KingMed.info

- мифепристон 200 мг № 1 ЛП 002175-060813 (ООО «Изварино Фарма», Россия);
- мифепристон 200 мг № 1 ЛП 000914-181011 («Бейджинг Зижу Фармасьютикал Ко., Лтд.», Китай);
- мифепристон 200 мг № 1 ЛП 000914-181011 («Чайна Ресорсес Зижу Фармасьютикал Ко., Лтд.», Китай) (официальный сайт Росздрав-надзора; электронный ресурс: <http://www.grls.rosminzdrav.ru/grls.aspx>).

ВОЗ имеет список лекарственных средств, которые признаны соответствующими стандартам ВОЗ и рекомендованы для закупок медицинскими организациями ООН.

Лекарственные средства, включенные в этот список, прошли строгую предквалификационную проверку на качество в лабораториях, отвечающих международным нормам и стандартам для анализа продуктов. Средства для лечения ВИЧ/СПИДа, туберкулеза и малярии, а также продуктов для репродуктивного здоровья включены в пред-квалификационную программу ВОЗ, которая осуществляет ее в сотрудничестве с ЮНЭЙДС, ЮНИСЕФ, ЮНФПА при поддержке Фонда Всемирного банка.

В настоящее время в список лекарственных средств ВОЗ для репродуктивного здоровья, прошедших предквалификационную проверку (табл. 2.2), внесены препараты, содержащие мифепристон, трех производителей.

Таблица 2.2

**Список лекарственных средств Всемирной организации здравоохранения для репродуктивного здоровья, прошедших предквалификационную проверку (официальный сайт Всемирной организации здравоохранения, по состоянию на 18.08.2016)**

Терапевтическая область и наименование	Форма выпуска	Производитель	Производственная площадка	Упаковка	№	Дата PQ	
RH	Мифепристон	Таблетки 200 мг	Linepharma International Ltd., United Kingdom	Laboratorios Leon Farma SA, Villaquilambre, Leon, Spain; Delpharm Lille S.A.S, Lys-Lez-Lannoy, France	Блистер 1x1, 30x1	RH051 (a)	06.10.2014
RH	Мифепристон	Таблетки 200 мг	China Resources Zizhu Pharmaceutical Co Ltd.	Beijing, China	Блистер 1x1, 3x1	RH052	15.08.2016
RH	Мифепристон	Таблетки 200 мг	EXELGYN	Laboratoires MACORS, Auxerre, France	Блистер 1x1, 3x1, 15x1, 30x1	RH061 (a)	23.05.2016

Источник KingMed.info

Из этого списка два препарата - производителей EXELGYN (Франция) и China Resources Zizhu Pharmaceutical Co Ltd. (Китай) - зарегистрированы и в нашей стране.

С полным списком лекарственных средств ВОЗ для репродуктивного здоровья, прошедших предквалификационную проверку, можно ознакомиться здесь:

<http://apps.who.int/prequal/query/ProductRegistry.aspx?list=rh>.

## **СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МИФЕПРИСТОНА В ДОЗАХ 200 И 600 МГ И ЛЕГИТИМНОСТИ ИХ ПРИМЕНЕНИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

### **Ответы на вопросы для врачей**

**Вопрос.** Несмотря на положительный мировой опыт и клинические рекомендации зарубежных профессиональных сообществ, они не могут быть юридическим основанием законности применения дозы 200 мг мифепристона конкретно в нашей стране. Имеются ли нормативные документы, например приказ Минздрава России, или официальная регистрация инструкции?

**Ответ.** Да, имеются. В приказе Минздрава России № 572н, утвержденном в 2011 г. (<http://www.consultant.ru>), четко прописано, что при медикаментозном методе прерывания беременности используются лекарственные средства, зарегистрированные на территории Российской Федерации, в соответствии с инструкциями по медицинскому применению препаратов.

Три препарата, которые рекомендуется для применения в дозе 200 мг, зарегистрированы в России, и об этом имеется информация на сайте Росздравнадзора: <http://www.grls.rosminzdrav.ru/grls.aspx>.

Эти препараты перечислены в предыдущем разделе. Кроме того, клиническими рекомендациями (протоколом лечения) «Медикаментозное прерывание беременности в I триместре» (утв. Минздрава России 15.10.2015, рег. № 15-4/10/2-6120) разрешено использование как 200, так и 600 мг (в соответствии с инструкциями к препаратам) при сроке беременности до 63 дней аменореи. Подчеркивается, что настоящий клинический протокол следует считать нормативным документом, разрешающим использование МА на этих сроках без дополнительного решения врачебной комиссии. - *Примеч. авт.*

**Вопрос.** Когда на сайтах Реестр лекарственных средств России (РЛС) и «Видаль» появится такая же инструкция, как и на сайте Росздравнадзора, о применении 200 мг мифепристона?

**Ответ.** На сайте РЛС нет информации ни об одном из брендов мифепристона (кроме препарата, содержащего 50 мг, для лечения миомы матки). Очевидно, сайт медленно реагирует на новую поступающую информацию.

На сайте «Видаль» ([www.vidal.ru](http://www.vidal.ru)) эта информация уже есть.

**Вопрос.** Минздрав России с письмом от 5 июня направил в регионы клинические рекомендации о медикаментозном прерывании беременности в I триместре. Протоколом разрешается применение препаратов в дозе 200 мг, а также определены новые сроки: до 63 дней и завершить замершую беременность. Прошу уточнить, действует ли этот протокол, поскольку некоторые докладчики, в том числе на данном сайте, указывают на недопустимость приведенных схем и сроков проведения МА, при этом ссылаясь на другой протокол, опубликованный в журнале «Акушерские болезни» в 2014 г., а также на аннотации к применению мифепристона и мизопростола.

**Ответ.** Нас с вами вводят в заблуждение по поводу и письма, и протокола. Протокол, о котором говорится, был опубликован в 2014 г. [в «Журнале акушерства и женских болезней», том LXIII, выпуск 6 (<http://www.pharmabort.ru/>)]. В протоколе, опубликованном позднее (в журнале «Акушерство и гинекология», 2015, № 8, спецвыпуск) приведены обе схемы с применением как одной, так и трех таблеток мифепристона.

Касательно письма Минздрава России и приложения к нему [Медикаментозное прерывание беременности: клинические рекомендации (протокол лечения) от 05.06.2015], то его разослали в некоторые регионы, но потом отозвали для доработки (но и в нем приведены обе схемы). На данный момент имеется новая редакция протокола, от 15.10.2015, о котором я сказала в начале лекции и который вам рассылала. Он является последней редакцией, которой следует пользоваться. В нем указаны две схемы применения препарата: как с использованием 200 мг, так и с применением 600 мг в соответствии с инструкциями к препаратам, то есть если в инструкции указаны три таблетки, то делить их на трех пациенток нельзя. Все три таблетки должна выпить одна пациентка, как написано в инструкции.

Наше полное и законное право теперь выполнять МА до 9 нед беременности на основании указанного письма Минздрава России, при этом врач принимает решение единолично. Тогда как, если срок больше, решение принимается коллегиально врачебной комиссией на основании приказа Минздрава России от 05.05.2012 № 502н ([http:// www.consultant.ru/](http://www.consultant.ru/)).

В аннотациях к мифепристону и мизопростолу существует некий парадокс. В инструкции к мифепристону указывается, что он может применяться в дозе 200 мг, тогда как в инструкции к мизопростолу рекомендуется его применение в дозе 400 мкг после приема 600 мг мифепристона. На самом деле парадокса нет. Опираясь на положение юриспруденции, отдается приоритет норме, принятой позднее: «Если друг другу противоречат предписания двух нормативных документов одного уровня, то на практике **следует применять предписания документа, изданного**

**позднее».** Инструкция к мифепристону выпущена позже, чем инструкция к мизопростолу (когда в нашей стране еще не был зарегистрирован препарат, в инструкции к которому указана доза для приема 200 мг).

Кроме того, в разрешении данной правовой коллизии применим принцип **«приоритета нормы, обладающей более высокой юридической силой»**, то есть следует использовать указания клинического протокола «Медикаментозное прерывание беременности в I триместре», утвержденного Минздрава России, где указано: «Мифепристон в дозе 200 мг обладает сопоставимой эффективностью с дозой 600 мг (уровень доказательности IA)».

**Вопрос.** Нам показывали документ, где указывается, что эффективность 200 мг мифепристона составляет всего 77%. Откуда тогда эта цифра?

**Ответ.** На заявление ООО «Изварино Фарма» Федеральная монопольная служба дала ответ от 11.07.2013 № ЦА/26992/13 о том, что при регистрации мифепристона производителя «Бейджинг Зижу Фармасьютикал Ко. Лтд.» представлены результаты многоцентрового клинического исследования III фазы, проведенного в 30 клинических центрах с участием 4493 беременных с указанием эффективности 200 мг мифепристона в сочетании с мизопростолом в 77,4% случаев.

К сожалению, краткость документа не позволила привести более подробные и окончательные данные этого исследования. Представляем их ниже.

В III фазе клинических испытаний приняли участие 4493 женщины со сроком беременности до 49 дней аменореи. Применяли мифепри-стон трех производителей (Китай) в двух режимах (200 мг мифепри-стона однократно или 150 мг, разделенных на три дозы) с последующим приемом простагландина.

### **Результаты:**

- в течение первых 6 ч аборт произошел у 77,4% женщин;
- при окончательной оценке во время контрольного визита эффективность составила от 89,6 до 97,3% (результаты в разных клинических центрах отличались, но незначительно, что является обычным).

Разница в эффективности двух режимов (200 и 150 мг) была незначительной с небольшим преимуществом в пользу дозы 150 мг по сравнению с 200 мг.

В обсуждении к отчету отмечается, что во Франции, при проведении испытаний с оригинальным мифепристоном, коэффициент полного аборта составил 90,0-95,3%, что сопоставимо с результатом, полученным в данном исследовании.

Кроме того, ответ ФАС России содержит информацию (которая по известным причинам до врачей не доводится производителем мифепристона 600 мг!) о том, что лекарственный препарат Мифегин\* в стране производителя и других странах



Источник KingMed.info

рекомендован для применения как в дозе 600 мг однократно, так и в дозе 200 мг однократно. При этом в Финляндии, Швеции, Дании, Норвегии, Исландии препараты, содержащие мифепристон, разрешены к применению только в дозе 200 мг однократно.

Решение Минздрава России также основано на заключении ЕМА (от 11.09.2012 № ЕМА/410788/2012 Rev. 1 ЕМЕА/Н/А-29/1331) о возможности применения препаратов, содержащих мифепристон, для прерывания беременности в дозе 200 мг однократно в связи с незначительным различием в частоте достижения прерывания беременности.

Подробная оценка эффективности мифепристона во Франции, Китае и других странах при использовании его в моноварианте, в разных дозах, в сочетании с разными простагландинами и в различные сроки беременности приведены в обзоре С. Fiala, К. Gemzell-Danielsson. Review of medical abortion using mifepristone in combination with a prostaglandin analogue. Contraception. 2006. Vol. 74. P. 66-

86. [http://www.fqpn.qc.ca/main/wp-content/uploads/2014/09/Mifepristone\\_Misoprostol\\_review-1.pdf](http://www.fqpn.qc.ca/main/wp-content/uploads/2014/09/Mifepristone_Misoprostol_review-1.pdf) (на англ. яз.).

**Вопрос.** Ведь проводились исследования, показавшие более низкую эффективность мифепристона в дозе 200 мг по сравнению с 600 мг?

**Ответ.** Это не так. Проводились десятки других исследований, доказавшие абсолютно одинаковую эффективность как 200, так и 600 мг. Они более поздние и крупные, чем упоминаемое исследование (имеется в виду, видимо, исследование, описанное Levre M. et al. и опубликованное в 2009 г.). В этой работе указано, что для метаанализа были отобраны четыре работы, причем две из них 1993 г. и две другие - 2000 и 2001 гг., в двух из которых применялся простагландин гемепрост<sup>\*3</sup>, который в настоящее время не применяется из-за меньшей эффективности, чем мизопростол. Однако даже в этих работах эффективность была одинаковой - 93,8 и 92,4% для 200 мг мифепристона в комбинации с гемепростом<sup>\*3</sup> или мизопростолом против 94,3 и 91,7% - для дозы 600 мг соответственно. В двух работах, где применялся мизопростол, эффективность составила 93,6 и 89,3% - для 200 мг против 93,6 и 88,1% - для 600 мг.

Методологический подход к оценке числа «успехов» и «неудач» в этой работе был оценен экспертами и подвергнут критике. Выводы комиссии таковы: обзор показал, что дозы 200 и 600 мг мифепристона с двумя простагландинами были одинаково эффективны для достижения полного аборта, но что замена 600 мг на 200 мг может привести к увеличению продолжающейся беременности («неудачи»). Учитывая небольшое количество включенных исследований сомнительного качества и неопределенность в отношении процесса обзора, к выводам авторов следует относиться с осторожностью. Из четырех статей, подвергнутых анализу, в двух использовался гемепрост<sup>\*3</sup>, который обладает меньшей эффективностью и в

Источник KingMed.info

настоящее время не используется. Недостаточно ясны качество статистического анализа и выбор границ эффективности (4%) и неэффективности (0,4%) метода. Оба автора имеют конфликт интересов (финансовые связи) с EXELGYN SA (производителем Мифегина\*).

Анализ этих, а также других, более поздних работ был представлен R. Kulier и соавт. в 2011 г. в базе Кокрейновского сообщества (Medical methods for first trimester abortion. Kulier R., Kapp N., Gulmezoglu A.M., Hofmeyr G.J., Cheng L., Campana A. Cochrane Database Syst Rev. 2011, Nov. 9. Vol. 11. CD002855. doi:

10.1002/14651858.CD002855.pub4. Review), где было показано, что мифепристон в дозе 200 мг по сравнению с 600 мг в комбинации с мизопростолом имеет одинаковую эффективность в достижении полного аборта (ОР - 1,07; 95% ДИ - 0,87-1,32). Более ранние обзоры имеются также в базе Кокрейна (2007) (<http://apps.who.int/>) и обзоре ВОЗ (2006) (<http://archives.who.int/>) - самых авторитетных организациях, которые используют только доказательные подходы.

Кроме того, в 2013 г. в журнале Contraception был опубликован самый объемный по количеству проанализированных работ систематический обзор E.G. Raymond, C. Shannon, M.A. Weaver, B. Winikoff. First-trimester medical abortion with mifepristone 200 mg and misoprostol: A systematic review (Contraception. 2013. Vol. 87. N 1. P. 26-37; размещен на официальном сайте FIGO: [https://www.glowm.com/lit\\_review/id/835](https://www.glowm.com/lit_review/id/835)). В обзор включено 87 испытаний, которые в совокупности включали 120 групп и 47 283 женщины со сроком гестации до 9 нед (63 дня аменореи), которые получали 200 мг мифепристона и мизопро-стол. Продолжающаяся беременность была выявлена в 1,1% случаев.

Исследования, проведенные в нашей стране, показали эффективность дозы 600 мг на уровне 98,1% (три предрегистрационных исследования, 824 наблюдения) и дозы 200 мг - 99,9% (два пострегистративных исследования, 3846 наблюдений) (Белокриницкая Т.Е., Фролова Н.И., Белокриницкая И.А., Сухина В.В. Сравнительная оценка клинического течения МА с 200 и 600 мг мифепристона: проспективное когортное исследование // Акушерство и гинекология. 2014. № 3. С. 81-86; Плотко Е.Э. Совершенствование схемы медикаментозного аборта // Акушерство и гинекология. 2013. № 3. С. 107- 111. Сайт: <http://www.ru486.ru/publication.html>).

В настоящее время за рубежом сравнительные исследования доз мифепристона прекращены ввиду несомненности полученных доказательств эффективности 200 мг и отсутствия преимуществ дозы 600 мг.

Только в нашей стране продолжает использоваться схема в 600 мг, тогда как во всем мире от нее уже отказались. Такую ситуацию можно объяснить только маркетинговыми интересами, в которых клиницисты не должны принимать участия. Это положение отражено в письме профессора В.Е. Радзинского «Гражданская

Источник KingMed.info

позиция. Этические аспекты "коммерческой" конкуренции», опубликованном в журнале Status Praesens (2014, № 5 (16), с. 37).

Сайт: <http://www.ru486.ru/docs/mik7.pdf>.

**Вопрос.** На конгрессе по инфекционным заболеваниям к протоколу ВОЗ (прием 200 мг мифепристона) была внесена рекомендация (600 мг) согласно инструкции к препарату. Как использовать?

**Ответ.** Такая рекомендация действительно присутствует, добавлена компанией-производителем мифепристона (600 мг). Можно использовать 200 мг, что также согласуется с инструкцией, то есть можно использовать обе дозировки в зависимости от того, какой препарат используется и что написано в инструкции к нему.

**Вопрос.** Что юридически защищает нас: клинический протокол или инструкция к препаратам?

**Ответ.** Теперь уже оба документа. Более того, клинический протокол, утвержденный руководителем ЛПУ, должна иметь каждая медицинская организация. Можно полностью перепечатать клинический протокол Минздрава России, но лучше его расширить в зависимости от местных условий, в которых вы работаете. Более того, прописать в нем некоторые другие вопросы, например, обезболивание.

**Вопрос.** Почему категорично нельзя использовать мизопропростол вагинально, а только внутрь?

**Ответ.** Нет таких категоричных заявлений. Были исследования, которые указали на предпочтения женщин именно приема внутрь. Можно использовать препарат и вагинально.

Возможно, информация, которую Вы получили, связана с рекомендациями Управления по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов (FDA) (США) по поводу нескольких смертельных случаев, зарегистрированных в США. Вот какой вывод по этому поводу сделали эксперты.

Не доказано<sup>1</sup>, что вагинальное применение мизопростола сопровождается увеличением риска септических осложнений вплоть до септического шока. *Цитата*<sup>2</sup>: «These deaths occurred in women who used vaginally administered misoprostol, but no causal relationship between vaginal misoprostol use and an increased risk of infection or death has been established. *Clostridium sordellii* infections have also been reported very rarely following childbirth (vaginal delivery and caesarian section), and in other gynecologic and non-gynecologic conditions». *Перевод*: «Эти смертельные случаи встречались у женщин, получавших мизопропростол вагинально, однако не было найдено взаимосвязи между вагинальным введением мизопростола и повышением риска инфекции и смерти».

Источник KingMed.info

Обсуждая эти случаи, FDA отмечает, что эффективность и безопасность других режимов дозирования мифепрекса (кроме 600 мг), включая вагинальное введение мизопростола, не были установлены (2005).

В целом FDA зарегистрировало 14 случаев материнской смерти после выполнения МА на фоне 1,52 млн (2011)<sup>3</sup> аборт, выполненных в США этим методом, что составляет 0,009% (или 0,9 на 100 тыс. вмешательств), что соответствует определению безопасного аборта.

В 2016 г. FDA утвердило дополнительное приложение (инструкции) для мифепристона и мизопростола, согласно которым беременность может быть завершена в срок до 70 дней с первого дня последней менструации женщины. Одобренный режим дозирования включает прием 200 мг мифепристона внутрь, затем применение 800 мкг мизопростола буккально в период между 24 и 48 ч после приема мифепристона, осуществление контроля за эффективностью медицинским работником между 7-м и 14-м днем после приема мифепристона.

FDA. Mifeprex (mifepristone) information. Approved Regimen (2016). Электронный ресурс: <http://www.fda.gov/drugs/>.

Вопрос. Присутствует ли дополнение в рекомендациях ВОЗ про возможный прием мизопростола спустя 24 ч после мифепристона?

<sup>1</sup> [http://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda\\_docs/label/2005/020687s013lbl.pdf](http://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2005/020687s013lbl.pdf).

<sup>2</sup> Обзор FDA (2005). Mifeprex (mifepristone) Prescribing Information, July 2005.

<sup>3</sup> <http://www.fda.gov/downloads/Drugs/DrugSafety/PostmarketDrugSafety-InformationforPatientsandProviders/UCM263353.pdf>.

**Ответ.** Да, такое дополнение есть, но только на раннем сроке – до 49 дней аменореи. На более позднем сроке введение мизопростола рекомендуется по-прежнему через 36-48 ч (Безопасный аборт: Рекомендации для систем здравоохранения по вопросам политики и практики. 2-е изд. ВОЗ, 2013. 136 с.). Такая рекомендация была сделана после получения доказательных данных об отсутствии снижения эффективности при приеме мизопростола через более короткий интервал от приема мифепристона на этих сроках. При беременности выше

50 дней аменореи таких данных получено не было. Ссылка: <http://apps.who.int>.

## **ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ**

- Желание пациентки прервать незапланированную (нежелательную) беременность сроком до 9 нед (до 63 дней от первого дня последней менструации).

- Наличие социального или медицинских показаний к прерыванию беременности (включая НрБ) (код по МКБ-10: O02.1. Несостоявшийся выкидыш).
- Неполный аборт при самопроизвольном или ИПБ без осложнений (коды по МКБ-10: O03.4 и O04.4. Неполный аборт без осложнений) на сроке до 63 дней аменореи при желании женщины завершить беременность медикаментозным способом.

Показания изложены в соответствии с клиническими рекомендациями «Медикаментозное прерывание беременности в I триместре» (утв. Минздравом России 15.10.2015 № 15-4/10/2-6120) и «Выкидыш в ранние сроки беременности: диагностика и тактика ведения» (утв. Минздравом России 07.06.2016 № 15-4/10/2-3482).

При неполном аборте после самопроизвольного или ИПБ без осложнений (далее - неполный аборт) критерии приемлемости метода следующие:

- шейка матки открыта;
- отмечается или отмечалось вагинальное кровотечение во время настоящей беременности;
- размер матки соответствует сроку беременности не более 9 нед от начала последней менструации.

МА может быть использован в медицинской организации амбулаторного типа или стационаре дневного пребывания, если срок беременности не превышает указанный выше допустимый срок, а состояние здоровья женщины позволяет использовать препараты для медикаментозного прерывания беременности с учетом их противопоказаний.

Как уже указывалось, два клинических протокола, утвержденных Минздравом России (Медикаментозный аборт <...>, 2015; Выкидыш в ранние сроки <...>, 2016), следует считать нормативными документами, разрешающими применение методики МА в указанные сроки (до 63 дней аменореи), в том числе при несостоявшемся выкидыше, неполном аборте вне инструкций, без дополнительного оформления заключения врачебной комиссии на ее проведение.

При наличии социального или медицинских показаний к ИПБ, включенных в перечень медицинских показаний к ИПБ, на основании приказа Минздравсоцразвития России от 05.05.2012 № 502н «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации» консилиумом врачей выдается заключение врачебной комиссии (выписка из протокола) о наличии у беременной социального показания или заболевания, являющегося медицинским показанием к ИПБ, которое заверяется подписями членов консилиума и печатью медицинской организации. Заключение вкладывается в карту прерывания беременности и является ее неотъемлемой частью.

Решение (заключение) врачебной комиссии оформляется в виде протокола и вносится в медицинскую документацию пациента и Журнал работы врачебной комиссии (форма № 035/у-02, утверждена приказом Минздрава России от 21.05.2002 № 154 «О ведении формы учета клинико-экспертной работы в лечебно-профилактических учреждениях»). При этом решение врачебной комиссии считается принятым, если его поддержало квалифицированное большинство членов комиссии (две трети членов). Протоколы решений врачебной комиссии должны храниться в течение 10 лет в архиве медицинской организации.

Кроме того, пациентке или ее законному представителю может быть выдана выписка из протокола решения врачебной комиссии в случае обращения с письменным заявлением.

Для оказания медицинской помощи женщине при несостоявшемся выкидыше, неполном аборте после самопроизвольного или искусственного прерывания на сроке до 9 нед решение врачебной комиссии и оформление протокола не требуются.

При оказании медицинской помощи женщине при несостоявшемся выкидыше и неполном аборте на сроке до 9 нед морфологическое исследование тканей гестации не требуется. Объем обследования после завершения несостоявшегося выкидыша (НВ) или самопроизвольного аборта определяется показаниями (см. раздел «Реабилитация после осложненного медикаментозного аборта»).

## **ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ПРЕРЫВАНИЮ БЕРЕМЕННОСТИ МЕДИКАМЕНТОЗНЫМ МЕТОДОМ**

- Подозрение на внематочную беременность.
- Индивидуальная непереносимость мифепристона и/или мизопростола.
- Надпочечниковая недостаточность и/или длительная глюкокортикоидная терапия.
- Острая или хроническая печеночная или почечная недостаточность.
- Наследственная порфирия.
- Беременность сроком более 63 дней аменореи<sup>1</sup>.

### **Не применяется медикаментозный метод:**

- при трофобластической болезни (пузырном заносе).
- инфекции органов малого таза и/или сепсисе, нарушении гемодинамики/коллапсе при неполном аборте после самопроизвольного или искусственного аборта.

В этих случаях после соответствующей подготовки опорожнение матки выполняется методом ВА.

## **Относительные противопоказания:**

- миома матки больших размеров<sup>2</sup>;
- анемия (уровень гемоглобина менее 100 г/л)<sup>3</sup>;
- нарушения гемостаза (в том числе предшествующая терапия антикоагулянтами)<sup>4</sup>;
- острые воспалительные заболевания женских половых органов<sup>5</sup>;
- наличие тяжелой экстрагенитальной патологии;
- курение у женщин старше 35 лет без предварительной консультации терапевта<sup>6</sup>;
- кахексия;
- заболевания, связанные с простагландиновой зависимостью или противопоказания к применению простагландинов: глаукома, бронхиальная астма, артериальная гипертензия;
- эндокринопатии и заболевания эндокринной системы, в том числе сахарный диабет;
- гормонально-зависимые опухоли;
- период лактации<sup>7</sup>;
- беременность, возникшая на фоне применения внутриматочных контрацептивов<sup>8</sup>;
- беременность, возникшая после применения гормональных контрацептивных средств<sup>9</sup>.

## **Примечания**

<sup>1</sup> Согласно рекомендациям RCOG (2015), ВОЗ (2012, 2014), МА с использованием 200 мг мифепристона и мизопростола считается безопасной технологией и может применяться до 22 нед беременности. В соответствии с приказом Минздрава России от 01.11.2012 № 572 «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология" (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)», для прерывания беременности сроком более 12 нед рекомендуются как хирургический, так и медикаментозный методы. Прерывание беременности на сроке 9-21 нед должно проводиться только в гинекологическом стационаре с возможностью оказания хирургической помощи с предварительным обследованием в объеме, предусмотренном приказом Минздрава России № 572, при направлении на прерывание беременности в II триместре.

<sup>2</sup> Наличие у пациентки миомы матки является фактором риска развития кровотечения при медикаментозном аборте. Если доминантный миоматозный узел не превышает 4 см, узлы не деформируют полость матки, то проведение МА возможно.

<sup>3</sup> МА сопровождается кровопотерей, соответствующей или немного большей, чем при менструации. В связи с этим пациентки, имеющие исходно низкий уровень гемоглобина, имеют риск еще большего снижения уровня гемоглобина и увеличения степени тяжести анемии.

<sup>4</sup> Нарушение гемостаза в виде снижения коагуляционного потенциала крови, в том числе предшествующая терапия антикоагулянтами, увеличивает риск обильного кровотечения при МА.

<sup>5</sup> МА не увеличивает риск восходящей инфекции. Возможно одновременное проведение антибактериальной терапии и МА.

<sup>6</sup> Курящие женщины старше 35 лет входят в группу риска сердечно-сосудистых заболеваний, в связи с чем необходима консультация терапевта для исключения противопоказаний к МА.

<sup>7</sup> Лактация является относительным противопоказанием к МА. Однако современными клиническими исследованиями показано отсутствие влияния на ребенка мифепристона, и кормление после его приема может быть продолжено без перерывов. Мизопропростол определяется в молоке в минимальных количествах и через 4-6 ч после его приема кормление ребенка может быть продолжено (то есть следует пропустить одно кормление, используя сцеживание).

<sup>8</sup> Если нежелательная беременность возникла на фоне внутриматочного контрацептива (ВМК), необходимо удалить ВМК, после чего проводить МА.

<sup>9</sup> Данное противопоказание обусловлено инструкцией к применению лекарственных средств для прерывания беременности и является относительным. Длительный прием ГК может сопровождаться увеличением риска нарушения свертывания крови, при этом целесообразно провести исследование гемостаза.

Кроме того, инструкции к препаратам для прерывания беременности содержат другие **относительные противопоказания** к использованию препаратов, которые следует учитывать при их назначении.

## **ДИАГНОСТИКА АБСОЛЮТНЫХ ПРОТИВОПОКАЗАНИЙ**

### **Внематочная беременность**

Внематочная беременность - имплантация оплодотворенного яйца вне полости матки.

МА не применяется для прекращения внематочной беременности, поэтому ее диагностика на этапе обследования является важным моментом для определения противопоказаний к его выполнению.



При этом визуализация плодного яйца в полости матки является критерием наличия маточной беременности. Однако эта ситуация не исключает одновременного наличия и маточной, и внематочной беременности.

**Эпидемиология.** Распространенность внематочной беременности составляет около 2%, частота шеечной беременности колеблется от 1 на 2400 до 1 на 50 тыс. беременностей.

Согласно статистическим данным МЗ РФ за 2005-2013 гг., частота МС при внематочной беременности в ее структуре составляет от 1,6 до 6,7%, в 2014 г. - 2,2% (0,26 случая на 100 тыс. родившихся живыми).

**Этиология.** Воспалительные заболевания в этиологии внематочной беременности составляют 42-80%. Появились сообщения о возникновении внематочной беременности у 2% женщин, которым было проведено ЭКО.

**Патогенез.** Нарушение нормального механизма транспортировки оплодотворенной яйцеклетки может привести к внематочной беременности.

**Коды по МКБ-10:** O00.0. Абдоминальная (брюшная) беременность.

O00.1. Трубная беременность: беременность в маточной трубе, разрыв маточной трубы вследствие беременности.

O00.2. Яичниковая беременность.

O00.8. Другие формы внематочной беременности: шеечная, в роге матки, интралигаментарная.

С клинической точки зрения выделяют прогрессирующую трубную беременность и нарушенную трубную беременность (разрыв маточной трубы, трубный аборт).

### **Прервавшаяся внематочная беременность**

Диагностика прервавшейся внематочной беременности обычно не вызывает затруднений (см. раздел «Осложнения медикаментозного аборта»).

### **Прогрессирующая внематочная беременность**

**Клиническая картина.** Внематочная беременность вызывает в организме женщины такие же изменения, как и маточная: задержку менструации, нагрубание молочных желез, появление молозива, тошноту, извращение вкуса.

**Диагностика.** На ранних сроках исключительно трудна. Однако есть признаки, характерные больше для внематочной беременности, чем для маточной: содержание хорионического гонадотропина несколько ниже, чем при маточной беременности аналогичного срока; увеличение размеров матки не соответствует предполагаемому сроку беременности; в области придатков пальпируют болезненное опухолевидное

образование тестоватой консистенции. Достоверные диагностические признаки определяются при УЗИ (визуализация плодного яйца в трубе) и лапароскопии.

**Объективное обследование:** при прогрессирующей внематочной беременности состояние пациентки удовлетворительное, гемодинамика стабильная. При пальпации может быть болезненность внизу живота на стороне поражения. При гинекологическом обследовании отмечается легкий цианоз слизистой оболочки влагалища и шейки матки; шейка матки несколько размягчена, безболезненна; тело матки мягковатой консистенции, чуть увеличено, несколько чувствительно при исследовании; на стороне поражения можно пропальпировать тестоватой консистенции болезненное образование овоидной формы. Выделения из половых путей светлые.

**Функциональные и лабораторные методы исследования.** Мировой «золотой стандарт» диагностики эктопической беременности - анализ крови на ХГЧ ( $\beta$ -субъединицы), при котором выявляют несоответствие количества этого гормона должному при данном сроке маточной беременности, и УЗИ, при котором констатируют отсутствие в полости матки трофобласта и обнаруживают его вне полости. Комбинация этих методов позволяет диагностировать беременность у 98% больных с 3-й недели беременности.

Основные ультразвуковые критерии внематочной беременности и их частота: неоднородные придатковые структуры и свободная жидкость в брюшной полости (26,9%); неоднородные придатковые структуры без свободной жидкости (16%); эктопически расположенное плодное яйцо с живым эмбрионом (с признаками сердцебиения) (12,9%); эктопически расположенный эмбрион (сердцебиение не определяется) (6,9%). Беременность в маточном углу может быть заподозрена при асимметрии матки, асимметричной позиции плодного яйца.

Признаки шеечной беременности: отсутствие плодного яйца в матке или ложное плодное яйцо; гиперэхогенность эндометрия (децидуальная ткань); неоднородность миометрия; матка в виде песочных часов; расширение канала шейки матки; плодное яйцо и плацентарная ткань в канале шейки матки; закрытый внутренний зев; отрицательный симптом скольжения: отсутствие смещения ткани плодного яйца относительно стенок цервикального канала при оказании дозированного давления трансвагинальным датчиком на шейку матки; высокая васкуляризация перитрофобластической области, обнаруживаемая при доплеровском исследовании (максимальная систолическая скорость - более 20 см/с, ПИ - менее 1,0).

По результатам УЗИ выделяют три типа эхографической картины полости матки при внематочной беременности: I - утолщенный от 11 до 25 мм эндометрий без признаков деструкции; II - полость матки расширена, переднезадний размер - 10-26 мм, содержимое в основном жидкостное, неоднородное за счет сгустков крови и

отторгнутого в различной степени gravidарного эндометрия; III - полость матки сомкнута, М-эхо в виде гиперэхогенной полоски 1,6-3,2 мм.

Необходима дифференциальная диагностика внематочной беременности с маточной при наличии ложного плодного яйца в полости матки (табл. 2.3).

Таблица 2.3

### Эхографические критерии ложного и истинного плодного яйца (Жук С.И., 2007)

Критерий	Ложное плодное яйцо	Истинное плодное яйцо
Гипоэхогенный ободок	Нет	Есть
Локализация	В полости матки	В толще эндометрия
Форма	Неопределенная	Округлая
Размеры	Редко более 6-7 мм и не соответствуют сроку беременности	Соответствуют сроку беременности

По данным Жук С.И. (2007), частота обнаружения ложного плодного яйца составляет 28%.

С появлением в лабораторной практике высокочувствительных и высокоспецифичных иммуноферментных тест-систем для определения ХГЧ в крови, основанных на выявлении с помощью моно-клональных антител  $\beta$ -субъединицы, стала возможной диагностика ранней беременности, начиная с 7-9-го дня после оплодотворения. Как и физиологическая беременность, эктопическая характеризуется наличием синтеза ХГЧ с первых дней после прикрепления оплодотворенной яйцеклетки.

Концентрация  $\beta$ -ХГЧ в сыворотке крови свыше 5 мМЕ/мл расценивается как положительная реакция, свидетельствующая о наличии беременности. Однако увеличение концентрации  $\beta$ -ХГЧ происходит значительно медленнее, чем при физиологической беременности. Установлено, что в 95% случаев концентрация  $\beta$ -ХГЧ в крови пациенток с эктопической беременностью достоверно ниже соответствующих нормативных показателей (табл. 2.4) для данного срока физиологической беременности. Следует отметить, что концентрация  $\beta$ -ХГЧ при эктопической беременности может варьировать в широких пределах - от 20 до 200 тыс. МЕ/л, так как синтез его трофобластом зависит от кровоснабжения. Именно поэтому условия для развития яичниковой и брюшно-полостной беременности можно считать более благоприятными по сравнению с таковыми для трубной беременности, и концентрация  $\beta$ -ХГЧ при яичниковой или брюшно-полостной беременности, как правило, не отличается от таковой при физиологической беременности.

## Алгоритм дифференциальной диагностики эктопической беременности

1. Опрос пациентки. Любое нарушение менструального цикла (несвоевременное наступление менструации, межменструальные кровянистые выделения, болевой синдром) является основанием для назначения анализа на содержание  $\beta$ -ХГЧ в крови.
2. При наличии положительного анализа на  $\beta$ -ХГЧ концентрация этого гормона должна быть сопоставлена с соответствующим нормативным показателем для данного срока физиологической беременности.
3. Несоответствие концентрации  $\beta$ -ХГЧ сроку беременности считается обоснованием для назначения УЗИ в целях обнаружения плодного яйца.

Таблица 2.4

### Референсные значения $\beta$ -ХГЧ

Срок беременности (по дате последней менструации)	Значения $\beta$ -ХГЧ, мМЕ/мл	Примечания
3	25-156	Большой разброс значений нормы объясняется высокой скоростью нарастания уровня ХГЧ
4	25-156	По некоторым данным, она уже может достигать 300 мМЕ/мл
5	101-31 500	-
6	1 110-82 300	-
7	25 600-151 000	-
8	23 100-233 000	Снижение интенсивности нарастания уровня $\beta$ -ХГЧ
9	27 300-291 000	Это начало пика, максимального показателя за всю беременность
10	20 900-291 000	-
11	20 900-291 000	В 11 нед показатель ХГЧ во многих случаях достигает своего максимума, но может уже оказаться и началом спада
12	20 900-291 000	Хотя нормы остаются на прежнем уровне, у большинства женщин начинается снижение продукции гормона

4. Наличие тубоовариального образования или новообразования в брюшной полости при положительной реакции на  $\beta$ -ХГЧ с высокой степенью достоверности свидетельствует об эктопической беременности. Точность диагностики - не менее 99%.

5. При отрицательном результате УЗИ и положительной реакции на  $\beta$ -ХГЧ целесообразно повторное количественное определение концентрации  $\beta$ -ХГЧ в крови пациентки через 2 дня. Отсутствие динамики или незначительное увеличение концентрации этого гормона следует расценивать как дополнительное подтверждение наличия внематочной беременности. При увеличении его содержания в крови менее чем в 2 раза в 85% случаев можно быть уверенным в наличии эктопической беременности. Целесообразно также повторное проведение УЗИ в целях визуализации плодного яйца.

6. При наличии отрицательной реакции на  $\beta$ -ХГЧ (концентрация  $\beta$ -ХГЧ менее 10 МЕ/л) диагноз «беременность» поставлен быть не может. Концентрация  $\beta$ -ХГЧ от 10

до 20 МЕ/л должна расцениваться как сомнительная реакция, и анализ целесообразно повторить через 2 и 5-7 дней.

## **Интерпретация результатов реакции на $\beta$ -ХГЧ**

При определении ХГЧ по неделям ориентируются на несколько основных моментов: показатель до 5 мМЕ/мл считается отрицательным; от 5 до 25 мМЕ/мл - сомнительным и требует повтора; при оценке отклонения от нормы ХГЧ по неделям в расчет берут отличие, превышающее 20% норматива. Понижение или повышение уровня ХГЧ на 50% и более считается патологией.

## **Клиническое наблюдение**

### **Внематочная беременность**

Пациентка, 28 лет, обратилась по поводу кровотечения. На УЗИ: гестационный мешок, соответствующий сроку 9 нед, без плодного яйца. Проведено лечение мизопростолом в дозе 400 мкг. Через 2 нед: внутриматочный детрит на 6 мм, свободная жидкость в заднем своде. Кюретаж: отсутствие тканей гестации, незначительное количество крови в полости матки. Диагностическая лапароскопия: внематочная беременность.

Было проведено исследование с целью определить, возможно ли применение мифепристона/мизопростола для выполнения аборта на ранних сроках беременности в тех случаях, когда гестационный мешок еще не визуализируется на сонограмме. Этот отчет представляет предполагаемое, предварительное исследование 30 здоровых взрослых беременных, обратившихся для выполнения аборта, без гестационного мешка на сонограмме. Среднее количество дней аменореи в группе составило  $40 \pm 9$ . Протокол исследования включал определение гонадотропина (ХГЧ), измеренного до использования препаратов. Схема прерывания включала мифепристон в дозе 200 мг внутрь в комбинации с мизопростолом 800 мкг вагинально через 48 ч и выполнение контроля через 4 дня (повторная сонограмма и определение ХГЧ). У женщин с начальным уровнем ХГЧ более 2000 МЕ/л предполагалась внематочная беременность. Если при первом контрольном посещении ХГЧ уменьшался более чем на 50%, то женщины далее наблюдались с выполнением тестов на ХГЧ еженедельно до отрицательных результатов. Если уровни не уменьшались на 50%, то давали вторую дозу мизопростола и продолжали наблюдение. Хирургическое вмешательство выполнялось при постоянных уровнях ХГЧ или при выраженном кровотечении. Таких женщин было три. У двух из них было хирургическое вмешательство по поводу внематочной беременности и у одной - в связи с прерыванием маточной беременности. Аборты были завершены успешно у 25 женщин из 27. Внематочной беременности у них не было. У 23 женщин было уменьшение ХГЧ при первом контрольном посещении более чем на 50%. Все 27 женщин, которые закончили протокол, сочли полный режим приемлемым. Авторы исследования пришли к

выводу, что при использовании медикаментозного прерывания беременности на очень ранних сроках (до 40 дней аменореи), когда гестационный мешок еще не определяется при УЗИ, необходим контроль за динамикой ХГЧ, чтобы гарантировать, что беременность не является ни продолжающейся, ни внематочной (Источник: Schaff E.A., Fielding S.L., Eisinger S., Stadalius L. Mifepristone and misoprostol for early abortion when no gestational sac is present // Contraception. 2001. Vol. 63. P. 251-254.

**Клиническая тактика.** Немедленная госпитализация. Динамическое наблюдение за больной с подозрением на прогрессирующую внематочную беременность проводят только в стационаре с круглосуточно действующей операционной, так как прерывание ее происходит внезапно и сопровождается кровотечением в брюшную полость. В современных условиях основное лечение прогрессирующей трубной беременности - органосохраняющая операция эндоскопическим доступом.

В отношении **юридических аспектов** обследования пациенток с внематочной беременностью необходимо иметь в виду, что даже при использовании трансвагинального сканирования, в том числе с доплерометрией, могут не выявляться убедительные данные, свидетельствующие о наличии эктопической беременности (20% наблюдений). В связи с этим при сомнительных результатах ультразвукового исследования у пациенток с подозрением на внематочную беременность для протокола исследования может быть рекомендовано письменное заключение следующего характера: «Несмотря на отсутствие эхографических данных, полностью исключить наличие внематочной беременности не представляется возможным».

## **Порфирия, или порфириновая болезнь**

Порфириновая болезнь (гематопорфирия) - наследственное заболевание, связанное с нарушением нормального синтеза гема (красящей части молекулы гемоглобина) и сопровождающееся накоплением в тканях и выделением с мочой и калом больших количеств порфиринов. Проявляется фотодерматозом (рис. 2.1, см. цв. вклейку), гемолитическими кризами, желудочно-кишечными и нервно-психическими расстройствами.

**Эпидемиология.** Порфирия является орфанным заболеванием и встречается с частотой 10 случаев на 300 тыс. населения. Женщины болеют значительно чаще мужчин. Возраст больных - 20-40 лет.

**Этиология.** Патогенез порфириновой болезни до настоящего времени полностью не раскрыт. Семейный характер порфириновой болезни доказан множеством наблюдений; наследование происходит по доминантному типу. Для проявления заболевания имеют большое значение внешние факторы (применение снотворных, сульфаниламидных препаратов, солнечные или ультрафиолетовые, рентгеновские облучения и др.). Нарушение порфиринового обмена ведет к образованию физиологических соединений пирролового ряда - нерастворимого в эфире

уропорфирина или его предшественников (порфобилиногена, лейкопорфирина, δ-аминолевулиновой кислоты).

**Классификация.** Порфириновую болезнь классифицируют в соответствии с основными местами синтеза гемоглобина, в которых проявляются «ошибки» метаболизма. Первичное нарушение может возникать в печени (печеночная порфирия - *hepatic porphyria*) или в костном мозге (эритропоэтическая порфирия - *erythropoietic porphyria*); иногда оно может развиваться в обоих этих органах.

**Клиническая картина.** Порфириновая болезнь проявляется либо как возникающее с детства хроническое заболевание с повышенной чувствительностью кожи к свету (пигментация, изъязвления), гемолитической анемией, порфиринурией, либо как острая перемежающаяся порфирия, наступающая в первые десятилетия жизни. Порфириновая болезнь проявляется приступами острых болей в животе с рвотой, запорами или диареей, повышением температуры тела и часто расценивается как острый аппендицит, панкреатит, холецистит. Начало заболевания или его обострение часто провоцируются приемом барбитуратов. Параллельно абдоминальным симптомам развиваются поражения нервной системы: полиневриты, парезы, иногда параличи и нарушения психики. Кожа пигментирована, но не изъязвляется; моча красная, на свету темнеет.

**Диагностика** основывается на данных клинической картины и появлении черной или темно-красной мочи. Однако цвет мочи может быть нормальным, иногда она темнеет при стоянии.

Порфириновую болезнь следует считать доказанной при обнаружении порфиринов (уропорфирина, порфобилиногена, лейкопорфирина, δ-аминолевулиновой кислоты) в моче.

**Дифференциальную диагностику** проводят с острыми заболеваниями брюшных органов, неврозами, другими нервными и психическими болезнями.

**Прогноз** серьезный. Тяжелые формы порфириновой болезни обычно заканчиваются летально. При наличии нервных симптомов летальность достигает 50-60%.

**Лечение.** Специфического лечения нет. Иногда ремиссия наступает после применения адренкортикотропного гормона (АКТГ) (по 40-80 ЕД/сут) и глюкокортикоидов (кортизона до 200-300 или преднизолона до 50 мг/сут). Гормональную терапию следует продолжать короткими курсами (5-7-10 дней). Рекомендуются назначать лактофлавин, пантотеновую кислоту, глюконат кальция, препараты раувольфии, тестостерон. Для удаления порфиринов из организма назначают унитиол.

При подозрении на порфириновую болезнь больной должен быть направлен на консультацию к терапевту-гематологу.

**Заключение.** В связи с изменениями в системе крови (гемолитической анемией) у больных порфириновой болезнью заболевание относится к абсолютным противопоказаниям к МА.

### **Хроническая почечная недостаточность**

Хроническая почечная недостаточность (ХПН) - это нарушение гомеостаза, вызванное необратимым снижением массы действующих нефронов почек. Возникает она при всех прогрессирующих заболеваниях почек и проявляется многосимптомным комплексом, отражающим участие в этом процессе практически всех органов и систем больного.

ХПН является следствием повреждения почек либо снижения их функции в течение 3 мес и более.

**Эпидемиология.** В среднем, вероятно, она может быть оценена как 100-250 случаев на миллион населения. В популяции г. Москвы она составляет 0,35%, при этом почти 90% случаев ХПН приходится на лиц пожилого и старческого возраста.

**Патогенез.** Наиболее яркими проявлениями изменений в системе крови у больных ХПН являются анемия и геморрагический диатез. Анемия, которая наблюдается у 80% больных с компенсированной ХПН и у 100% с терминальной почечной недостаточностью, обуславливается как прогрессивным снижением синтеза почками эритропо-этинов, так и изменениями самих эритроцитов, становящихся более ригидными и склонными к агглютинации и гемолизу. Страдает и синтез гемоглобина за счет накопления его ингибиторов.

В условиях уремии нарушается функция тромбоцитов. Это связывают, в частности, с накоплением гуанидин-янтарной кислоты и других ингибиторов агрегации тромбоцитов. Результатом становится увеличение времени кровотечения, хотя время свертываемости, протромбино-вое и частичное тромбопластиновое время остаются в пределах нормы. Последствием этого бывают легко возникающие экхимозы, кровоподтеки, внутренние кровотечения.

**Классификация.** Заболевание классифицируется на пять стадий, которые различаются по тактике ведения больного и риску развития терминальной почечной недостаточности и сердечно-сосудистых осложнений.

**Диагноз.** Применяют комплекс биохимических анализов крови и мочи, определение скорости клубочковой фильтрации, инструментальные методы (УЗИ, урографию).





**Рис. 2.2.** Схема патогенеза изменений в системе крови у больных хронической почечной недостаточностью

**Лечение.** Проводят лечение обменных нарушений и осложнений, по возможности воздействуют на основное заболевание; своевременно выявляют и лечат болезни, усугубляющие ХПН (например, инфекции мочевыделительной системы). На поздних стадиях больные нуждаются в регулярном гемодиализе или трансплантации почки.

**Заключение.** В связи с изменениями в системе крови у больных ХПН женщины являются угрожаемыми по кровотечению при медикаментозном аборте, и по этой причине ХПН относится к абсолютным противопоказаниям к МА.

### **Хроническая печеночная недостаточность**

Хроническая печеночная недостаточность (ХПЧН) - комплекс симптомов, характеризующийся нарушением одной или нескольких функций печени, появляющийся вследствие повреждения ее паренхимы.

**Эпидемиология.** Сведения о частоте ХПЧН ограничены. Вероятно, встречается в 10 случаях на 100 тыс. населения.

**Этиология.** Затяжное течение вирусных гепатитов В, С, D (вирусное воспаление печени). Длительное влияние вредных бытовых и рабочих факторов (жизнь рядом с промышленными сооружениями, работа на вредном производстве). Опухоли печени или метастазы (распространение опухолевых клеток из первичного очага, чаще из ободочной кишки, желудка) в печень. Снижение артериального кровоснабжения печени, например, при сердечной недостаточности. Цирроз печени (терминальная стадия заболеваний печени), при которой в печени образуется грубая соединительная (рубцовая) ткань.

**Патогенез.** С прогрессирующим уменьшением числа нормальных гепатоцитов связаны нарушения обмена веществ, свертывания крови и энцефалопатия.

Низкая свертываемость крови вследствие печеночной недостаточности обусловлена дефицитами в крови факторов ее свертывания, которые в организме образуют только клетки печени. Активированные формы факторов свертывания крови инактивируются преимущественно в печени. Именно поэтому свертывание крови у больных ХПЧН происходит аномально длительно и интенсивно, так как его не тормозит инактивация факторов свертывания печенью.

Гипокоагулемию у больных ХПЧН обуславливают низкое образование факторов свертывания из-за аномально низкого числа нормальных гепатоцитов, коагулопатия потребления, то есть в данном случае избыточный расход активированных факторов свертывания из-за гиперкоагулемии вследствие недостаточной инактивации активных форм данных веществ в печени.

## **Диагностика**

**Клиническая картина.** Боли в животе, сонливость, слабость, повышенная утомляемость, возможные кровотечения, зуд кожи, отечность ног, потеря сознания, апатия, снижение трудоспособности.

**Объективное обследование.** При осмотре: определяются болезненность живота при его пальпации (прощупывании), чаще в верхних отделах, над пупком справа, свободная жидкость в брюшной полости, желтушность кожи, белков глаз; возможны печеночный запах изо рта, выявление асцита (жидкости в брюшной полости). Проводится оценка психического состояния человека для своевременной диагностики печеночной энцефалопатии (тяжелого поражения нервной системы с угнетением ее функций).

**Лабораторные исследования.** Клинический анализ крови (для выявления возможной анемии, лейкоцитоза при воспалительных заболеваниях); биохимический анализ крови (для контроля функций печени, поджелудочной железы, содержания микроэлементов в крови, таких как калий, кальций, натрий); коагулограмма; антимитохондриальные антитела; антигладкомышечные антитела; общий анализ мочи (для контроля за состоянием мочевыводящих путей и органов мочеполовой системы); анализ крови на присутствие вирусных гепатитов; копрограмма (можно обнаружить непереваренные фрагменты пищи, жира, грубые пищевые волокна).

**Инструментальные исследования.** УЗИ органов брюшной полости для оценки состояния желчного пузыря, желчевыводящих путей, печени, поджелудочной железы, почек, кишечника, а также для обнаружения очагов рубцовой ткани в печени. Эзофагогастродуоденоскопия - для выявления патологически расширенных вен желудка и двенадцатиперстной кишки. Компьютерная томография органов брюшной полости для более детальной оценки состояния печени, выявления опухоли, повреждения, характерных узлов в ткани печени. Биопсия печени позволяет выявить

причину недостаточности, исключить опухолевый процесс. Эластография - исследование ткани печени для определения степени поражения, фиброза. Электроэнцефалография, компьютерная томография и магнитно-резонансная томография головного мозга - для поиска иных причин поражения нервной системы.

**Лечение** ХПЧН направлено в основном на уменьшение образования токсических веществ и удаление их из организма.

**Прогноз** при своевременной интенсивной терапии может быть вполне благоприятным. При развитии глубокой печеночной комы изменения в организме становятся необратимыми.

**Заключение.** В связи с изменениями в свертывающей системе крови у больных ХПЧН женщины являются угрожаемыми по кровотечению при медикаментозном аборте, и по этой причине ХчПН относится к абсолютным противопоказаниям к МА.

### **Аллергические реакции на мифепристон и мизопростол**

В инструкциях к препаратам в разделе «Аллергические реакции» указываются кожная сыпь, зуд, анафилактические реакции, ангионевротический отек.

**Эпидемиология.** Среди 80 тыс. женщин, прошедших процедуру МА в США, только о шести случаях возникновения аллергической реакции сообщалось в FDA (Hausknecht R., 2003). Сообщений в опубликованной литературе о тяжелых аллергических реакциях (анафилактическом шоке, отеке Квинке) на препараты нет.

**Анамнез** играет решающую роль в диагностике предполагаемой непереносимости препаратов. Иногда удается получить сведения как о наличии аллергии, так и об эпизоде поступления в его организм потенциального аллергена (прием препаратов в прошлом).

При использовании мифепристона и/или мизопростола в прошлом следует обратить внимание на следующие симптомы после их приема: зуд, быстро распространяющуюся сыпь по типу крапивницы, или сливную сыпь, или резкое покраснение кожного покрова; быстрое развитие отечности губ, ушей, языка, рук, ног и лица; чувство жара; покраснение глаз, слизистых оболочек носа и носоглотки, слезотечение и выделение жидкого секрета из ноздрей, сухость во рту, спазм голосовой щели и бронхов, спастический или лающий кашель; угнетение или, наоборот, тревожное возбуждение, иногда сопровождающееся страхом смерти; болевые ощущения (схваткообразную боль в животе, пульсирующую головная боль, сжимающую боль в области сердца).

**Заключение.** При выявленной аллергической реакции на мифепристон и мизопростол в прошлом применение их противопоказано.

При отсутствии указаний необходимо наблюдение пациентки после их приема в течение 1-1,5 ч.

Необходимо иметь в кабинете аптечку скорой помощи для немедленного оказания медицинской помощи при появлении аллергической реакции.

## **2.2. ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЖЕНЩИНАМ ПРИ МЕДИКАМЕНТОЗНОМ ПРЕРЫВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ И ЗАВЕРШЕНИИ САМОПРОИЗВОЛЬНОГО И НЕСОСТОЯВШЕГОСЯ ВЫКИДЫША**

Организация медицинской помощи при прерывании беременности на ранних сроках осуществляется в соответствии с приказом Минздрава России от 01.11.2012 № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология" (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)».

МА рекомендуется выполнять в амбулаторно-поликлинических условиях (в государственных учреждениях - дневных стационарах в связи с особенностями лекарственного обеспечения) в соответствии с современными схемами, рекомендуемыми международными экспертами, имеющими высокий уровень доказательности, высокую настоятельность рекомендаций и доказавшими свою высокую эффективность (табл. 2.1), которые изложены в клинических рекомендациях Минздрава России (2015).

Настоящий клинический протокол следует считать нормативным документом, разрешающим применение методики МА в указанные сроки (до 63 дней аменореи) вне инструкций, без дополнительного оформления заключения врачебной комиссии на ее проведение (стр. 13 клинического протокола).

Настоящий клинический протокол предусматривает также необходимость досрочного завершения беременности при наличии медицинских показаний к прерыванию беременности (включая замершую беременность до 63 дней аменореи). Для завершения НВ используются аналогичные схемы применения лекарственных препаратов (комбинация мифепристона с мизопростолом) или только мизопростол.

Для завершения беременности при неполном аборте (самопроизвольном или индуцированном) используются схемы: 600 мкг мизопростола внутрь, или 400 мкг сублингвально (под язык), или 800 мкг вагинально однократно (без предварительного применения мифепристона). Согласно клиническому протоколу (Выкидыш в ранние <...>, 2016), для его завершения рекомендована схема с использованием мизопростола в дозе 800 мкг вагинально. При отсутствии ответа на первую дозу можно ввести еще одну дозу, но не ранее чем через 3 ч после первой и не позднее 7 дней.

В случае необходимости медицинская организация должна иметь условия для оказания экстренной хирургической помощи (кабинет малой хирургии) или возможность экстренной медицинской эвакуации в гинекологический стационар.

Основные рекомендации по организации медицинской помощи женщинам при нежелательной беременности и аборте, с учетом доказательных данных в кратком изложении представлены в табл. 2.5.

Таблица 2.5

**Ключевые положения организации медицинской помощи женщинам при нежелательной беременности и аборте, основанные на доказательствах (по материалам Evidence-based Clinical Guideline, RCOG № 7, 2011)**

Рекомендации	Настоятельность рекомендаций *
<i>Организационные вопросы медицинской помощи при аборте</i>	
Доступ к медицинским услугам не должен предполагать задержек	B
Медицинская помощь по вопросу прерывания беременности должна быть предоставлена женщинам без ограничений независимо от возраста, этнической принадлежности, религиозных взглядов, инвалидности или сексуальной ориентации	C
Перед выполнением аборта женщине должна быть в письменной форме предоставлена объективная информация, основанная на доказательствах	C
<i>Женщина должна знать: аборт безопасен, тяжелые осложнения или смерть крайне редки</i>	
Риск разрыва матки - менее одного случая на 1000 медикаментозных абортов на поздних сроках	B
Сильное кровотечение, требующее гемотрансфузии, - один случай на 1000 вмешательств на ранних и четыре на 1000 - на поздних сроках (20 нед)	B
Индукционный аборт не повышает риска рака молочной железы	A
<i>Рекомендации</i>	
Индукционный аборт не повышает риска внематочной беременности в дальнейшем, ПП и бесплодия	B
Женщина должна знать: риск необходимости хирургического вмешательства после МА низкий	
Беременность пролонгирует у 1% женщин, что может потребовать хирургического завершения аборта	B
Хирургическое вмешательство может потребоваться в связи с другими осложнениями примерно у 5% женщин	C
<i>Решение об аборте</i>	
Медицинским работникам, оказывающим помощь женщинам, желающим прервать нежелательную беременность, следует определить тех из них, кто нуждается в помощи при принятии решения	C
Женщины, уверенные в своем решении сделать аборт, не должны быть подвергнуты обязательной консультации по вопросу принятия решения	C
<i>УЗИ перед абортом</i>	

Рутинное выполнение УЗИ перед абортom всем женщинам не рекомендовано	B
Выполнение УЗИ должно быть доступно во всех медицинских центрах, выполняющих аборты	C
Демонстрация плодного яйца женщине может быть предложена и выполнена только с ее согласия	C
<i>Скрининг на инфекции, передаваемые половым путем</i>	
Скрининг на ИППП не является обязательным. Но все женщины должны иметь возможность пройти обследование на хламидийную и другие инфекции, передаваемые половым путем (ВИЧ, гонорею, сифилис)	B
<i>Уменьшение боли</i>	
Всем женщинам во время МА должны быть предложены обезболивающие средства, например, нестероидные противовоспалительные средства (НПВС)	B
Использование парацетамола не рекомендовано, так как не было выявлено разницы с плацебо	B
Некоторым женщинам могут потребоваться наркотические обезболивающие препараты, особенно на сроке после 9 нед	B
<i>Гистологическое исследование</i>	
Рутинное морфологическое исследование тканей, полученных при абортах, не рекомендовано	C
Рекомендации	Настоятельность рекомендаций *
Рутинное обследование на наличие трофобластической неоплазии показано только при симптомах заболевания	C
<i>Наблюдение после аборта</i>	
После МА или вакуум-аспирации нет необходимости в рутинном наблюдении. Но у женщины должна быть возможность посетить врача, если она в этом нуждается	B
<i>Профилактика резус-сенсibilизации</i>	
IgG-анти-D следует вводить инъекционно в дельтовидную мышцу всем несенсибилизированным RhD-отрицательным женщинам в течение 72 ч после любого искусственного аборта	B
<i>УЗИ</i>	
Не следует регулярно проводить УЗИ для выявления неполного аборта	C
Решение об эвакуации содержимого полости матки при неполном аборте должно быть основано на клинических симптомах, а не на УЗИ	C

<i>Профилактика инфекционных осложнений</i>	
При хирургическом аборте (всем женщинам)	A C
При медикаментозном аборте (при наличии факторов риска)	
<i>Рекомендуемые схемы</i>	C
<p>1. Для женщин, не обследованных на хламидийную инфекцию**:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ азитромицин в дозе 500 мг внутрь в день аборта, а также метронидазол 1 г ректально*** или 800 мг внутрь до или во время аборта; или</li> <li>■ доксициклин в дозе 200 мг внутрь однократно, а также метронидазол 1 г ректально*** или 800 мг внутрь до или во время аборта.</li> </ul> <p>2. Для женщин, у которых не выявлено хламидийной инфекции:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ метронидазол в дозе 1 г ректально*** или 800 мг внутрь до или во время аборта</li> </ul>	
<i>Контрацепция</i>	
Женщинам должны быть предложены все методы контрацепции, в том числе пролонгированные, из которых они выбирают наиболее подходящий	B
Женщина должна быть проинформирована о высокой эффективности обратимых методов контрацепции длительного действия (ВМК, имплантаты)	B
Обсудить и выбрать будущий метод контрацепции следует еще до процедуры	B
Рекомендации	Настоятельность рекомендаций *
Выбранный метод контрацепции следует начать использовать сразу же после аборта	B
ВМК может быть установлен непосредственно после медикаментозного или хирургического аборта, выполненного на любом сроке беременности	B

\* Уровень доказательности рекомендаций представлен в табл. 1 (раздел «Введение»).

\*\* Рекомендации по антибиотикопрофилактике представлены по новой версии клинических рекомендаций RCOG (2015) (Best practice in comprehensive abortion care. Best Practice Paper No. 2. June 2015. 13 p.).

\*\*\* Ввиду отсутствия в России зарегистрированных ректальных форм метронидазола, могут использоваться вагинальные свечи с повышенной дозой (метронидазол 500 мг

Источник KingMed.info

и миконазол 100 мг) по 1 свече утром и вечером в день приема мифепристона (общая доза метронидазола - 1000 мг, или 1 г).

### **2.3. МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ЖЕНЩИНАМ ПРИ ПРЕРЫВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ: СОВРЕМЕННЫЕ ТРЕБОВАНИЯ**

Для обеспечения безопасности при оказании медицинской помощи женщинам при нежелательной беременности большое значение имеют три составляющие: информированность, доступность и качество оказания медицинской помощи (ВОЗ, 2003, 2012).

Современные требования по качественному оказанию медицинской помощи женщинам при прерывании беременности предусматривают три последовательных этапа выполнения безопасного аборта.

1. Мероприятия по уходу за женщиной перед абортom.
2. Соблюдение технологии выполнения медикаментозного прерывания беременности.
3. Мероприятия по уходу за женщиной после аборта.

Безопасность аборта обеспечивается выполнением всех трех указанных этапов, а не только соблюдением технологии метода.

Обязательным компонентом качественного оказания медицинской помощи женщинам при нежелательной беременности являются консультирование по выбору планового метода контрацепции и раннее начало его использования.

### **ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ВЫПОЛНЕНИЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ В I ТРИМЕСТРЕ**

#### **I. Мероприятия по уходу за женщиной перед абортom**

Перечень необходимых мероприятий перед абортom следующий.

- Получение и оформление ИДС на определенные виды медицинских вмешательств при выборе врача и медицинской организации, для получения первичной медико-санитарной помощи.
- Обследование пациентки перед прерыванием беременности (общеклиническое обследование, определение срока беременности, лабораторное и ультразвуковое исследование).
- Информирование перед абортom для принятия окончательного решения о прерывании беременности.
- Получение и оформление ИДС на медицинское вмешательство (прерывание беременности).



- Консультирование по вопросу планирования семьи и выбора контрацепции (обязательная часть оказания качественной медицинской помощи женщине с нежелательной беременностью).

## **Информированное добровольное согласие на определенные виды медицинских вмешательств при выборе врача и медицинской организации, для получения первичной медико-санитарной помощи**

Во время первого посещения медицинской организации пациентку информируют о необходимости оформления ИДС на определенные виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают ИДС при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи (далее - Перечень) в соответствии с Приказом Минздрава России от 20.12.2012 № 1177н.

ИДС на определенные виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень, оформляется на проведение диагностических исследований и некоторых лечебных мероприятий в соответствии с назначениями врача.

Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают ИДС при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, следующий.

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование.
3. Антропометрические исследования.
4. Термометрия.
5. Тонометрия.
6. Лабораторные исследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.
7. Функциональные исследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, реоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных).
8. Рентгенологические исследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые, доплерографические исследования.
9. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно.

10. Медицинский массаж.

11. Лечебная физкультура.

При этом пациентку необходимо информировать в устной и письменной форме о целях, характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что ей предстоит делать во время их проведения.

После оформления ИДС на определенные виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень, проводят общеклиническое и специальное (гинекологическое) обследование и устанавливают срок беременности. Назначают лабораторные и функциональные исследования, после чего проводят консультирование и информирование пациентки перед прерыванием беременности.

### **Обследование пациентки перед прерыванием беременности**

**Цель обследования** - диагностика беременности, определение срока и подтверждение локализации плодного яйца в полости матки, проведение стандартного объема лабораторных и функциональных исследований, по показаниям - других исследований, определение противопоказаний к МА.

### **Рекомендуемый объем обследования**

1. Сбор анамнеза, в том числе информации о дате первого дня последней нормальной менструации, характеристике менструального цикла, используемых методах контрацепции, выявление противопоказаний к медикаментозному или хирургическому аборту, факторов риска и осложнений процедуры.
2. Общеклиническое физикальное обследование с определением базовых показателей, таких как артериальное давление, пульс, частота дыхания, температура тела; пальпация живота.
3. Гинекологическое обследование путем бимануального осмотра, определение размеров матки и ранних признаков беременности.

Важно помнить, что чем больше срок беременности, при котором выполняется аборт, тем большему риску подвергается женщина.

Мужчинам-гинекологам, а также мужчинам - врачам ультразвуковой диагностики в связи с участвовавшими случаями обвинений врачей в домогательствах и изнасилованиях не рекомендуется проводить осмотры пациенток без свидетеля, то есть медицинской сестры или акушерки. При осмотре несовершеннолетней пациентки (до 15 или до 16 лет при установленной наркомании), кроме медицинской сестры или акушерки, обязательно присутствие одного из родителей или опекуна.

4. УЗИ органов малого таза с определением размеров матки, визуализацией плодного яйца в полости матки, определения размеров плодного яйца и установление срока беременности. В случае затруднения визуализации при ультразвуковом исследовании плодного яйца в полости матки необходимо провести анализ крови с количественным определением уровня  $\beta$ -ХГЧ в сыворотке крови для подтверждения факта беременности. Если беременность подтверждена лабораторно, но плодное яйцо не визуализируется, необходимо дальнейшее обследование пациенток в целях подтверждения или исключения внематочной беременности.

Ультрасонографическое исследование является обязательным на сроке до 5 нед при хирургическом аборте и до 42 дней аменореи - при медикаментозном; на большом сроке, когда наличие маточной беременности не вызывает сомнений, выполнение УЗИ всем женщинам не рекомендуется (приказ Минздрава России № 572н) и выполняется только по показаниям при сопутствующей патологии для уточнения анатомических особенностей и/или срока беременности, например, при миоме матки.

5. Лабораторные исследования перед прерыванием беременности проводятся в объеме, предусмотренном приказом Минздрава

России от 01.11.2012 № 572 «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология" (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» и включают мазок влагалищного содержимого, определение группы крови и резус-фактора. Другие исследования не являются обязательными.

Дополнительные исследования (общий анализ крови, исследование свертывающей системы крови, биохимический анализ крови, анализ мочи, исследование на ИППП,  $\beta$ -ХГЧ в сыворотке крови и др.) перед прерыванием беременности проводят по показаниям при наличии клинических признаков заболеваний и состояний, которые могут оказать влияние на течение и исход аборта.

Определение реакции Вассермана, ВИЧ и антител к гепатитам исключены из перечня обязательных методов исследования перед абортом [Медикаментозный аборт: клинические рекомендации (протокол лечения) (утв. Минздравом России, 2015)].

## **Информирование и консультирование женщин перед прерыванием беременности**

Информирование и консультирование перед абортом является обязательным компонентом оказания медицинской помощи женщинам при обращении в медицинские организации по поводу нежелательной беременности и предполагает три направления.

1. Информирование о процедуре прерывания беременности с последующим оформлением ИДС на медицинское вмешательство.
2. Помощь в принятии решения (консультирование).
3. Психологическая поддержка. **Информирование**

Основными принципами информирования перед проведением аборта является предоставление полной и достоверной информации по вопросу репродуктивного выбора и соблюдение прав пациентки.

Статья 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и отказ от медицинского вмешательства» гласит: «Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство на основании предоставленной медицинским работником в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи».

В случае недостаточности информации говорить об обоснованном согласии или отказе пациента на медицинское вмешательство невозможно, и в такого рода случаях нарушается право гражданина на информацию.

**Какой должна быть информация?** *Доступной* - определяется тем, насколько полученные данные устраняют неведение пациента. *Достоверной* - определяется соответствием предоставленных пациенту сведений данным авторитетных литературных источников и современным нормативно-правовым документам. *Достаточной* - это соразмерность объема предоставленных сведений предпринимаемым действиям и их последствиям. *Своевременной* - наличие времени для принятия решения до выполнения медицинского вмешательства (правило трех Д и С).

Согласно рекомендациям ВОЗ, выбор метода прерывания беременности и метода обезболивания должен осуществляться самой пациенткой на основании информации, предоставленной врачом. Это необходимо сделать во время первого визита с тем, чтобы предоставленная информация не была перегружена ненужными сведениями, а касалась исключительно того метода, который выбрала пациентка.

При выборе метода прерывания беременности и обезболивания обсуждаемые вопросы должны охватывать следующие темы:

- знания женщины о методах прерывания беременности, в том числе о медикаментозном аборте;

- предыдущий опыт прерывания беременности;
- мнение о том, чем МА отличается от хирургического;
- методы, используемые для обезболивания, при медикаментозном и хирургическом аборте;
- общее репродуктивное и соматическое здоровье.

Получив информацию от пациентки, врач должен определить, является ли МА наилучшим методом для нее (оценить противопоказания и риски), в противном случае следует остановиться на ВА.

После того как метод выбран, необходимо дать информацию о процессе проведения аборта, продолжительности процедуры, ее стоимости (если аборт выполняется на платной основе в учреждениях частной формы собственности или в рамках добровольного медицинского страхования), о роли пациентки при проведении аборта.

Необходимо обсудить следующие особенности МА: он проводится на ранних сроках, является простой, безопасной и эффективной

процедурой, не требующей хирургического вмешательства, выполняется в соответствии с клиническим протоколом и предполагает несколько визитов пациентки к врачу, поскольку требуется некоторое время, прежде чем произойдет выкидыш. У некоторых женщин могут отмечаться болезненные сокращения матки, тошнота и диарея. Кровянистые выделения могут продолжаться дольше, чем после хирургического аборта. При неэффективности медикаментозного метода необходимо проведение ВА для его завершения, так как препараты могут обладать тератогенным действием и приводить к порокам развития плода.

## **Определения**

**(ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»)**

- **Доступная форма** - без использования специальных терминов, на быденном уровне понимания со стороны пациента со средним образованием
- **Полная информация** - без каких-либо ограничений в содержании информации (в интересах пациента или в противоречии его интересам, то есть все плюсы и минусы медицинского вмешательства)
- **Цель медицинского вмешательства** - медицинская помощь или комплекс мероприятий, направленных на поддержание и/или восстановление здоровья и включающих предоставление медицинских услуг

- **Медицинское вмешательство** - виды медицинских обследований и/или медицинских манипуляций, а также ИПБ, выполняемые медицинским работником и иным работником, имеющим право на осуществление медицинской деятельности, по отношению к пациенту, затрагивающие физическое или психическое состояние человека и имеющие профилактическую, исследовательскую, диагностическую, лечебную, реабилитационную направленность

- **Метод** - способ достижения цели медицинской помощи (совокупность действий для практического преобразования действительности)

- **Виды методов:**

- **консервативные** - осуществляемые химическими, физическими и биологическими методами (медикаментозные, немедикаментозные, физические, преформированные, природные)

- **хирургические** - комплекс воздействий на ткани или органы человека, проводимых врачом в целях лечения, диагностики, коррекции функций организма, выполняемый с помощью различных способов разъединения, перемещения и соединения тканей

- **Риск** - вероятность наступления неблагоприятных последствий для пациента при использовании выбранного метода медицинской помощи

- **Численное выражение неблагоприятных событий и побочных эффектов:**

- очень часто ( $> 1/10$ )

- часто ( $> 1/100$ , но  $< 1/10$ )

- иногда ( $> 1/1000$ , но  $< 1/100$ )

- редко ( $> 1/10\ 000$ , но  $< 1/1000$ )

- очень редко ( $> 1/100\ 000$ , но  $< 1/10\ 000$ )

- крайне редко ( $< 1/100\ 000$ )

- **Варианты медицинского вмешательства** - виды медицинского обслуживания и медицинских манипуляций

- **Последствия** - результат (следствие) чего-либо. Вытекает из законов логики о наличии причинно-следственной связи (причина всегда предшествует следствию)

- **Последствия медицинского вмешательства** - последствия, характеризующие изменения в организме человека как биологической структуры, состоящей из органов и их функций

• **Предполагаемые результаты** - поддержание или восстановление здоровья:

- выздоровление
- улучшение состояния
- ремиссия
- стабилизация
- компенсация функции

Если женщина уже имеет опыт медикаментозного прерывания беременности, необходимо спросить ее о переносимости препаратов, количестве выделений и их продолжительности, степени болевых ощущений и тошноты. Нужно также рассказать о том, какая тактика принята в клинике при неэффективности МА, например, возможно ли проведение вакуум-аспирации или эта помощь будет оказана в другом медицинском учреждении.

Необходимо дать четкую и правдивую **информацию о риске** предстоящего медицинского вмешательства - вероятности наступления неблагоприятных последствий для пациента при использовании выбранного метода медицинской помощи. При этом представление о численном выражении неблагоприятных событий и побочных эффектов должно быть обязательным.

Пациентка должна быть информирована о **следующих рисках во время аборта**.

- Обильное кровотечение, требующее хирургического гемостаза (ВА) (1 случай на 100 вмешательств) при любом виде аборта.
- Массивное кровотечение, требующее переливания крови (1 случай на 1000 абортов) при любом виде аборта.
- Повреждение шейки матки (1 случай на 100 хирургических абортов методом Дик).
- Перфорация матки (1-4 случая на 1000 хирургических абортов методом Дик).
- Если эти осложнения случаются, может быть предложено хирургическое лечение.

Пациентка должна быть информирована о **следующих рисках после аборта**.

- Инфекции - менее 1 случая на 100 женщин (0,9% - для ВА, 0,5% - для МА, 5% - для Дик). Прием антибиотиков может уменьшить риск этого осложнения. При отсутствии лечения у женщин групп риска может развиться тяжелая инфекция (острые ВЗОМТ).
- Наличие *Chlamidia trachomatis* до аборта повышает риск сальпингитов (лапароскопически подтвержденных) в 30 раз и эндометрита (без сальпингита) - в 4 раза. В целом присутствие *C. trachomatis* повышает риск ВЗОМТ в 9 раз.

- Вторичное бесплодие как исход прерывания беременности возникает при внебольничных абортах, осложнившихся тяжелыми инфекциями, или при наличии ИППП (хламидийная и гонорейная инфекции, в меньшей степени микоплазменная и БВ).
- Неполный аборт (что потребует дополнительного опорожнения полости матки методом ВА). Это осложнение случается при медикаментозном аборте менее чем в 5 случаях на 100 женщин и в 1-2 случаях на 100 - при хирургическом аборте.
- Увеличение риска ПР (при выполнении аборта методом ДиК или ВА, если проводилось расширение шейки матки более 10 мм без предварительной подготовки шейки матки).

Пациентка должна быть информирована об **отсутствии риска после аборта.**

- Аборт не увеличивает риск внематочной беременности, низкой плацентации при последующей беременности, рака молочной железы и рака шейки матки в будущем.
- При медикаментозном аборте не было найдено доказательств увеличения риска спонтанного аборта, ПР или низкой массы тела новорожденного независимо от гестационного срока. Эти осложнения также отсутствуют при ВА при условии подготовки шейки матки перед манипуляцией и на сроке менее 10 нед.
- Неосложненный аборт, выполненный в лечебном учреждении, не является причиной бесплодия.

В настоящее время ДиК рассматривается как потенциально опасный метод прерывания беременности из-за высокого риска перфорации матки, ранения внутренних органов, обострения инфекционных осложнений. В связи с этим он не рекомендуется для использования (приказ Минздрава России № 572н) и подлежит исключению из рутинной клинической практики. В случае если в лечебном учреждении современные методы прерывания беременности недоступны по тем или иным причинам, следует рекомендовать пациентке обратиться в другое лечебное учреждение.

**RhD-отрицательным женщинам** после проведения аборта должна быть предложена иммунопрофилактика. В соответствии с приказом Минздрава России № 572н группа крови и резус-фактор следует определять у всех женщин (независимо от паритета), а иммуноглобулин человека антирезус Rho[D] следует вводить женщинам с Rh-отрицательной кровью независимо от срока беременности, при котором выполнено прерывание, и используемого метода.

Кроме того, пациенткам следует предоставить информацию о порядке, объеме и условиях оказания медицинской помощи в соответствии с **программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи** (ст. 79 Федерального закона № 323-ФЗ).



Для обдумывания пациентке предоставляется информация в устной и письменной форме, а также образец ИДС на медикаментозное прерывание беременности, которые она может взять домой.

## **Что такое информированное добровольное согласие**

Основа обращения к доктрине ИДС - современная цель медицины, которая состоит в обеспечении благополучия пациента (восстановление здоровья при этом рассматривается лишь как ее составляющая) и предполагает уважение автономии индивида и свободу пациента принимать решения, влияющие на его жизнь, самостоятельно.

Отказ от традиционной патерналистической модели взаимоотношений врача и пациента (типа «родитель-ребенок») в пользу модели коллегиального типа предполагает, что ответственность за результат лечения в равной степени лежит и на враче, и на пациенте.

Правовая основа личной неприкосновенности определена и закреплена в статье 22 Конституции РФ, где указано, что каждый гражданин имеет право на свободу и личную неприкосновенность. Различают два вида неприкосновенности: физическую - отсутствие какого-либо физического контакта с человеком против его воли и психическую - отсутствие контакта, подавляющего сознание, мысли, волю человека и оказывающего принудительное воздействие на него.

Таким образом, ИДС - это правомерный способ преодоления конституционного права человека на личную неприкосновенность.

Статья 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» регламентирует обязательность получения ИДС пациента на медицинское вмешательство.

ИДС выполняет функцию защиты пациента и его право на соблюдение принципа неприкосновенности, самостоятельный выбор медицинского вмешательства на основе информации, предоставленной врачом, и возмещение вреда здоровью в результате медицинского вмешательства, а также защиты врача от претензий о насильственном медицинском вмешательстве, от ответственности за неблагоприятный исход лечения и от необоснованных исков со стороны пациента.

Необходимые **условия** для получения ИДС.

- *Добровольность* - принятие решения при отсутствии любых внешних факторов (давления со стороны врача, родственников; принуждения и т.д.).
- *Компетентность* - возможность применять знания.
- *Осознанность* - наличие ясного сознания на момент принятия решения.

**Принятие решения пациентом** зависит от его компетентности, что в биоэтике понимается как способность принимать решения. К основным стандартам определения компетентности относятся: способность принять решение, основанное на рациональных мотивах; способность прийти к разумным целям в результате принятого решения; способность принимать решения вообще.

Лицо компетентно, если и только если это лицо может принимать приемлемые решения, основанные на рациональных мотивах. В соответствии с данным положением определяются дееспособность лица и, соответственно, лицо, которое может принимать решение и подписывать ИДС (табл. 2.6).

Таблица 2.6

### **Правовой статус лиц (дееспособность) и круг лиц, имеющих право принимать решения и подписывать информированное добровольное согласие**

Правовой статус	Недееспособные		Неполностью дееспособные		Дееспособные
	Признанные в законном порядке	Малолетние от 0 до 6 лет	Несовершеннолетние от 6 до 15 лет	Несовершеннолетние от 15 до 18 лет	
Категория пациентов	Признанные в законном порядке	Малолетние от 0 до 6 лет	Несовершеннолетние от 6 до 15 лет	Несовершеннолетние от 15 до 18 лет	Совершеннолетние или состоящие в браке
Лица, принимающие решения	Опекуны	Родители или законные представители		Самостоятельно	

Таким образом, при обращении несовершеннолетних для прерывания нежелательной беременности следует руководствоваться ст. 54 Федерального Закона № 323-ФЗ, где указано, что несовершеннолетние, **больные наркоманией, в возрасте старше 16 лет**, и иные несовершеннолетние в возрасте **старше 15 лет** имеют право на ИДС на медицинское вмешательство или на отказ от него, то есть привлечение родителей лиц указанного выше возраста для принятия решения и дачи ИДС на аборт не требуется.

Информирование родителей или опекунов без желания пациентки старше 15 лет и ее согласия не допускается.

Для юных женщин младше указанного возраста присутствие родителей или опекунов является обязательным, при этом ИДС подписывает один из родителей или опекунов.

**Получение согласия (отказа) пациента и его оформление** осуществляется с учетом определенных требований.

- Письменное оформление.
- Утвержденная форма (приказ Минздрава России от 07.04.2016 № 216н «Об утверждении формы информированного добровольного согласия на проведение искусственного прерывания беременности по желанию женщины»).

Источник KingMed.info

- Понятный язык.
- Два экземпляра.
- Повторное оформление при изменении ситуации (процессуальная модель ИДС).

## **Модели добровольного информированного согласия**

**Событийная модель.** Принятие решения в определенный момент времени после получения информации от врача (выбор, который в наибольшей степени соответствует личным ценностям пациента).

**Процессуальная модель.** Основывается на идее, что принятие медицинского решения - длительный процесс, и обмен информацией должен идти в течение всего времени взаимодействия врача с пациентом до завершения лечения (в этой модели пациент играет более активную роль по сравнению с относительно пассивной ролью в событийной модели).

Таким образом, ИДС на медикаментозное прерывание беременности оформляется на специальном бланке и скрепляется подписями пациентки (родителя, опекуна) и врача. ИДС на медикаментозное прерывание беременности является частью медицинской документации пациента, вкладывается в карту прерывания беременности и является ее неотъемлемой частью (второй экземпляр выдается на руки пациентке).

## **Административная ответственность за нарушение закона о получении информированного добровольного согласия**

За **нарушение сроков ожидания** (так называемое время тишины, даваемое для принятия решения об аборте), установленных законодательством для аборта, штраф составит для граждан от 4 до 5 тыс. рублей; для должностных лиц - от 10 до 30 тыс.; для юридических лиц - от 100 до 150 тыс. рублей.

За **нарушение требований** законодательства о получении ИДС штраф составит для граждан от 1 до 3 тыс. рублей; для должностных лиц - от 5 до 10 тыс.; для юридических лиц - от 40 до 100 тыс. рублей.

В этой статье под гражданами подразумеваются медицинские работники, не являющиеся должностными лицами; под должностными лицами - главный врач (директор), заместители главного врача, заведующие консультацией или отделением; под медицинскими организациями - медицинские учреждения или организации вне зависимости от формы собственности.

**Уголовная ответственность** медицинского работника за умышленное посягательство на здоровье пациента предусмотрена при следующих ситуациях.

- *Действия без получения согласия* пациента или его законного представителя хотя бы в устной форме (при отсутствии обстоятельств, предусмотренных ч. 9, 11 ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»).
- *Обман относительно сущности* проводимого медицинского вмешательства.
- *Действия, совершаемые при наличии* подписанной пациентом формы ИДС, *если пациенту не были разъяснены сущность и последствия* медицинского вмешательства.

Умышленное посягательство на здоровье пациента в перечисленных случаях налицо, даже если целью медицинского работника являлось улучшение или поддержание здоровья, так как реализована она была против воли пациента (его законного представителя).

Информация о процедуре прерывания беременности должна быть получена пациенткой перед предоставлением ей дней ожидания с тем, чтобы она приняла обдуманное решение с учетом сведений о предстоящей манипуляции.

### **Примеры возникновения уголовной ответственности медицинского работника за умышленное посягательство на здоровье пациента**

#### **Пример 1. Непредоставление пациентке полной информации об операции и возможных рисках**

Маммолог-онколог частного медицинского центра без оформления согласия пациентки на медицинское вмешательство в письменной форме, а также не выясняя наличие гиперчувствительности ввел в качестве обезболивающего препарат N. Пациентка скончалась от лекарственного шока.

Впоследствии с целью скрыть доказательства врач сфальсифицировал письменное согласие пациентки на операцию, в котором якобы последняя была проинформирована о препаратах, применяемых при операции. Почерковедческая экспертиза подтвердила выводы следствия о том, что запись о согласии на операцию подделана.

#### **Пример 2. Непредоставление необходимой информации пациентке об операции и возможных рисках** (по причине того, что производимые им действия нарушали закон)

Акушер-гинеколог К. сделала аборт 25-летней Р., находившейся на 16-й неделе беременности. После операции у женщины открылось кровотечение, которое К., опасаясь огласки, пыталась остановить собственными силами. Спустя 4 ч после начала кровотечения К. все-таки вызвала скорую помощь. Р. доставили в ГКБ им. Боткина, где пациентка скончалась.

Впоследствии муж Р. пояснил: «Если бы врач К. объяснила нам, что мы уже опоздали и аборт на этом сроке представляет угрозу для жизни жены, конечно, мы бы отказались от операции».

## **Консультирование**

Известие о беременности ставит женщину перед необходимостью быстро, в короткие сроки принять решение - сохранить или прервать ее. В связи с этим психологическое состояние женщины можно расценивать как кризис, который в психологии определяют как «обстоятельства, требующие от человека серьезного пересмотра собственных представлений о себе и окружающем мире за относительно короткий промежуток времени».

Именно поэтому консультирование данного этапа преследует две цели:

- помощь в принятии решения;
- оказание психологической помощи и поддержки.

### *Помощь в принятии решения*

Согласно Федеральному закону от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» женщине предоставлено право самостоятельно решать вопрос о материнстве.

Приказом Минздрава России от 12.11.2012 № 572н (в ред. от 17.01.2014) «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология" (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» врачу (или другому медицинскому работнику) рекомендуется направить беременную в кабинет медико-социальной помощи женской консультации или в центр медико-социальной поддержки беременных, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, для консультирования психологом (медицинским психологом, специалистом по социальной работе). При отсутствии такого центра консультирование проводит медицинский работник с высшим или средним медицинским образованием, прошедший специальное обучение.

Консультирование указанными специалистами проводится при информированном добровольном согласии женщины (п. 104 приказа Минздрава России № 572н).

ИДС предполагает предоставление пациентке информации о целях, методах, возможном риске, вариантах, последствиях и предполагаемых результатах данного вмешательства. Применительно к вопросу о данном виде помощи целью и результатом консультирования будет решение в пользу сохранения беременности и рождения ребенка.

Некоторые категории женщин могут особо нуждаться в такого рода помощи, хотя сами могут этого и не осознавать. К ним относятся: женщины, действующие по

принуждению (родителей, мужа, других лиц); больные ВИЧ/СПИДом или иными экстрагенитальными заболеваниями (поскольку могут иметь неправильные представления о возможности рождения ребенка при этом заболевании); женщины с низким материальным достатком (возможно, они не знают о той поддержке, которую оказывает государство молодым матерям, семьям с детьми); безработные, женщины, испытывающие насилие в семье или подвергшиеся противоправным действиям; незамужние, несовершеннолетние, не имеющие постоянного места жительства, оказавшиеся без паспорта, страхового полиса, гражданства Российской Федерации.

В доброжелательной, деликатной форме врачу необходимо выяснить причины настоящей нежелательной беременности и отказа от рождения ребенка и в зависимости от конкретной ситуации направить женщину к соответствующему специалисту.

Каждый из специалистов (психолог, социальный работник, правоохранительные службы, юрист, врачи центра ВИЧ/СПИД, терапевт и др.) решает вопросы в пределах своей компетенции.

Психолог выясняет психологические факторы отказа от рождения, и в случае возможности их устранить помогает женщине это сделать. Социальный работник содействует в оформлении документов по получению выплаты пособий при рождении ребенка, информирует органы социальной защиты населения обо всех выявленных беременных, находящихся в социально опасных условиях, для оказания им материальной помощи. Юрисконсульт разъясняет женщинам, намеренным прервать беременность, информацию о льготах, предоставляемых государством в связи с рождением ребенка, а также трудовых правах беременных.

Приказ Минздрава России от 12.01.2016 № 572н «О внесении изменений в порядок оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология" (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» включил в обязанность акушера-гинеколога основной задачей диспансерного наблюдения женщин в период беременности считать предупреждение прерывания беременности при отсутствии медицинских и социальных показаний и ее сохранение.

Проведение разъяснительной работы, направленной на сохранение беременности врачом - акушером-гинекологом, нормативными документами не регламентировано.

Работа акушера-гинеколога заключается в проведении осмотра, наблюдении беременных, а женщинам, которые не изменили своего решения, дает консультацию по контрацепции, при необходимости занимается лечением гинекологических заболеваний.

Этим же приказом п. 106 дополнен предложением следующего содержания: «В целях сохранения беременности при проведении УЗИ органов малого таза беременной

демонстрируется изображение эмбриона и его сердцебиение (при наличии сердцебиения)».

Однако согласно ст. 22 Конституции РФ каждый человек имеет право на свободу и личную неприкосновенность (которая, кроме физической неприкосновенности, включает также и психическую неприкосновенность, которая подразумевает отсутствие контакта, подавляющего сознание, мысли, волю человека и оказывающего принудительное воздействие на него). Именно поэтому для выполнения данного вмешательства требуется ИДС пациентки. При отказе пациентки от данного вмешательства оформляется информированный добровольный отказ.

В законе имеется также статья (ст. 4) о недопустимости отказа в оказании медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

#### *Психологическая помощь и поддержка*

Среди факторов, влияющих на приемлемость аборта, присутствуют личностные факторы. Переживания, вызванные нежелательной беременностью, по мнению экспертов ВОЗ, являются общей проблемой для женщин, принадлежащих к любой этнической или религиозной группе независимо от уровня их образования или принадлежности к определенной социальной группе.

Изменения в психоэмоциональном статусе пациенток объясняются социальными обстоятельствами и факторами психологического здоровья, предшествующими аборту. Качественные научные исследования неизменно устанавливают отсутствие причинно-следственных отношений между абортом и проблемами психоэмоционального благополучия, поэтому, если женщина испытывает тревожность, депрессию или иные симптомы психического нездоровья, ей может понадобиться помощь медицинского психолога, психотерапевта или даже психиатра. В большинстве случаев женщины переживают обычное беспокойство по поводу предстоящей процедуры прерывания беременности и ее исхода. В этих случаях эффективность и безопасность используемых методов должны рассматриваться в первую очередь, о чем пациентке необходимо предоставить соответствующую информацию (см. следующий раздел). При этом сведения о побочных эффектах и возможных осложнениях должны быть достоверными, основанными на доказательствах и соответствовать выбранному методу. Информация, преувеличивающая вред здоровью, должна быть исключена, поскольку она не останавливает женщин, принявших решение о прерывании нежелательной беременности, а только усиливает беспокойство и может повлиять на исход.

Доброжелательность, отсутствие осуждающих интонаций или попыток оказать давление, поддержка женщины независимо от принятого ею решения и

обоснованная уверенность в благополучном исходе являются вполне достаточными для улучшения психоэмоционального состояния женщины перед абортом.

## **Время ожидания перед абортом**

Согласно Федеральному закону № 323-ФЗ, женщине предоставляется время ожидания для принятия решения о прерывании беременности:

- не ранее 48 ч с момента обращения при сроке 4-7 и 11-12 нед, но не позднее окончания 12-й недели беременности;
- не ранее 7 дней с момента обращения при сроке 8-10 нед беременности.

Данное положение является обязательным для исполнения на всей территории Российской Федерации во всех медицинских организациях государственной, муниципальной, частной форм собственности, поскольку законодательно закреплено.

В соответствии со сроком беременности пациентке предоставляется время ожидания для принятия окончательного решения и назначается дата следующего визита.

После дней ожидания, во время следующего визита, врач в первую очередь должен спросить пациентку, является ли ее решение о прерывании беременности окончательным.

При наличии социального или медицинских показаний (включая НВ или неполный аборт) медицинскую помощь оказывают женщине немедленно (без предоставления времени ожидания) в соответствии со следующим этапом (второй или третий визит соответственно) выполнения настоящего протокола после оформления ИДС.

Пациентку информируют о необходимости оформления ИДС на медикаментозное прерывание беременности во время следующего визита после принятия ею окончательного решения о прерывании беременности.

При втором посещении пациентка должна подтвердить свое решение о прерывании беременности и оформить ИДС.

## **Обсуждение и выбор будущего метода контрацепции**

Консультирование по вопросу планирования семьи и выбор планового метода контрацепции является обязательной частью оказания качественной медицинской помощи женщине с нежелательной беременностью.

Основная цель применения методов контрацепции после аборта - контрацепция, а не реабилитация, так как фертильность восстанавливается через 7-10 дней, а неосложненный аборт не приводит к нарушениям репродуктивной функции (уровень доказательности А).

Обсуждение и выбор будущего метода контрацепции должно быть выполнено еще до начала процедуры прерывания беременности (уровень доказательности В).



Источник KingMed.info

После аборта может быть использован любой метод контрацепции (уровень доказательности А).

Первая линия контрацепции после аборта - пролонгированные обратимые методы (*Long-Acting Reversible Contraception* - LARC): имплантат, ВМС, инъекция, вагинальное кольцо (уровень доказательности А).

Введение ВМС сразу после аборта является лучшим обратимым методом контрацепции для предупреждения повторной нежелательной беременности (уровень доказательности А).

Предпочтения врача не должны оказывать влияние на выбор женщины (уровень доказательности А).

Выбранный метод контрацепции следует начать использовать сразу же после выполнения аборта (уровень доказательности В):

- КОК, вагинальное кольцо, накожный пластырь или имплантат - в день приема мифепристона (если этот день был пропущен, допустимо начать прием на следующий день или в день приема мизопростола; вагинальное кольцо, учитывая наличие кровотечения, - не позднее 5-го дня, считая со дня приема мифепристона);
- ВМС (с медью или с левоноргестрелом) следует ввести в день контрольного осмотра (между 9-м и 14-м днем после приема мифепристона), допустимо введение ВМС раньше, если в этом есть необходимость, - между 4-м и 9-м днем, при условии, что прерывание беременности подтверждено;
- если контрацептив не был принят в указанные сроки, то при возобновлении половой жизни следует использовать презерватив и затем начать использовать плановый метод с первого дня очередной менструации;
- в случае незащищенного полового контакта, следует использовать экстренную контрацепцию (ЭК) (левоноргестрел 150 мг внутрь однократно, или мифепристон 10 мг внутрь однократно, или ввести ВМС с медью не позднее 72-120 ч).

### **Информированный выбор - методика применения пятиступенчатой модели медицинской помощи по выбору контрацепции (консультирование)**

**Пятиступенчатый метод** консультирования является одним из наиболее широко применяемых подходов в консультировании по любому поводу (планирование семьи, отказ от приема алкоголя или курения, особенно во время беременности, профилактика ИППП и т.д.) и направлен на изменение поведения.

Консультирование в области планирования семьи - это конфиденциальное двустороннее общение с пациентом с целью помочь ему в определении собственных потребностей и принятии решений, связанных с его репродуктивным здоровьем.

В отличие от обычного врачебного приема по поводу заболевания, цель любого консультирования заключается в поиске приемлемого для клиента решения проблемы, способствующего получению оптимального результата.

Для достижения конечной цели требуется решение целого ряда типовых задач:

- получить достаточную информацию;
- помочь проанализировать ситуацию (проблему);
- провести поиск путей решения проблемы;
- добиться изменения поведения клиента в пользу желательных изменений;
- способствовать оптимальному решению проблемы и достижению результата.

Обычный врачебный прием чаще решает чисто клинические вопросы, при этом используется лишь один алгоритм действий врача и пациента, направленный на выявление заболевания и его устранение.

В отличие от этого, взаимоотношения сторон при консультировании - это партнерство для достижения цели, связанной с охраной репродуктивного здоровья.

Известно, что люди лучше всего выполняют решения, принятые ими самими. Именно поэтому профессиональные консультанты не принимают решений за своих клиентов, а только лишь помогают им в принятии их собственных решений.

Консультирование, подразумевающее двустороннее общение, означает, что в обсуждении проблемы активную роль играют как консультант, так и консультируемый. Консультант может предложить несколько алгоритмов действия, один из которых наиболее предпочтителен как для клиента, так и для окружающих (семьи).

### **Понятие «информированный выбор» подразумевает, что:**

- предоставлена соответствующая четкая и достоверная информация, необходимая для принятия решения, без информационной перегрузки;
- предоставлена возможность выбрать один из имеющихся методов контрацепции в зависимости от собственных потребностей и индивидуальной ситуации;
- предоставлена возможность задавать вопросы;
- решение было принято женщиной самостоятельно.

Если выбранный метод не предоставляется в медицинском учреждении, то следует направить клиента в известное учреждение, где имеется возможность для предоставления выбранного метода (например, введение ВМС, стерилизация).

## **Принципы и этапы консультирования**

**Общайтесь с пациенткой уважительно.** Вежливое, уважительное отношение со стороны врача способствует формированию чувства доверия у пациентки, дает понять, что она может говорить открыто, и что их разговор будет конфиденциальным.

**Устанавливайте взаимодействие.** Активное слушание пациентки, выяснение дополнительной необходимой информации и реакция его на слова, может лучше всего помочь при условии понимания потребностей, проблем и особенностей ситуации пациентки. Необходимо поощрять рассказы пациенток, рекомендовать им задавать вопросы, терпеливо и подробно отвечать на вопросы.

**Адаптируйте предлагаемую информацию к уровню восприятия пациентки.** Выслушивая пациентку, врачу необходимо понимать, в какой информации она нуждается. Предоставляйте достоверную информацию, используя понятный ей язык.

**Избегайте избыточной информации.** Пациенткам нужно владеть информацией, чтобы сделать информированный выбор. Если информации слишком много, трудно понять и запомнить наиболее важное. Это называется информационной перегрузкой.

**Уважайте право пациентки на самостоятельный выбор.** Более вероятно, что пациентка будет продолжать использовать тот или иной метод, если выбор об использовании именно этого метода сделан ею самой. Уважайте также право женщины на информированный выбор, если она принимает решение не использовать никаких рекомендаций врача.

**Помогите пациентке понять и запомнить услышанное.** Время от времени в процессе консультирования необходимо проверять, понимает ли пациентка объясненные или обсуждаемые темы. Если имеются материалы в письменной форме, снабдите ее этими материалами, чтобы ей было проще запомнить то, о чем ей говорили.

### **Этап I. Опрос, или мотивационное интервью**

*Цель* данного этапа - выяснить потребность женщины в контрацепции и помочь ей осознать эту потребность.

Сначала спросите ее о семейном положении, есть ли у нее дети и каковы ее дальнейшие планы в отношении деторождения. Были ли аборты. Выясните ее пожелания и волнующие ее вопросы относительно планирования семьи. Важно определить необходимую продолжительность времени до принятия решения о предстоящей беременности и рождении ребенка. Поясните, почему важно использовать контрацепцию для предотвращения нежелательной беременности.

Спросите, использует ли она в настоящее время какой-либо метод контрацепции. Довольна ли она этим методом? Если нет, то почему. Если она впервые сталкивается с вопросами планирования семьи или хотела бы сменить метод, спросите, какие методы контрацепции ей известны и есть ли какой-либо конкретный метод, которым она хотела бы пользоваться.

## Этап II. Информация о методах контрацепции

*Цель* - предоставление информации обо всех существующих методах контрацепции, их достоинствах и недостатках (метод «микс»).

Кратко назовите имеющиеся методы контрацепции и их преимущества и недостатки. Обратите внимание на разницу методов в отношении необходимости ежедневного контроля или длительности действия, побочных и лечебных эффектов, экономичности, удобства применения и др. Факторы, которые может и должна принимать во внимание женщина при выборе метода контрацепции, представлены в табл. 2.7.

Таблица 2.7

### Факторы, определяющие выбор метода контрацепции

<b>Личные репродуктивные намерения клиента</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Отложить наступление первой беременности</li><li>• Увеличить промежуток перед последующей беременностью</li><li>• Полностью исключить вероятность беременности на будущее</li></ul>
<b>Индивидуальные особенности сексуального поведения клиента</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Частота сексуальных контактов</li><li>• Риск контакта с ИППП/ВИЧ-инфекцией (число партнеров)</li></ul>
<b>Характеристики рассматриваемых методов</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Эффективность при типичном применении</li><li>• Безопасность</li><li>• Побочные эффекты</li><li>• Удобство и простота в применении</li><li>• Предоставление защиты от ИППП/ВИЧ-инфекции</li><li>• Продолжительность действия (например, презервативы - один половой акт, внутриматочная спираль Т Cu 380А - 10 лет)</li><li>• Необходимое время для восстановления фертильности</li><li>• Что необходимо сделать пользователю, чтобы приобрести и успешно применять метод (ежедневно принимать по одной таблетке, обратиться к специально подготовленному медицинскому работнику, ввести перед половым актом и т.д.)</li><li>• Дополнительные преимущества, помимо предохранения от беременности</li><li>• Стоимость и экономическая эффективность (первичные расходы, расходы на продолжение применения метода)</li><li>• Конфиденциальность. (Легко ли скрыть использование метода? Узнает ли партнер о том, что метод применяется?)</li></ul>

Все эти факторы являются значимыми, и женщине следует принимать их во внимание.

Выясните ожидания женщины в отношении сказанного и узнайте, какой метод ее больше заинтересовал. Далее ориентируйтесь на тот метод, на который настроена женщина. Это объясняется тем, что, если предлагается тот же метод, который она сама планировала использовать или выбрала в процессе консультирования, гораздо выше вероятность того, что она будет довольна им и будет продолжать применять его длительное время. Предоставьте более подробную информацию по тем методам, которые ее больше заинтересуют. Снабдите ее брошюрами по методам контрацепции, если таковые имеются.

### **Этап III. Выбор метода**

*Цель* - оценить желание пользоваться контрацепцией и узнать, каким методом пациентка желала бы воспользоваться, а также оценить приемлемость выбранного метода с помощью критериев ВОЗ (исключить противопоказания).

В ходе консультирования Вы можете спросить: «Вы приняли решение относительно метода контрацепции, который Вы бы хотели использовать?» Если выбранный женщиной метод подходит ей с медицинской точки зрения, то можно перейти к следующему этапу.

Если выбранный метод не подходит для нее, кратко объясните почему и познакомьте ее с другими подходящими методами.

Учитывайте наличие гинекологических заболеваний и то, что лечебными свойствами обладают не только КОК, но и методы пролонгированного действия.

В том случае, если женщина обратилась к врачу по поводу какого-либо заболевания, важно позиционировать гормональную контрацепцию не только для лечения, но и для дальнейшего длительного приема в целях контрацепции и вторичной профилактики имеющегося заболевания.

Предложите высказать свое мнение по поводу предлагаемого метода и задать возникающие вопросы.

Соблюдайте краткость: если Вы будете пояснять каждый метод со множеством подробностей, пациентка может быть перегружена информацией, что может привести к большей путанице. Краткое объяснение также займет у Вас меньше времени.

Если у Вас имеются информационные брошюры по различным методам, это очень хороший способ, позволяющий женщине взять с собой домой информацию, которую она может обдумать в удобное для нее время и при желании обсудить с партнером.

В заключение убедитесь, что она приняла четкое информированное решение об использовании выбранного метода.

## **Как определить, является ли тот или иной метод контрацепции**

**приемлемым для пациентки.** Для каждой женщины любой метод контрацепции имеет свои преимущества и недостатки, а также как абсолютные, так и относительные противопоказания. Приемлемый метод контрацепции подразумевает, что его польза в значительной степени превосходит риск от его использования.

Используйте «Медицинские критерии приемлемости критериев методов контрацепции РФ» (М., 2012).

## **Этап IV. Объяснение, как пользоваться выбранным методом**

*Цель* - научить женщину правильно пользоваться выбранным методом.

На данном этапе процесса консультирования Вам следует сосредоточиться на том методе или методах, которые выбрала пациентка или к которым она проявила наибольший интерес.

Вам всегда необходимо максимально уважать право женщины на собственный выбор. Если она принимает решение не выбирать на данный момент никакого метода, следует порекомендовать ей прийти еще раз, если возникнут вопросы или если возникнет желание использовать метод контрацепции в будущем.

**Какую информацию следует сообщать о выбранном методе.** Объясните эффективность метода, его преимущества и недостатки.

Предупредите и успокойте относительно распространенных (не серьезных) побочных эффектов. Сообщите о возможных осложнениях (если таковые имеются). Им необходимо знать, какие побочные эффекты могут доставлять неприятности, но не являются признаками опасности для здоровья или серьезного заболевания и при появлении каких симптомов следует обратиться в медицинское учреждение.

Известно, что, если женщина заранее предупреждена о возможных побочных эффектах и их продолжительности, она относится к ним с пониманием и не прекращает пользоваться выбранным контрацептивом. Помните, что факторы, являющиеся недостатками для одних, могут быть преимуществами для других.

Объясните, как пользоваться методом. Сообщите, предоставляет ли метод защиту от ИППП/ВИЧ-инфекции.

Убедитесь, что пациентка понимает Вас и дайте возможность задать вопросы.

## **Объяснения по использованию метода**

- Объясняйте правила применения метода четко, в практической форме.
- Необходимо объяснить, что следует делать клиентам, если у них возникнут проблемы с применением данного метода.

- Если требуется выполнить определенную процедуру (введение ВМС или имплантата, инъекцию Депо-Провера\*, перевязку маточных труб и т.д.), объясните, что будет происходить во время процедуры.
- Женщинам с повышенным риском контакта с ИППП/ВИЧ-инфекцией нужно знать, что им следует использовать презервативы, даже если они используют другой метод контрацепции.
- Вы можете попросить женщину повторить основные инструкции или задать ей несколько открытых вопросов, чтобы убедиться, что она все поняла. Не следует спрашивать просто: «Вам понятно?»

## **Этап V. Последующий визит и дальнейшая помощь**

*Цель* - оказать помощь в случае возникновения побочных эффектов, возможных осложнений или при желании сменить метод.

Существует множество причин, по которым женщина может вновь обратиться в клинику. Для некоторых методов необходимы повторные визиты для пополнения запасов контрацептивов или выполнения определенной процедуры. При необходимости следует сообщить, где они могут приобрести контрацептивы. Если пациентке введено ВМС или выполнена процедура стерилизации, как правило, достаточно лишь одного повторного визита. Не следует предлагать прийти с повторным визитом, если в этом нет необходимости. Медицинскому работнику следует предложить прийти снова в любое время в случае возникновения каких-либо вопросов, симптомов возможных осложнений, если потребуется получить информацию или совет, а также если она захочет сменить метод контрацепции на другой.

## **Сроки начала использования контрацепции после аборта**

Овуляция может произойти уже на 8-10-й день после искусственного аборта при отсутствии разницы между медикаментозным и хирургическим абортом, и 85% женщин имеют овуляции уже в течение первого цикла после аборта.

Отмечается, что более 50% женщин возобновляют сексуальную активность в течение 2 нед после аборта, а 6% из них имеют новую беременность уже в следующем цикле. В связи с этим ведущие мировые эксперты рекомендуют начинать использовать контрацепцию сразу после аборта (раннее начало).

Не было найдено достаточных данных, свидетельствующих о серьезных изменениях в репродуктивной системе после аборта, требующих дополнительных вмешательств в целях реабилитации, и необходимость в использовании контрацепции определяется только целями предотвращения повторной нежелательной беременности и целесообразностью раннего начала ее применения. Именно поэтому методом выбора после аборта являются не КОК, как считалось ранее, а LARC.

Введение LARC рекомендуется выполнить как можно скорее, в идеале - сразу после окончания манипуляции по прерыванию беременности.

## **II. Технология медикаментозного прерывания беременности**

### **Технология медикаментозного прерывания беременности включает:**

1. Информирование пациентки о процедуре медикаментозного прерывания беременности, необходимости самонаблюдения и объеме самопомощи при возникновении возможных побочных эффектов, а также о симптомах, требующих срочного обращения к врачу.
2. Выбор схемы лечения в зависимости от срока беременности и прием препаратов для медикаментозного прерывания беременности.
3. Оценка эффективности медикаментозного прерывания беременности (контрольный осмотр).

### **Информирование о процедуре медикаментозного прерывания беременности**

При прерывании нежелательной беременности информирование и консультирование пациенток занимает важное место не только в принятии решения, но и в обеспечении безопасности этой процедуры.

*Цель* данного этапа консультирования перед абортом - уменьшение у пациенток тревоги перед процедурой, понимание ее сути и правильное поведение для снижения побочных эффектов и осложнений, связанных с отягощенным анамнезом, улучшение исходов.

Однако информирование пациенток перед прерыванием беременности законодательно регламентировано лишь объемом информации, предоставляемой в целях принятия решения, но вопросы обеспечения информацией, способствующей сознательному и активному участию пациентки в этом процессе, не регулируются ни в России, ни за рубежом. В то же время исследование с участием 971 пациентки, выполненное во Фландрии, где консультирование до аборта стандартизировано и персонализировано (адаптировано к потребностям женщины), продемонстрировало высокую удовлетворенность и ценность предоставленной информации (89%), возможность принятия самостоятельного решения в процессе прерывания беременности (81%) и использования контрацепции после него (83%) (Vandamme J. et al., 2013).

В недавнем исследовании, проведенном в США, из 718 пациенток нашли такое консультирование полезным и очень полезным 68%, умеренно - 17%, недостаточно - 10% и совсем не полезным - 4%, при этом исследователи отмечают, что информация, регламентированная законом или предоставленная в печатном виде, имела суще-



ственно более низкие оценки (Gould H. et al., 2013). Для сравнения приведем данные нашего исследования, выполненного в рамках проекта Минздрава России и ВОЗ в 2012 г., где среди прочих оценивалась удовлетворенность пациенток проведенным перед абортом консультированием. Высоко его оценили 7% респонденток, умеренно - 43%, низко - 35%, оставили без оценки - 15% (Дикке Г.Б. и др., 2014).

Особую важность имеет консультирование перед МА, поскольку процесс прерывания беременности происходит между приемом мифепристона и контрольным визитом (10-14 дней) вне поля зрения врача, когда пациентка находится дома. Именно поэтому она должна быть хорошо информирована об особенностях самонаблюдения и об объеме самопомощи при возможных побочных эффектах и осложнениях прерывания беременности, мерах по их профилактике, лекарственных препаратах, которые пациентка может принять самостоятельно для снижения побочных эффектов, симптомах, требующих срочного обращения к врачу, правилах поведения в послеабортном периоде.

В отличие от хирургического аборта, когда ткани гестации удаляются из полости матки врачом одномоментно и процесс прерывания беременности находится под его полным контролем, при медикаментозном аборте эвакуация тканей гестации отсрочена и происходит, как правило, в домашних условиях, то есть этот процесс находится под контролем самой пациентки, и поэтому врачу необходимо предоставить ей инструкции по самонаблюдению и самоадминистрированию (приему лекарственных средств).

**Цель самонаблюдения** - раннее обращение к врачу при появлении признаков осложнения. Пациентка должна получить подробную информацию о симптомах, характерных для нормального течения аборта, о рисках и методах их устранения или минимизации, об осложнениях и о симптомах, требующих срочного обращения к врачу.

**Цель самоадминистрирования** (самопомощи, приема лекарственных средств) - снижение рисков путем (само-)назначения и приема лекарственных средств для профилактики осложнений в соответствии с рекомендациями врача, предоставленными во время консультирования. Необходимая информация включает контроль за кровопотерей (наблюдение за объемом и прием средств, снижающих ее), контроль за болью (использование обезболивающих препаратов), профилактика инфекционных осложнений (рутинный прием антибиотиков), сроки начала использования контрацепции (раннее начало).

Соответственно, необходимо предоставить полную информацию о препаратах и их дозах, которые могут быть использованы.

*Информация для пациентки в целях самонаблюдения и самоадминистрирования при медикаментозном аборте*

## Симптомы нормального течения медикаментозного аборта

После приема мифепристона или мизопростола могут отмечаться следующие симптомы и состояния.

- **Чувство дискомфорта, слабость, головная боль, обморочное состояние, головокружение** (суммарно менее 25%). Как правило, проявления их бывают незначительными и быстропроходящими, что в большинстве случаев не требует врачебного вмешательства.
- **Тошнота** (36-67%), **рвота** (14-26%), **диарея** (8-23%) характеризуются короткой продолжительностью и низкой интенсивностью.
- **Повышение температуры тела** (4-37%) обусловлено влиянием простагландинов на температурный центр и характеризуется короткой продолжительностью (1-2 ч) и субфебрильным уровнем гипертермии (37,2-37,6 °С, но не выше 38 °С).
- **Болевой синдром** может варьировать от слабой интенсивности (40%) до выраженной (10%). Пик действия мизопростола наступает примерно через 1-3 ч после его приема, боли могут приобрести схваткообразный характер и снижаются вскоре после полной экспульсии плодного яйца.
- **Кровотечение** является ожидаемым побочным эффектом, если его объем не превышает физиологического уровня, что соответствует объему нормальной менструации (50-80 мл) или несколько выше него (80-160 мл). Кровотечение возникает после приема мифепристона у 50% пациенток, а после приема мизопростола - у всех в среднем через 1,4 ч после приема. Средняя продолжительность кровотечения составляет 7,2 дня (максимально - 12-14 дней, редко - до очередной менструации в незначительном количестве). Среднее количество используемых прокладок - не более 20 (в упаковке с маркировкой 3-4 капли) за 7 дней или 30 за 2 нед при условии, что выделения уменьшаются в объеме, приобретая постепенно мажущий характер.

*Инструкции по самоадминистрированию (приему лекарственных средств) для пациентки при возникновении побочных эффектов*

При **дискомфорте, слабости, обморочном состоянии, головокружении** - прием лекарственных препаратов не требуется.

При **головной боли** возможен прием любых обезболивающих препаратов для ее купирования.

При **рвоте**, если она возникла менее чем через 1 ч после приема мифепристона или мизопростола, прием соответствующего препарата следует повторить в той же дозе. Если выражен ранний токсикоз беременности, то перед приемом препарата следует

Источник KingMed.info

применить метоклопрамид (Реглан\*®, Церукал\*) 1 таблетку, через 30 мин принять пищу, а затем препарат.

При наличии трех эпизодов **диареи** в течение 6 ч после приема мизопростола следует принять лоперамид (Имодиум\*) (1-2 таблетки) однократно.

При **интенсивном болевом синдроме** рекомендуется прием обезболивающих препаратов группы НПВС. Они не оказывают отрицательного влияния на исход МА.

Рекомендуемая разовая доза ибупрофена - 400 мг 3-4 раза в сутки (дозировку и кратность приема устанавливают самостоятельно в зависимости от потребности). Максимальная суточная доза - 1600 мг (8 таблеток).

При сильном болевом синдроме возможно использование препаратов, содержащих опиоидные анальгетики (кодеина), если врач сочтет эту меру необходимой и выпишет рецепт для приобретения лекарственного средства в аптеке (подробнее см. в разделе «Боль и контроль за болью»).

При **повышении температуры тела** применение лекарственных препаратов не требуется, купируется самостоятельно.

При **интенсивном кровотечении** (но не более критического уровня, свидетельствующего об осложнении) - возможен прием этамзилата (таблетки по 250 мг внутрь по 250-500 мг 3-4 раза в сутки, при необходимости до 750 мг) или Транексама\* (таблетки внутрь по 500 мг 3-4 раза в сутки после еды). НПВС также способствуют уменьшению объема кровопотери.

### **Симптомы осложнений, требующие немедленного обращения к врачу**

Осложнения - эффекты при лечении, которые имеют потенциально серьезные клинические последствия и требуют медицинского вмешательства.

При появлении следующих симптомов следует незамедлительно позвонить лечащему врачу или вызвать скорую помощь.

**Обильное кровотечение.** Кровотечение, превышающее по объему теряемой крови 150-160 мл (более 20 прокладок за 7 дней при отсутствии тенденции к уменьшению), или 10 прокладок в течение 24 ч, или четыре большие прокладки (с маркировкой на упаковке 5 капель) за 2 ч следует расценивать как осложнение.

**Инфекционные осложнения.** Среди симптомов инфекции необходимо обратить внимание на следующие: боль в области малого таза, повышенная кровопотеря, лихорадка (повышение температуры тела более 38 °С спустя 24 ч после приема мизопростола), мутные влагалищные выделения с неприятным запахом, слабость, тошнота, рвота, диарея

с наличием или без боли в животе, при наличии гипертермии или без нее спустя 24 ч после приема мизопростола.

При медикаментозном аборте эту информацию женщина должна получить не позднее дня приема мифепристона. Целесообразно предоставить женщине информацию в печатном виде (памятка для пациентки), а также возможность телефонного контакта с врачом в случае необходимости.

## **Выбор схемы лечения и особенности клинического ведения медикаментозного аборта**

Схема, согласно которой проводится прием препаратов, их дозы, кратность и пути введения определяются сроком беременности и представлены в табл. 2.1.

### **Прием мифепристона, наблюдение и рекомендации**

Проводится общеклиническое обследование (измерение температуры тела, артериального давления, частота сердечных сокращений, пальпация живота). Далее в присутствии врача пациентка принимает мифепристон однократно внутрь в дозе 200 мг (1 таблетка) согласно инструкции к препарату и клиническому протоколу.

Динамическое наблюдение за пациенткой осуществляется врачом в течение 1-2 ч после приема препарата, затем пациентку отпускают домой с предоставлением ей контактов для общения с медицинским персоналом (врачом) при необходимости. Динамическое наблюдение после приема мифепристона осуществляется в целях оказания женщине необходимой медицинской помощи при возникновении таких побочных явлений, как рвота или тяжелая аллергическая реакция (анафилактический шок, отек Квинке).

При МА тошнота наблюдается приблизительно у половины женщин, а рвота - менее чем у трети пациенток. Эти симптомы, как правило, связаны с беременностью и приемом препаратов, вызывающих аборт. Они могут появиться или усугубиться после приема мифепристона и, как правило, проходят через несколько часов.

При возникновении рвоты ранее чем через 1 ч после приема мифепристона прием препарата следует повторить в той же дозе. Если у пациентки выражен ранний токсикоз беременности, то перед приемом препарата следует применять метоклопрамид 1 таблетку внутрь, через 30 мин принять пищу, а затем мифепристон.

В редких случаях после приема мифепристона отмечается аллергическая реакция в виде кожной сыпи, в связи с чем необходимо применение антигистаминных средств в стандартных разовых или курсовых дозировках. Тяжелые аллергические реакции могут наблюдаться крайне редко (в литературе нет сведений о регистрации таких осложнений). Тем не менее следует быть готовым к оказанию медицинской помощи при тяжелых аллергических реакциях, используя аптечку первой медицинской

помощи, которая должна находиться в доступном месте и иметь перечень лекарственных средств и последовательность действий врача и медицинского персонала в такой ситуации.

При наличии факторов риска инфекционных осложнений следует назначить пациентке комплекс профилактических мероприятий. В случае выявления клинических и/или лабораторных признаков БВ следует провести его санацию до приема мифепристона.

Использование гормональной контрацепции должно быть начато в день приема мифепристона (если это не было сделано, то в день приема мизопростола).

### **Прием мизопростола, наблюдение и рекомендации**

Следующее посещение осуществляется пациенткой через 24-36- 48 ч после приема мифепристона (см. табл. 2.1).

Во время этого посещения выполняется общее клиническое обследование (измерение температуры тела, артериального давления, частота сердечных сокращений, пальпация живота). Пациентка принимает второй препарат из комбинации лекарственных средств: мизопростол 400 мкг (2 таблетки) внутрь при сроке до 49 дней или 800 мкг (4 таблетки) сублингвально, буккально или вагинально при задержке до 63 дней (табл. 2.8). Выполнять влагалищное исследование или УЗИ перед приемом мизопростола не требуется.

При неполном неосложненном аборте (самопроизвольном или индуцированном) выполняется прием в присутствии врача 600 мкг мизопростола внутрь, или 400 мкг сублингвально (под язык), или 800 мкг вагинально однократно (независимо от срока беременности, при котором произошло прерывание беременности). При необходимости возможно повторное применение мизопростола в тех же дозах через 3 ч (до 2 раз).

В случае приема таблеток под язык их следует держать там в течение 30 мин, оставшиеся фрагменты таблеток можно проглотить.

Динамическое наблюдение за пациенткой осуществляется в течение 1-1,5 ч после приема мизопростола.

После приема мизопростола у большинства пациенток начинаются кровянистые выделения в течение первых суток.

### **Таблица 2.8 Характеристика различных путей введения мизопростола (Всемирная организация здравоохранения, 2012)**

Путь	Инструкция по применению	Замечания
Оральный	Таблетки проглатывают	Рекомендован только до 7 нед (49 дней) и после 12 нед (84 дня). Побочные эффекты: диарея, тошнота, лихорадка, озноб

Буккальный	Таблетки располагают между щекой и деснами и проглатывают через 30 мин	Чаще лихорадка и озноб, чем при вагинальном введении
Сублингвальный	Таблетки располагают под языком и проглатывают через 30 мин	Чаще лихорадка, озноб, диарея, рвота по сравнению с вагинальным путем. Наиболее быстрое действие и высокая концентрация в плазме
Вагинальный	Таблетки размещают в сводах влагалища (наиболее глубокая часть влагалища), и женщину инструктируют о необходимости лежать 30 мин	Фрагменты таблеток могут быть видны. Наименьшая частота побочных эффектов

Если через 24 ч кровянистые выделения из половых путей не начались, о чем заранее необходимо проинформировать пациентку, она должна явиться к врачу, который назначает ей повторную дозу мизопростола 400 мкг внутрь или сублингвально. Назначение выполняется в присутствии врача. Пациентку оставляют под наблюдением еще на 1-1,5 ч. Таким образом, общая доза мизопростола может составлять 400-1200 мкг.

### Клинические проявления медикаментозного аборта

Клинические проявления МА аналогичны проявлениям самопроизвольного аборта и включают схваткообразную боль, обусловленную сокращением матки, и менструальноподобное кровотечение, характеризующееся индивидуальным объемом кровопотери и ее продолжительностью.

В клинической характеристике течения МА различают два периода. Первый период - латентный. Он характеризуется отсутствием клинических проявлений прерывания беременности в течение 24-48 ч ( $28,6 \pm 2,3$ ) с момента приема препарата. При этом кровянистые выделения появляются лишь у 50% пациенток (Fiala Ch., 2005). В этот период происходят гибель плодного яйца и его отслойка от стенок матки, а также другие химические реакции, повышающие сократительную активность матки (Карева Е.Н., 2003). За счет этих эффектов приблизительно у 3-5% женщин экспульсия плодного яйца может произойти без дополнительного введения мизопростола (Fiala Ch., 2005).

Второй период - основной. Он характеризуется кровотечением, по интенсивности соответствующим или незначительно превышающим обычную менструацию и продолжающимся в течение 5-30 дней. Начало кровотечения после приема мизопростола составляет в среднем 1,4 ч (Fiala Ch., 2005). Средняя продолжительность кровотечения - 7,2 дня (максимально - 12-14 дней, редко - до 16,7-21,7 дня или даже до очередной менструации в незначительном количестве, что рассматривается как вариант нормы). Наиболее обильные кровянистые выделения наблюдаются через 3-6 ч после приема простагландина. Указанный выше объем кровопотери не сказывается существенно на уровне гемоглобина, который снижается не более чем на 0,5 г/л и достоверно не отличается от исходного.

Распознаваемые продукты зачатия (плодное яйцо) выводятся в течение 4-6 ч после введения простагландина у 60-70% женщин и в течение 24ч - у 85% женщин. Приблизительно у 95-96% пациенток происходит полный аборт в течение 2-7 дней после приема простагландина, а к 14-му дню - у 99,4% (Chou S.Y. et al., 2006; Davey A., 2006). Опорожнение матки от мелких фрагментов тканей гестации, крови и небольших сгустков может продолжаться еще некоторое время вплоть до очередной менструации. Клинически это сопровождается незначительными кровянистыми выделениями из половых путей убывающей интенсивности (мажущие кровянистые выделения), что рассматривается как вариант нормы. Лишь у 1-2,9% пациенток происходит задержка плодного яйца в матке более указанного срока, но в течение 7-14 дней возможно его самостоятельное изгнание без применения дополнительных средств либо при приеме дополнительной дозы мизопростола. Кровотечение различной интенсивности возникает до приема простагландина у 50-60% женщин, у остальных оно обычно начинается в течение первых часов после введения простагландина. По результатам многоцентрового исследования во Франции сообщается, что кровопотеря продолжалась в среднем 8 дней, и у 90% женщин она длилась менее 12 дней. Хотя большинство пациенток считают, что это кровотечение обильнее, чем менструация, лечение требуется очень редко. Средняя величина кровопотери составила 74 мл, а диапазон - от 14 до 512 мл. Среднее снижение концентрации гемоглобина составило 0,3 г/л, что статистически не отличается от исходного (Davis A., 2000; Davey A., 2006).

Пациентка также должна быть особо информирована по вопросу самонаблюдения и оценки объема и продолжительности кровотечения, с тем чтобы своевременно обратиться к своему врачу или службу оказания скорой медицинской помощи при кровопотере, превышающей установленную норму, а также при других осложнениях.

Пациентка должна быть информирована о возможности возникновения сильных или очень сильных (нестерпимых) болей внизу живота, превышающих ее индивидуальный болевой порог, и мерах обезболивания в такой ситуации согласно рекомендациям (см. раздел «Боль и контроль за болью»). Следует обеспечить женщину письменными инструкциями по применению средств обезболивания (препараты, разовые и суточные дозы, кратность и интервалы приема) и рецептами на их приобретение в аптечной сети.

### **Особенности медикаментозного завершения несостоявшегося выкидыша (неразвивающейся беременности)**

**Код по МКБ-10:** O02.1. Несостоявшийся выкидыш.

Показание к применению клинического протокола - наличие медицинского показания к прерыванию беременности - НрБ на сроке до 63 дней аменореи при желании женщины завершить беременность медикаментозным способом.

Медикаментозное завершение НрБ может быть использовано в медицинской организации амбулаторного типа или стационаре дневного пребывания, если срок беременности не превышает указанный выше допустимый срок для метода, а состояние здоровья женщины позволяет использовать препараты для медикаментозного прерывания беременности с учетом их противопоказаний.

Для оказания медицинской помощи женщине при НрБ решение врачебной комиссии и оформление протокола не требуются.

При оказании медицинской помощи женщине при НрБ на сроке до 9 нед выполнение морфологического исследования тканей гестации не требуется, так как НрБ следует расценивать как клиническую ситуацию, сопровождающуюся эндометритом (инфицированным или аутоиммунным), и проводить реабилитационные мероприятия после опорожнения матки от тканей гестации во всех случаях.

Противопоказания к использованию клинического протокола те же, что и для прогрессирующей беременности.

Выполнение медикаментозного завершения НрБ следует осуществлять в соответствии с современными схемами, рекомендуемыми международными экспертами, имеющими высокий уровень доказательности и высокую настоятельность рекомендаций и доказавшими свою высокую эффективность с использованием комбинации мифепристона и мизопростола (см. табл. 2.1) либо только мизопростола.

На основании нескольких РКИ и метаанализов, опубликованных в базе Кокрейна, было продемонстрировано, что эффективность метода составляет 96-98% независимо от введенной дозы мифепри-стона (ОР - 1,07; 95% ДИ - 0,87-1,32). Это является основанием к использованию рекомендаций по выбору минимально необходимой эффективной дозы мифепристона 200 мг, а также продиктовано фармакоэкономической целесообразностью (стоимость медикаментозной составляющей медицинской услуги снижается в 3 раза).

В остальном ведение медикаментозного опорожнения полости матки при НрБ не отличается от прерывания прогрессирующей беременности, описанного выше.

## **Рекомендации по контролю за ожидаемыми побочными эффектами**

**Побочные эффекты** рассматриваются как эффекты от лечения, которые могут включать физиологические и психологические последствия. Большинство из них незначительны и требуют лишь малого или вообще не требуют вмешательства.

К ожидаемым побочным эффектам при МА относятся боль и кровотечение.

*Боль и контроль за болью*



**Боль при медикаментозном прерывании беременности.** Боль вследствие сокращений матки является ожидаемой частью МА (Creinin M.D., 2003; Safe abortion <...>, 2012).

Во время МА с применением мифепристона и мизопростола почти все женщины испытывают боли в животе (960-980 из 1000 женщин). Степень тяжести боли, связанной с процедурой, колеблется от легкой до тяжелой (Creinin M.D., 2003; Patient Counseling in Medical Abortion. National Abortion Federation, 2010).

Исследование, проведенное в США (Rorbye C. et al., 2004), показало большую частоту боли при МА (77,1%, или 771 на 1000 женщин) по сравнению с ВА (10,5%, или 105 на 1000 женщин).

L.J. De Nonno и соавт. (2000) проанализировали сроки возникновения болей у 2030 женщин до 8 нед беременности, которые использовали 800 мкг мизопростола вагинально после приема 200 мг мифепристона внутрь, и 230 (11%) пациенток испытывали боль уже перед использованием мизопростола. Значительно выше был процент субъектов, кто испытал боль после приема мизопростола в начале кровотечения.

При использовании мизопростола в дозе 800 мкг вагинально частота болевого синдрома составила 75,1%, а при приеме внутрь в дозе 400 и 600 мкг была выше - 84,6 и 84,8% соответственно ( $p=0,003$ ). В то же время интенсивность боли коррелировала с увеличением дозы мизопростола независимо от пути его введения, и при использовании 400 мкг составила 5,8 балла при оценке по визуально-аналоговой шкале (от 0 до 10), а при 800 мкг - 6,7 балла ( $p=0,001$ ). При увеличении срока беременности на 2 нед интенсивность боли увеличивалась на 1,3-1,6 балла ( $p=0,007$ ;  $p=0,013$ ) в группах, принимавших мизопростол внутрь, и лишь на 0,3 балла ( $p=0,209$ ) - при вагинальном приеме (Shannon C. et al., 2006).

В исследовании E. Wiebe (2001) среди 281 женщины средний показатель боли по всей группе составил 6,2 балла. Сильные боли (9 или 10 баллов) были отмечены у 23,4% женщин.

В целом, суммируя данные разных исследователей, можно сказать, что средняя максимальная оценка боли составляет 7,1 балла (сильная боль), а частота боли в зависимости от ее интенсивности по визуально-аналоговой шкале в среднем имеет следующую градацию:

- очень сильная (непереносимая) (9-10 баллов) - 10%;
- сильная (6-8 баллов) - 40%;
- умеренная (3-5 баллов) - 25%.

Длительность боли была оценена в одном исследовании, и она составляла не более 24 ч, однако примерно у 295 на 1000 женщин длилась до 72 ч (Abuabara K. et al., 2009). В целом длительность боли составляет от нескольких часов до суток (в среднем около 3-4 ч). После изгнания плодного яйца из полости матки боль быстро прекращается. **NB!** Восстановительный период протекает безболезненно.

### **Физиологические аспекты боли, ноцицепция и антиноцицепция.**

Согласно определению Международной ассоциации по изучению боли (IASP), боль - это неприятное сенсорное и эмоциональное переживание, связанное с истинным или потенциальным повреждением ткани или описываемое в терминах такого повреждения.

В возникновении чувства боли существенная роль принадлежит такому физиологическому явлению, как ноцицепция.

*Ноцицепция* (от лат. *nocere* - вредить и *capere* - брать, взять, принимать) - это активность в афферентных (чувствительных) нервных волокнах периферической и центральной нервной системы (ЦНС), возбуждаемая разнообразными стимулами, обладающими пульсирующей интенсивностью. Данная активность генерируется ноцицепторами или, по-другому, рецепторами боли, которые могут отслеживать механические, тепловые или химические воздействия, превышающие генетически установленный порог возбудимости. Процесс восприятия, трансформации и кодирования ноцицептивной информации рецепторным аппаратом нервной системы называется трансдукцией. Получив повреждающий стимул, ноцицептор передает сигнал через спинной мозг и далее в головной (трансмиссия).

Ноцицепторы обладают определенным порогом чувствительности, то есть необходим некоторый минимальный уровень стимуляции прежде, чем они приведут к генерации сигнала. В некоторых случаях возбудимость чувствительных волокон становится чрезмерной, превышая действительный уровень воздействия болевого стимула, что приводит к состоянию, называемому гиперчувствительностью к боли.

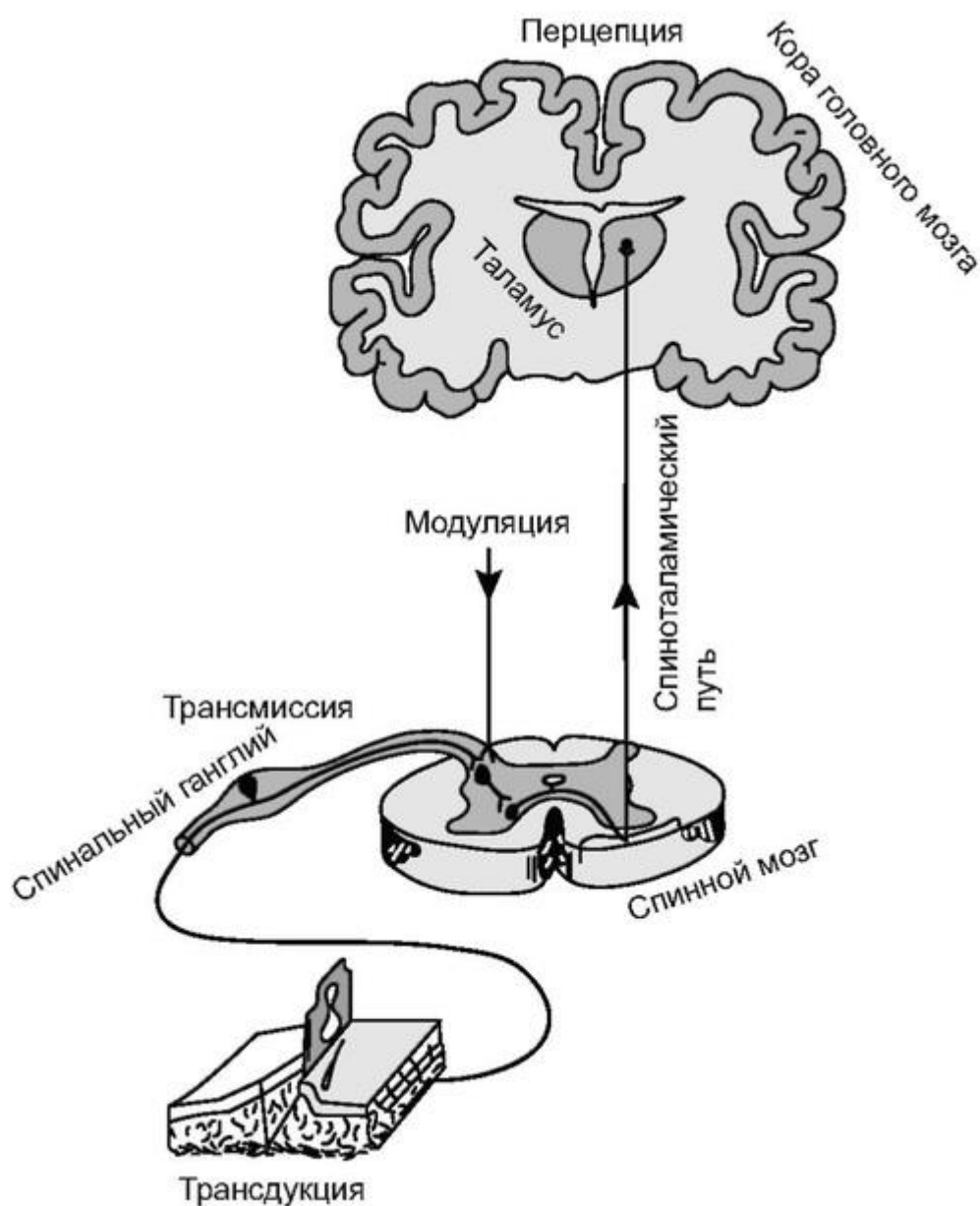
Как только порог достигнут, сигнал передается по аксону нерва в спинной мозг через сенсорные нейроны. Эти нейроны высвобождают глутамат, главный нейромедиатор, который пересылает сигналы от одного нейрона к другому через синапсы. Если сигналы поступают в ретикулярную формацию и таламус, ощущение боли осознается как тупая, неопределенной локализации. Из таламуса сигнал может направляться в соматосенсорную кору головного мозга, и тогда боль локализуется более четко и ощущается с более определенными характеристиками. Ноцицепция может также вызывать менее определенные автономные реакции, независимые от сознания, такие как бледность, повышенное потоотделение, брадикардия, гипотония, головокружение, тошнота и обморок.

Источник KingMed.info

Термин «ноцицепция» был введен Ч.С. Шеррингтоном, чтобы более четко дифференцировать связь между физиологическим характером нервной активности при повреждении ткани и психологической реакцией на физиологическую боль.

Ноцицептивные импульсы анализируются с помощью суммарного коркового потенциала и трансформируются в психосоматические реакции.

Формирование болевого ощущения (перцепция) происходит в коре головного мозга (рис. 2.3).



**Рис. 2.3.** Процесс восприятия, передачи и формирования боли

*Антиноцицептивная система.* В организме имеется специальный физиологический механизм реагирования на ноцицептивную информацию, который принято называть эндогенной антиноцицептивной системой.

Эта система способна запускать компенсаторные и приспособительные механизмы метаболизма. В ответ на стресс гамма-аминомасляная кислота тормозит чрезмерный выброс катехоламинов и кортикостероидов, а также обеспечивает дополнительную выработку энергии.

Другим важным элементом эндогенной антиноцицептивной системы является опиоидный механизм, суть которого заключается в высвобождении из секреторных гранул и клеток, локализованных в мозге, эндорфинов и энкефалинов в ответ на активацию катехоламинов, что сдерживает их чрезвычайную активность, а также повышает устойчивость тканей к гипоксии.

Организм имеет несколько разных видов опиоидных рецепторов, которые участвуют в реакции, связанной с выработкой внутренних эндорфинов. При возникновении стороннего возбуждения эти рецепторы могут тормозить активность нейронов, которые в ином случае стимулировались бы ноцицепторами.

Согласно теории «контроля ворот», предложенной П. Уоллом и Р. Мелзаком, «ворота» для потока болевых импульсов «закрываются» другими безболезненными стимулами, такими как, например, вибрация. Таким образом, может оказаться, что потирание ушибленного колена ослабляет боль, предотвращая ее передачу в мозг. «Закрывание ворот» также может происходить, если сигналы, поступающие из мозга в спинной мозг, подавляются поступающей информацией о другой боли.

Наряду с гамма-аминомасляной кислотой и опиоидами в антиноци-цептивной системе участвует и ряд иных метаболических механизмов, регулируемых серотонином, гистамином, веществом Р, катехоламинами и другими нейрогормональными факторами.

В отличие от эндогенной антиноцицептивной системы, экзогенная антиноцицепция предлагает воздействия в целях понижения болевой чувствительности. Достигается это противоположными эффектами: 1) пониженным возбуждением ноцицептивной системы; 2) повышенным возбуждением антиноцицептивной системы при использовании различных методов обезболивания.

**Физиологическая роль боли, причины, типы и локализация.** Боль является одним из главных компонентов *защитной системы организма*. Это важнейший сигнал о повреждении ткани и развитии патологического процесса. Реакция организма, возникающая под воздействием боли, мобилизует различные функциональные системы для защиты организма от воздействия патогенного фактора.

Боль характеризуется:

- определенной эмоциональной окраской;
- рефлекторными изменениями функций внутренних органов;

Источник KingMed.info

- двигательными безусловными рефлексами;
- волевыми усилиями, направленными на избавление от боли.

С другой стороны, длительная или сильная боль сопровождается изменением физиологических параметров (таких как артериальное давление, пульс, расширение зрачков, изменение концентрации гормонов), способных вывести организм из состояния равновесия и привести к многочисленным патологическим реакциям. Неустраненная боль является не только частой причиной нестабильной гемодинамики во время медицинских манипуляций, но и фактором задержки выздоровления. Длительная ноцицептивная афферентация приводит к гиперактивации стрессреализующих систем и истощению адаптационных резервов организма.

Именно поэтому минимизация риска для здоровья при выполнении любых медицинских процедур определяется, прежде всего, минимумом боли.

Причинами боли и дискомфорта во время аборта являются:

- уровень беспокойства (тревожности) и эмоциональное состояние;
- сокращения матки;
- расширение шейки матки.

Ощущение женщиной боли сильно связано с уровнем ее комфорта или беспокойства. Исследования показали, что боль включает сенсорные и эмоциональные компоненты.

Дно и тело матки иннервируются симпатическими нервами E1 по L1. Эти нервы идут в составе яичникового сплетения, крестцово-маточных и собственных связок яичника. В связи с этим боль локализуется внизу живота и может иметь иррадиацию в поясничную область. Сокращения матки вызывают диффузную боль внизу живота спастического характера или схваткообразную. Расширение шейки матки придает ощущениям глубокое ощущение боли.

В соответствии с указанными выше причинами возникновения боли необходимы действия, направленные на их устранение.

**Оценка интенсивности боли** осуществляется на основании визуально-аналоговой шкалы (рис. 2.4).



**Рис. 2.4.** Визуально-аналоговая шкала оценки интенсивности боли

Визуальная аналоговая шкала представляет собой прямую линию длиной 10 см, начало которой соответствует отсутствию боли - «боли нет». Конечная точка на шкале отражает мучительную, невыносимую боль - «нестерпимая боль».

Линия может быть как горизонтальной, так и вертикальной. Пациенту предлагается сделать на этой линии отметку, соответствующую интенсивности испытываемых им в данный момент болей. Расстояние между началом линии («нет болей») и сделанной больным отметкой измеряют в сантиметрах и округляют до целого. Каждый сантиметр на визуально-аналоговой шкале соответствует 1 баллу. Как правило, все пациенты, в том числе и дети старше 5 лет, легко усваивают визуально-аналоговую шкалу и правильно пользуются ею.

Визуально-аналоговая шкала является достаточно чувствительным методом для количественной оценки боли, и данные, полученные с помощью визуально-аналоговой шкалы, хорошо коррелируют с другими методами измерения интенсивности боли.

**Группы риска.** Клинические исследования, проведенные в целях выявления категорий пациенток с предикторами сильной боли (Suhonen S., 2011; Wiebe E.R., 2001; Westhoff C. et al., 2000; Hamoda H. et al., 2004), позволили отнести в группу риска женщин, имеющих следующие характеристики:

- большой срок беременности (более 56 дней аменореи) ( $p=0,03$ ; ОР - 1,09; 95% ДИ - 1,05-1,12);
- меньший возраст ( $p=0,05$ ; ОР - 0,98; 95% ДИ - 0,97-0,99);
- нерожавшие или с меньшим количеством беременностей ( $p=0,01$ ; ОР - 0,43; 95% ДИ - 0,33-0,56);
- наличие альгоменореи ( $p=0,001$ );

Источник KingMed.info

- более высокие оценки тревожности ( $p=0,05$ );
- необходимость использования больших доз мизопростола (ОР - 1,31; 95% ДИ - 1,13-1,51);
- более раннее введение мизопростола (через 24 ч по сравнению с 48 и 72 ч);
- домашний прием мифепристона и мизопростола.

Перечисленные факторы были расценены авторами как *предикторы наркотического обезболивания*.

Выявление предикторов использования средств наркотического обезболивания во время МА изучалось в многоцентровом исследовании (17 медицинских центров в США) с участием 2121 женщины с беременностью менее или равной 63 дням аменореи, получавших мифепристон с последующим приемом мизопростола внутрь в дозе 400 мкг. В целом 27% пациентов получили наркотические анальгетики среди тех, кто принимал препараты в клинике, и 79% - при приеме их на дому. ОР использования наркотических анальгетиков увеличивался с повышением гестационного возраста и уменьшался у женщин с предшествующими родами, а также с увеличением возраста женщины. Однако обеспечение преабортного консультирования было самым важным фактором, определяющим получение наркотического обезболивания [Westhoff C. et al., 2000 (a и b)].

## **Методы контроля за болью**

**Вербальная поддержка и релаксация.** Информирование женщины о том, что она может чувствовать во время процедуры, - одна из форм вербальной поддержки, которая снижает тревожность. Поскольку уровень тревожности женщины сильно влияет на ее восприимчивость к боли, то уважительное и подбадривающее отношение медперсонала может уменьшить уровень ее тревожности и помочь ей перенести болезненные ощущения.

Другие варианты, такие как включение музыки или занятие с женщиной дыхательными упражнениями, могут быть очень полезными для уменьшения боли во время процедуры.

**Применение лекарственных средств.** Анальгетики - лекарственные средства природного, полусинтетического и синтетического происхождения, предназначенные для снятия болевых ощущений - анальгезии.

Перед тем как давать лекарственные средства, врач должен оценить риск анальгезии для пациентки, а также ее эмоциональное состояние, так как и то и другое может влиять на выбор метода борьбы с болью.

Подготовка к процедуре прерывания беременности должна включать оценку уровня тревожности женщины, а также ее общее состояние здоровья.

Существует большое количество анальгетиков, которые можно разделить на две большие группы.

### **Ненаркотические анальгетики:**

- производные салициловой кислоты: ацетилсалициловая кислота, натрия салицилат;
- производные пиразолона: анальгин, бутадиион, амидопирин\*<sup>3</sup>;
- производные анилина: фенацетин\*, парацетамол;
- производные алкановых кислот (НПВС): ибупрофен, флурбипрофен, диклофенак;
- производные антралиновой кислоты: мефенамовая и флуфенамовая кислоты;
- прочие: пироксикам, диметилсульфоксид (Димексид\*), хлотазол\*.

### **Наркотические анальгетики:**

- агонисты опиоидных рецепторов: морфин, тримеперидин (Промедол\*) (сильные); кодеин, декстропропосифен\* (умеренные);
- агонисты-антагонисты и частичные агонисты опиоидных рецепторов: пентазоцин, буторфанол, бупренорфин и др.

### **В особую группу можно отнести миотропные спазмолитики.**

**Миотропные спазмолитики** действуют непосредственно на клетки гладкой мускулатуры, изменяя биохимические процессы внутри них. Список спазмолитиков миотропной группы велик, но основными препаратами являются лекарственные средства на основе дротаверина, папаверина, бенциклана.

## **Механизмы действия анальгетиков**

### **Ненаркотические анальгетики**

Как уже отмечалось, в процессе синтеза, проведения и восприятия боли можно условно выделить три сегмента: периферический - собственно источник боли, проводниковый - структуры, участвующие в проведении боли (нервные волокна, спинной мозг), и центральный - анализ болевых импульсов, восприятие боли как таковой и формирование ответной реакции.

В арсенале современного врача не все препараты способны воздействовать на все три сегмента болевого процесса, а точнее, только НПВС с высокими липофильными свойствами способны блокировать источник боли и, проникая через гематоэнцефалический барьер, влиять на его проведение и восприятие. Учитывая эту



особенность НПВС, на сегодня, согласно рекомендациям ВОЗ, они являются базисными препаратами для лечения (купирования) острой боли.

Целью назначения НПВС является также их способность значительно снижать потребность в наркотических анальгетиках, тем самым резко уменьшая риск развития побочных эффектов от их применения.

Ранее назначения НПВС избегали из-за опасений, связанных с потенциальной возможностью ингибирования простагландинов, индуцирующих сокращения матки. Тем не менее исследования не показали этого влияния, и НПВС не оказывают влияния на эффективность МА, скорость экспульсии плодного яйца и других тканей геста-ции, объем и продолжительность кровопотери (Creinin M.D. et al., 1997; Fiala C. et al., 2005; Livshits A. et al., 2009).

### **Наркотические (опиоидные) анальгетики**

Опиоидные анальгетики вызывают анальгезию, активируя специфические опиоидные рецепторы, локализованные преимущественно в головном и спинном мозге (рис. 2.5, см. цв. вклейку), что сопровождается:

- 1) угнетением проведения болевых импульсов по афферентным путям ноцицептивной системы в ЦНС;
- 2) активацией тормозящего влияния нисходящей (супраспинальной) антиноцицептивной системы на проведение болевых импульсов по афферентным путям в ЦНС;
- 3) изменением эмоциональной оценки боли.

### **Миотропные спазмолитики**

Миотропные спазмолитики уменьшают мышечный тонус путем прямого воздействия на биохимические внутриклеточные процессы, обеспечивающие сокращение гладкомышечных клеток. Механизмы этого воздействия различны. Так, ингибиторы фосфодиэстеразы (папаверин, дротаверин) изменяют внутриклеточную концентрацию циклических нуклеотидов (цАМФ, цГМФ), регулирующих внутриклеточную концентрацию ионов кальция. Блокаторы кальциевых каналов (пинаверия бромид, отилония бромид) влияют на ток ионов кальция в клетку через кальциевые каналы, блокатор натриевых каналов мебеверин изменяет ток ионов натрия в клетку.

Ингибиторы фосфодиэстеразы - класс миотропных спазмолитиков, которые также различаются по избирательности своего действия в зависимости от изофермента фосфодиэстеразы, действию которого они препятствуют. Например, дротаверин является неселективным ингибитором центрального действия изоформы IV, которая

участвует в регуляции сокращений гладкой мускулатуры кишечника, мочевыводящих путей и миометрия.

Следует помнить, что мизопростол влияет не только на миометрий, но и на гладкую мускулатуру желудочно-кишечного тракта, вызывая боли в животе, связанные с ее спазмами, что определяет обоснованность назначения этой группы препаратов. В частности, многочисленными клиническими исследованиями была продемонстрирована эффективность дротаверина в облегчении боли у женщин с кишечными спазмами, обусловленными различными заболеваниями желудочно-кишечного тракта. Динамика боли на фоне лечения дротаверином по 80 мг показала значительное уменьшение интенсивности боли (в 2 раза) (Леонова М.В. и др., 2001), а эффект наступал уже через 20 мин (Афонин А.В. и др., 2010). Эффективность дротаверина для купирования спазматических симптомов и болей в неотложной клинической практике составила более 70%, при этом анализ дозозависимости показал, что при заболеваниях желудочно-кишечного тракта и гинекологических расстройствах эффективность достигалась дозой 40 мг, однако наиболее часто требовалась доза 80 мг (Maklari L. et al., 1989, 1999).

С другой стороны, миотропные спазмолитики теоретически могут снижать сократительную активность миометрия и приводить к увеличению продолжительности опорожнения матки. Клинических исследований, подтверждающих это положение у женщин при МА, не было найдено. Однако применение дротаверина по сравнению с плацебо у женщин во время родов показало, что средняя продолжительность активной фазы была  $4,5 \pm 2,3$  и  $3,6 \pm 2,1$  ч соответственно, средняя скорость раскрытия шейки матки составила 2,6 и 2,5 см/ч соответственно (различия не были статистически значимыми).

Российские клинические рекомендации по МА в I триместре (утв. Минздравом России, 2015) содержат рекомендации по применению метамизола натрия (анальгина) и дротаверина в целях обезболивания. Однако доказательных данных по их использованию в этих целях нет (клинические исследования не проводились).

### **Потребность в обезболивании, выбор обезболивающих средств и их эффективность при медикаментозном аборте (обзор результатов клинических исследований)**

Для борьбы с болью во время МА были изучены три группы анальгетиков.

#### **Анальгетики-антипиретики:**

- парацетамол.

#### **Производные алкановых кислот:**

- диклофенак;

- ибупрофен.

## **Наркотические анальгетики:**

- декстропропоксифен\*<sup>3</sup>;
- кодеин.

Из 4343 женщин, включенных в обзор, выполненный Н. Namoda и соавт. (2004), 3139 женщинам (72%) потребовалось обезболивание. Из них 3054 женщины (97%) использовали обезболивающие препараты для приема внутрь, 75 женщин (2,4%) употребляли опиаты, в то время как только 10 женщин (0,3%) применяли диклофенак (Диклофенак натрия\*) ректально. Не было никакого существенного различия в использовании обезболивания среди женщин с вагинальным или сублингвальным введением мизопростола.

Исследования, проведенные различными центрами, объединенные в публикации G. Penney (2005), показывают широкие вариации в выборе анальгезирующих средств, но в целом около 75% женщин использовали наркотические анальгетики в день приема простагландина. Режимом, включающим 325-500 мг парацетамола (Ацетаминофена\*®) с 10 мг дигидрокодеина или 30 мг кодеина, по утверждению авторов, уже воспользовались тысячи женщин без видимых проблем.

В клинических руководствах указывается, что около 70% женщин, как правило, получают, по крайней мере, один из ненаркотических препаратов [обычно парацетамол (Ацетаминофен\*®)] для купирования боли в животе и 30% - получают наркотические обезболивающие [парацетамол (Ацетаминофен\*®)] с гидрокодомом, кодеином или оксикодомом) для купирования сильной боли (Cleland K. et al., 2013; Backman M. и соавт., 2002; Patient Counseling <...>, 2010).

M. Backman и соавт. изучили предпочтения в выборе обезболивающих средств в двух клиниках, где были найдены значительные различия. Так, в одной клинике в основном использовали парацетамол (Ацетаминофен\*®) и декстропропоксифен\*<sup>3</sup> в начале процедуры, а в другой - назначали преимущественно суппозитории с диклофенаком. Дополнительное использование опиатов потребовалось у 42% пациенток в первом учреждении и только у 8% - во втором.

E. Jackson и соавт. (2011) провели метаанализ 363 статей. Неоднородность имеющихся данных ограничивает сравнение. Четыре исследования, проведенные у женщин с беременностью менее 8 полных недель беременности, обнаружили, что профилактическое назначение обезболивающих средств не снижает боль, в то время как после появления спазмов наиболее эффективными оказались НПВС, которые уменьшали боли и использовались для последующего обезболивания.

Источник KingMed.info

Ибупрофен оказался статистически значимо более эффективным для облегчения боли при МА по сравнению с парацетамолом (Ацетаминофеном<sup>®</sup>) в исследовании А. Livshits и соавт. (2009).

Авторы сообщают, что выявлено существенное различие между ибупрофеном и плацебо с точки зрения потребности в дополнительном обезболивании. Среди женщин, которые получали ибупрофен, 62% не требовалось дополнительного обезбоживания по сравнению с 22% в группе, получавшей плацебо.

Средние уровни боли через 1 ч после приема мизопростола были оценены в 5,4 балла в группе плацебо и 4,0 - в группе ибупрофена.

Авторы отмечают, что эти уровни боли были значительно ниже, чем те, что они видели в своей предшествующей работе (когда ибупрофен вводили превентивно) по сравнению с введением при появлении боли.

Преимущество ибупрофена по сравнению с плацебо было определено по значительно более низкой потребности в дополнительном обезболивании: 11 из 29 (38%) по сравнению с 25 из 32 (78%) соответственно.

При этом было показано, что женщинам в группе, получавших НПВС, требовалось значительно меньше опиатов ( $p=0,042$ ) (Fiala C. et al., 2005).

Применение дротаверина в исследованиях на фоне МА в литературе отражено недостаточно. Чаще встречаются сообщения о его использовании при дисменорее. Так, в многоцентровом сравнительном двойном слепом исследовании DOROTA (Debski R. et al., 2010) у 323 женщин с дисменореей, сопровождающейся сильными или умеренными болями, изучали эффективность дротаверина в дозе 240 мг/сут и ибупрофена в дозе 1200 мг/сут (по 1 таблетке 3 раза в сутки) в течение 3 дней менструального цикла. Выраженность боли оценивалась на уровне 4 баллов (по четырехбалльной системе). Суммарное снижение выраженности боли за шестичасовой период достоверно не различалось в группах:  $-1,2 \pm 1,18$  на фоне приема дротаверина и  $-1,7 \pm 0,99$  - на фоне приема ибупрофена, хотя доля пациенток с хорошим эффектом была большей на фоне приема ибупрофена (68 против 42%).

### **Клинические рекомендации по обезболиванию при медикаментозном аборте, основанные на доказательствах**

- Во время МА женщинам необходимо предлагать обезболивающие средства.
- Все женщины должны быть обеспечены инструкциями по применению обезболивающих препаратов и рецептами для их приобретения.
- Наиболее эффективный режим для контроля за болью при медикаментозном аборте не установлен.

- Общая стратегия по обезболиванию состоит в консультировании женщин по использованию НПВС и наркотических анальгетиков, которые следует начинать принимать при появлении боли и чередовать два средства, если женщина продолжает испытывать боль.
  - Парацетамол (Ацетаминофен\*®) (в моноварианте при приеме внутрь) не показал более высокой эффективности по сравнению с плацебо и не рекомендуется для обезбоживания при МА.
  - НПВС (такие как ибупрофен, диклофенак) являются более эффективными, чем парацетамол (Ацетаминофен\*®), когда их принимают с началом боли, и не снижают эффективность МА.
  - При недостаточном эффекте возможно повторное применение препаратов через 3-4 ч в тех же дозировках с учетом суточных доз.
  - Наркотические анальгетики являются еще одним вариантом для устранения боли, хотя оптимальный препарат, доза и сроки введения не установлены.
  - Некоторым женщинам может потребоваться дополнительное наркотическое обезбоживание, особенно при больших сроках беременности.
  - Другие стратегии управления болью, которые могут помочь женщинам перенести МА, - качественное консультирование, благоприятная среда и применение грелки на низ живота.
  - Психологическая поддержка медицинского персонала и музыка также могут быть полезными для уменьшения боли при медикаментозном аборте.
- Таким образом, для обезбоживания при МА рекомендуется применять две группы анальгетиков - НПВС и опиоидные анальгетики (табл. 2.9).

Таблица 2.9

### Разовые и суточные дозы анальгетиков и способы их введения

Препарат	Разовая доза	Суточная доза	Способ введения
<i>НПВС</i>			
Ибупрофен	400 мг (2 таблетки по 200 мг)	800-1200 мг (в 2-3 приема в сутки через 4 ч)	Внутрь
Диклофенак (Диклофенак натрия*)	100 мг (2 таблетки по 50 мг или 1 таблетка по 100 мг ретард); 100 мг (1 свеча)	200 мг (в 2 приема через 4 ч)	Внутрь, ректально
Индометацин	50-100 мг (1-2 таблетки по 50 мг или 1 таблетка по 100 мг) 100 мг (1 свеча)	200 мг (в 2 приема через 4 ч)	Внутрь, ректально
<i>Наркотические (опиоидные) анальгетики</i>			
Кодеин (Кодеина фосфат гемигидрат*)	0,01-0,03 г	0,2 г	Внутрь

Источник KingMed.info

Декстпропосифена гидрохлорид*	65 мг	390 мг	Внутрь
Декстпропосифена напсилат*	100 мг	600 мг	Внутрь

Возможно сочетание этих двух групп обезболивающих в составе комбинированных препаратов (табл. 2.10).

Таблица 2.10

### Комбинированные обезболивающие средства для приема внутрь

Торговое наименование препарата	Состав	Разовая доза, таблетки	Суточная доза, таблетки
Нурофен плюс*	Кодеин 10 мг, ибупрофен 200 мг	2	6
Нурофен плюс Н*	Кодеин 10,24 мг, ибупрофен 200 мг	2	6
Коделмикс*	Кодеин 8 мг, парацетамол 500 мг	2	8
Солпадеин*	Кодеин 8 мг, парацетамол 500 мг, кофеин 30 мг	2	8
Ко-проксамол*	Декстпропосифена гидрохлорид 32,5 мг, парацетамол 325 мг	2	8

Особенности строения шейки матки (у нерожавших женщин и у женщин с врожденными или приобретенными деформациями шейки матки) являются причиной болей спастического характера, а также могут привести к замедленной эвакуации детрита из полости матки и/или формированию гематометры из-за недостаточного раскрытия или быстрого сокращения внутреннего зева шейки матки.

В связи с этим целесообразным представляется применение спазмолитиков (клинические рекомендации Минздрава России, 2015). Однако данная рекомендация не имеет доказательств. По выраженности и продолжительности спазмолитического действия дротаверин превосходит папаверин, поэтому следует отдавать предпочтение препаратам, содержащим дротаверин, которые представлены в табл. 2.11.

Таблица 2.11 Препараты, содержащие дротаверин

Торговое наименование препарата	Состав	Разовая доза, таблетки	Суточная доза, таблетки
Но-шпа*	Дротаверина гидрохлорид 40 мг	2	6
Юниспаз Н*	Парацетамол (Ацетаминофен*) 500 мг, дротаверин 40 мг	1-2	6 (повторные дозы - через 8 ч)

Благодаря синергизму парацетамола и дротаверина препарат Юниспаз Н\* быстро, в течение 15-20 мин, устраняет спастическую боль при малых и средних дозах (1-2 таблетки на прием).

При использовании препаратов, содержащих только дротаверин (монопрепаратов), в стандартных дозах (40 мг) наблюдается слабое обезболивающее действие, поэтому для достижения эффекта требуются более высокие дозы (80, 160 мг).

Источник KingMed.info

Комбинированные препараты, содержащие парацетамол (Ацета-минофен\*®) и дротаверин, давая более высокий эффект при дозе 40 мг, как правило, не требуют повторного приема.

Комбинированные и монопрепараты с метамизолом натрия (анальгином) не рекомендуется использовать, так как это лекарственное средство запрещено в Европе (вызывает лейкопению, агранулоцитоз, усиливает кровотечение, обладает нефротоксичностью). Парацетамол (Ацетаминофен\*®) вместо метамизола широко используется в мире и не усиливает кровотечения.

Комбинированные и монопрепараты, содержащие ацетилсалициловую кислоту (Аспирин\*), не рекомендуется использовать во время проведения МА, так как этот препарат оказывает влияние на свертывающую систему крови и может привести к увеличению объема кровопотери и ее продолжительности.

**Противопоказания к приему анальгетиков, содержащих НПВС:** эрозивно-язвенные заболевания органов желудочно-кишечного тракта в стадии обострения (в том числе язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, болезнь Крона, неспецифический язвенный колит), воспалительные заболевания кишечника, нарушения свертываемости крови (в том числе гипокоагуляция), геморрагические диатезы, гиперчувствительность к компонентам препарата.

Побочные эффекты при употреблении наркотических обезболивающих средств могут включать головокружение, седативный эффект, тошноту и рвоту (Greene M.F., 2011).

**Взаимодействие лекарственных средств.** Следует обратить внимание на взаимодействие лекарственных средств, если пациентка принимает какие-либо препараты для лечения сопутствующих заболеваний, указанных в инструкции.

### **Особенности консультирования перед абортom по вопросу боли и обезболивания**

Пациентка должна быть проинформирована до начала медикаментозного прерывания беременности:

- о возможности появления боли, иногда сильной;
- о том, как она может оценить интенсивность боли и методах ее купирования;
- о препаратах, которые она может принимать самостоятельно, их разовых дозах и интервалах между приемом повторных доз, максимальных суточных дозах;
- о потенциальных рисках для здоровья, связанных с сильной болью, и сроках обращения к врачу.

### **Потенциальные риски для здоровья, связанные с сильной болью во время медикаментозного аборта**

Постоянная или периодическая боль в животе и кровотечение могут быть связаны с неполным МА, инфекцией и сепсисом, внематочной беременностью.

Острая боль в животе может быть симптомом интеркуррентного заболевания (энтероколита, острого аппендицита, почечной колики и т.д.).

Пациенты с интенсивными, длительными, нарастающими болями в животе, которые не уменьшаются при применении обезболивающих препаратов, включая наркотические анальгетики, и сохраняются дольше, чем 4-6 ч после приема мизопростола, должны срочно обратиться к своему врачу или в отделение скорой помощи.

Если через 24 ч после приема мизопростола пациентка ощущает боль в животе, которая сопровождается слабостью, недомоганием, дискомфортом, тошнотой, рвотой, диареей или хотя бы одним из этих симптомов, с повышением температуры тела выше 37 °С или без повышения, то она должна немедленно обратиться за медицинской помощью.

**Заключение.** Обеспечение и повышение комфорта для женщин во время проведения МА, по мнению E.G. Raymond и соавт. (2013), является необходимым условием успешного завершения процедуры прерывания беременности и удовлетворенности медицинской помощью.

В настоящее время вопрос об эффективном обезболивании при МА решен не полностью: наиболее эффективный режим для контроля за болью не установлен, и научный поиск в этом направлении продолжается.

Именно поэтому с точки зрения доказательной медицины имеющиеся в литературе рекомендации для практического использования пока не отличаются высоким уровнем, и клиницисты должны руководствоваться как доступными научными данными, так и собственным практическим опытом.

*Кровотечение как ожидаемый побочный эффект*

**Кровотечение при медикаментозном аборте** является ожидаемым побочным эффектом, если его объем не превышает физиологического уровня, что соответствует объему нормальной менструации (80-100 мл) или несколько выше него (100-160 мл).

Необходимо научить женщину определять объем кровопотери (по количеству использованных прокладок за определенный период времени) (табл. 2.12).

**Таблица 2.12 Определение объема кровопотери в зависимости от количества использованных прокладок (на примере прокладок Always)**

Тип прокладок Always	Маркировка на упаковке	Объем крови, впитываемой одной прокладкой, мл	Количество прокладок в упаковке, шт.	Общий объем кровопотери при использовании одной упаковки, мл
Light	3 капли	От 4 до 6	8	40



Normal	4 капли	От 6 до 8	10	80
Super plus	5 капель	От 8 до 10	10	100

**Нормальная кровопотеря при медикаментозном аборте до 49 дней аменореи** характеризуется следующими показателями.

- Начало вагинального кровотечения между 3-м и 15-м днем от приема мифепристона (варианты: после приема мифепристона - у 20-50% женщин, как правило, незначительные по объему, после приема мизопростола - у 100% женщин в среднем через 1,4 ч после приема).
- Среднее число дней кровотечения - 7,2 дня (4-14 дней; варианты: в течение 2-22 дней теряется основной объем крови и до 70 дней - в незначительном количестве).
- Средняя потеря крови составляет 91,5 мл (варианты: 136,8 мл (+/-SD 159,2)).
- Не сказывается негативно на уровень гемоглобина (снижение - не более 0,3-0,5 г/л).

### **Кровотечение, требующее обращения к врачу**

- Отхождение сгустков размером больше, чем мяч для гольфа (38 мм), продолжительностью 2 ч и более.
- Пропитывание больше чем двух больших гигиенических прокладок (макси) в час в течение 2 ч подряд.
- Сильное кровотечение в течение 24 ч (1 упаковка).
- Кровотечение, приводящее к значимому снижению уровня гемоглобина.

### **Рекомендации по профилактике патологического кровотечения**

#### **Факторы риска кровотечения (уровень доказательности IIb)**

##### *Умеренный риск*

- Два кесаревых сечения и более.
- Акушерские кровотечения в анамнезе (без переливания крови).
- Старший возраст матери.
- Срок беременности более 20 нед.
- Миома матки.
- Ожирение.

##### *Высокий риск*

- Диагностика или подозрение на приращение плаценты.
- Акушерские кровотечения в анамнезе (с переливанием крови).

Источник KingMed.info

- Любой пункт из категории умеренного риска можно считать высоким риском на усмотрение врача.

## **Группы риска по повышенной кровопотере (уровень доказательности IV)**

- Меноррагия.
- Хронические воспалительные заболевания органов малого таза.
- Двойня.
- Кровотечение во время аборт в анамнезе.
- Кровотечения периода полового созревания.
- Коагулопатии врожденные.
- Прием антикоагулянтов или дезагрегантов.

Ни в одном из исследований не сообщалось о случаях тяжелого кровотечения, требующих переливания крови, после медикаментозного прерывания НрБ.

**Женщины с аборт в анамнезе не относятся к группе риска.** Это было показано в исследовании Н. Liang и соавт. (2011), куда были включены 4925 женщин без искусственного аборта в анамнезе, 4931 - с одним МА и 4800 - с одним хирургическим аборт и последующей беременностью и родами. В указанных группах риск кровотечения был повышен на 13,9; 16,5 и 17,3% соответственно (ОР - 1,17; 95% ДИ -1,07-1,29) без статистической разницы между группами.

## **Первичная профилактика кровотечений (уровень доказательности B)**

- Прерывание беременности на ранних сроках, так как заболеваемость и смертность увеличиваются с каждой дополнительной неделей беременности (Bartlett L.A. et al., 2004) (уровень доказательности IIb).

- Подробный анамнез, в том числе обзор акушерских осложнений и физическое обследование.

- Ультразвуковое подтверждение срока беременности в качестве стандарта (National Abortion Federation, 2011, Clinical Policy

Guidelines) (уровень доказательности III), так как оценка с последнего менструального периода часто приводит к недооценке геста-ционного возраста как в I, так и II триместре (Darney P.D. et al., 1990; Norman W.V. et al., 2011) (уровень доказательности III).

- Определение уровня гемоглобина или гематокрита должно быть проведено у всех женщин в II триместре и у женщин с анемией в анамнезе в I триместре как для медикаментозного, так и для хирургического аборта.

- Поскольку абсолютное количество кровотечений при медикаментозном аборте низкое, клиническое значение кровотечения имеет у пациенток с повышенным риском или уже существующей анемией.
- Следует проявлять осторожность у женщин с анемией (менее 100 г/л), коагулопатиями, приемом антикоагулянтов. Согласно клиническим рекомендациям МЗ РФ анемия при показателях гемоглобина ниже 100 г/л является противопоказанием для выполнения МА. - *Примеч. авт.*
- Консультирование женщин до МА является жизненно важным для обеспечения того, чтобы они могли сами распознавать, когда кровотечение является чрезмерным.
- Тяжелую анемию (гемоглобин менее 70 г/л) следует считать противопоказанием к МА, так как средняя кровопотеря во время него может быть больше, чем при хирургическом аборте.
- В случаях легкой или среднетяжелой анемии следует назначить антианемическую терапию и выполнить аборт в условиях дневного (или круглосуточного) стационара в целях обеспечения неотложной помощи при повышенной кровопотере.
- Прием антикоагулянтов. Отмена антикоагулянтов до аборта может увеличить общий риск для пациента. Исследование проведения МА на фоне приема антикоагулянтов (Kaneshiro V. et al., 2011) показало, что, хотя средняя потеря крови была выше в группе принимавших антикоагулянты, чем в контроле (70 против 22,5 мл), различие не было клинически значимым.

## **Вторичная профилактика кровотечения**

- Применение утеротоников в группах риска (не имеет доказательств, но применяется в рутинной практике).
- Использование мизопростола повторными дозами (нет рекомендаций по дозам и кратности применения) (Management of postabortion hemorrhage, 2012).

Снижение средней кровопотери при использовании различных групп препаратов было показано у женщин, страдающих меноррагией (Lethaby A. et al., 2013) (уровень доказательности B) (табл. 2.13).

*Таблица 2.13*

## **Снижение средней кровопотери при использовании различных групп препаратов (Lethaby A. et al., 2013)**

<b>Препарат</b>	<b>Среднее снижение кровопотери, мл (95% ДИ)</b>	<b>Форма выпуска и дозирование</b>
Этамзилат (Etamsylate)	-100 (-56,1...-143,9)	Таблетки по 250 мг. Внутрь по 250-500 мг 3-4 раза в сутки. При необходимости - до 750 мг
НПВС: мефенамовая кислота (Mefenamic acid)	-73 (-22,6...-123,4)	Таблетки по 500 мг. Внутрь по 500 мг 3-4 раза в сутки

Транексамовая кислота (Tranexamic acid)	-94 (-36,5...-151,4)	Таблетки по 250 мг. Внутри по 500-1000 мг 3-4 раза в сутки
--	----------------------	--

Раннее начало применения ГК не влияет:

- на объем кровопотери;
- продолжительность кровотечения;
- сроки экспульсии плодного яйца;
- частоту полного аборта;
- скорость опорожнения матки от детрита;
- количество осложнений.

Вопросы диагностики и лечения патологической кровопотери рассматриваются в разделе «Осложнения медикаментозного аборта».

#### *Риск инфекционных осложнений и рекомендации по их профилактике*

До недавнего времени вопрос о необходимости профилактической антибиотикотерапии при медикаментозном аборте рассматривался отрицательно. Однако публикации 2011-2016 гг. и в особенности рекомендации RCOG (2011, 2015) подтверждают доказательный характер такой меры (уровень доказательности С) и убеждают в ее необходимости, по крайней мере, у женщин высокого риска.

Прием антибиотиков с профилактической целью при медикаментозном аборте необходим женщинам:

- с внутриматочными манипуляциями в анамнезе;
- рубцом на матке;
- диагностированным БВ;
- частой сменой половых партнеров (два партнера и более за 6 мес);
- ИППП (хламидии, гонорея, микоплазмы и анаэробы и их сочетания) в настоящее время или диагностированные и пролеченные в течение последнего года без подтверждения ее эрадикации;
- низким социально-экономическим статусом;
- моложе 25 лет;
- хроническими ВЗОМТ;
- ИППП у полового партнера.

**Рекомендуется следующая схема:** 200 мг доксицилина или 500 мг азитромицина в течение 2 ч до процедуры прерывания беременности (в день приема мизопростола) (RCOG, 2015).

БВ независимо от наличия клинических проявлений рекомендуется пролечить до начала процедуры прерывания беременности (Диагностика и лечение заболеваний, сопровождающихся патологическими выделениями из половых путей женщин. Федеральные клинические рекомендации. РОАГ, 2013).

#### *Резус-отрицательная принадлежность крови и рекомендации по профилактике резус-сенсibilизации*

Во время проведения МА у женщин с резус-отрицательной принадлежностью крови в целях профилактики возможной резус-сенсibilизации рекомендуется введение антирезусного иммуноглобулина (уровень доказательности IIB).

При сроке беременности до 9 нед (63 дней) теоретический риск изо-иммунизации женщины антигенами системы Rh при выполнении МА крайне низкий. Тем не менее у женщин с резус-отрицательной кровью при наличии резус-положительной крови у мужа следует дополнительно определить наличие в крови антител (кроме первобеременных) и при их отсутствии ввести антирезусный иммуноглобулин.

Если срок беременности менее 12 нед, то доза иммуноглобулина человека антирезус Rho[D] может быть снижена до 50-75 мкг вместо стандартных 300 мкг (в этой дозе препарат назначают после срочных родов). Минимальная доза (125 мкг/1 мл) среди доступных в аптечной сети средств содержится в препарате «Резонатив®» (Ostarpharma, Швеция), имеющем минимальную стоимость.

Иммуноглобулин человека антирезус Rho[D] рекомендуется ввести вместе с приемом простагландина.

При отсутствии препаратов иммуноглобулина человека антирезус Rho[D], невозможности их приобретения в аптеке за счет средств пациентки и/или отказе пациентки от его использования следует оформить информированный добровольный отказ от данного медицинского вмешательства.

#### *Лактация и рекомендации по кормлению грудью после приема мифепристона и мизопростола*

Количество беременностей на фоне лактации очень мало. Статистические данные свидетельствуют, что в настоящее время количество кормящих грудью женщин составляет не более 20% числа родивших (Прилепская В.Н., 2010). Исключительно грудное вскармливание является эффективным методом предотвращения беременности (98- 99,5%). Частота наступления беременности при лактационной аменорее составляет только 1,1% в течение 1 года после родов (Kennedy K. et al., 1992) и всего 0,7% при использовании метода лактационной аменореи (Kazi A. et al., 1995).

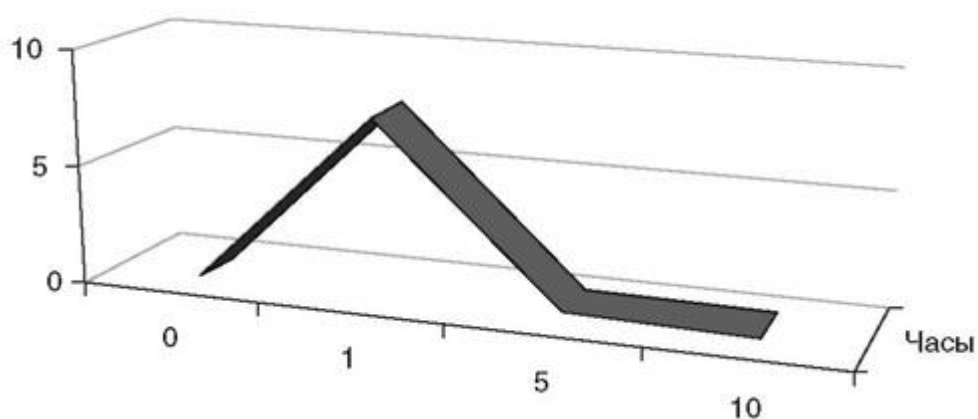
Именно поэтому наступление беременности у лактирующих женщин - довольно редкое явление.

Особенность использования методики у лактирующих женщин - необходимость в прекращении кормления грудью (хотя наступление беременности на фоне лактации - явление довольно редкое), что отражено в инструкциях к мифепристону (7 дней) и мизопростолу (5 дней от приема мифепристона). По данным современных зарубежных исследований, грудное вскармливание может быть безопасно продолжено без перерывов после приема мифепристона и следует прекратить на 4-6 ч после приема мизопростола и применять сцеживание (уровень доказательности B).

Ниже приводятся рекомендации наиболее авторитетных источников.

### Научные исследования Vogel D. и соавт. (Швейцария, Германия, 2004)

Целью исследования было сравнение концентрации в молоке и плазме крови после однократного применения 200 мг мизопростола и 250 мг метилэргометрина в послеродовом периоде для сокращения матки. Было показано, что уровень мизопростола в молоке матери повышается



**Рис. 2.6.** Концентрация мизопростоловой кислоты в молоке после приема 200 мкг мизопростола однократно внутрь, пг/мл (Vogel D. et al., 2004)

в среднем до 3,6 пг/мл ( $7,6 \pm 2,8$ ) в течение часа ( $1,1 \pm 0,2$ ) и уменьшается очень быстро, достигая практически нулевых значений за 5 ч - 0,20 пг/мл (рис. 2.7), при этом период полураспада оказался вдвое меньше, чем у метилэргометрина ( $1,1 \pm 0,3$  ч; медиана - 0,6 ч против  $2,33 \pm 0,3$  ч; медиана - 1,9 ч;  $p < 0,003$  соответственно). Соотношение концентрации молока и плазмы для мизопростола было в 3 раза ниже, чем у метилэргометрина, через 1 и 2 ч ( $p \leq 0,0001$  и  $p \leq 0,0015$  соответственно).

## **Рекомендации Международного консорциума за медикаментозный аборт (Великобритания, 2004)**

Существует ряд доказательств, что мифепристон выделяется в грудное молоко, но мало доказательств в отношении влияния на функцию надпочечников у младенцев, что позволяет предположить, что количество мифепристона, которое попадает в организм ребенка, вряд ли может причинить ему вред (Hill N.C. et al., 1990).

Поскольку уровень мизопростала быстро снижается, рекомендуется принять мизопростол немедленно после кормления, а следующее кормление возобновить после четырехчасового перерыва в случае приема мизопростала внутрь и несколько позже (через 6 ч) после вагинального введения (Vogel D. et al., 2004).

Однако если женщина боится, что препараты могут быть выделены в грудное молоко, она может отказаться от кормления в течение 24 ч после применения мифепристона/мизопростала или только мизопростала.

## **Рекомендации Всемирной организации здравоохранения (Женева, 2007)**

Мифепристон может попадать в грудное молоко. При изучении влияния мифепристона на эндокринную систему плода отмечено повышение уровней адренкортикотропного гормона и кортизола. Клиническое значение этих изменений неизвестно.

В грудное молоко достаточно быстро после применения попадает также небольшое количество мизопростала, однако влияет это на состояние ребенка или нет, неизвестно. Сывороточная концентрация мизопростала при приеме внутрь быстро снижается, поэтому мизопростол рекомендуют принимать внутрь сразу после кормления грудью, а следующее кормление проводить через 4 ч. При интравагинальном введении сывороточная концентрация мизопростала остается высокой дольше, поэтому кормление следует проводить через 6 ч или позже. К сожалению, имеющиеся данные не позволяют дать точные рекомендации по оптимальному времени назначения мизопростала на фоне кормления грудью (Часто задаваемые вопросы о медикаментозном аборте, ВОЗ, 2007).

## **Рекомендации Управления по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов (США, 2010)**

Мизопростол быстро метаболизируется в крови матери в мизопро-столовую кислоту, которая биологически активна и выделена в грудном молоке. Нет никаких опубликованных отчетов отрицательных воздействий мизопростала на младенцев матерей, принимающих мизопро-стол (официальный сайт FDA: <http://www.fda.gov/>).

## **Особенности медикаментозного аборта при сопутствующих заболеваниях и состояниях**

Рекомендации по ведению женщин с сопутствующими заболеваниями и состояниями приводятся в соответствии с руководствами ВОЗ (2012) и Gynuity Health Projects (2009).

### *Соматические заболевания*

**Анемия.** Тяжелую анемию (гемоглобин менее 70 г/л) следует считать противопоказанием к МА, так как средняя кровопотеря во время него может быть больше, чем при хирургическом аборте. В случаях легкой или среднетяжелой анемии следует назначить антианемическую терапию и выполнить аборт в условиях дневного (или круглосуточного) стационара в целях обеспечения неотложной помощи при повышенной кровопотере. Согласно клиническим рекомендациям МЗ РФ анемия при показателях гемоглобина ниже 100 г/л является противопоказанием для выполнения МА. - *Примеч. авт.*

**Гипертензия.** При высокой гипертензии возникают ограничения в применении простагландинов. В этих случаях применяют только мифепристон.

### **Тяжелая бронхиальная астма и терапия глюкокортикоидами.**

Вследствие воздействия мифепристона эффективность лечения глюкокортикоидами может снизиться на 3-4 дня после его приема. В этих случаях возможна корректировка курса лечения. Например, при лечении астмы кортикостероидными ингаляциями следует внести коррективы в схему приема, увеличив дозу вдвое за 48 ч до приема мифепристона и сохраняя ее на таком уровне в течение приблизительно 1 нед.

### **Сахарный диабет 1-го типа и патология щитовидной железы.**

МА не ухудшает состояние больных при указанных заболеваниях. Мифепристон *in vitro* меняет чувствительность к инсулину, что может влиять на уровни глюкозы в плазме и инсулина в сыворотке крови. Именно поэтому следует предупредить пациентку о возможной необхо-

димости корректировки доз инсулина на фоне приема препарата. При использовании заместительной гормональной терапии препаратами щитовидной железы корректировка доз не требуется.

### *Гинекологические заболевания*

**Миома матки.** В известной литературе не отмечено отрицательных сведений по применению препарата при наличии у пациенток бессимптомных доброкачественных опухолей матки. При миоме матки малых и средних размеров с



интерстициально-субсерозной локализацией узлов размером до 4 см проведение МА возможно без ограничений. В остальных случаях требуется осторожность.

**Рубец на матке.** Рубец на матке не является противопоказанием к применению мифепристона независимо от времени, прошедшего с момента оперативного вмешательства на матке.

### **Беременность при начавшемся самопроизвольном**

**прерывании.** Применение только мизопростола при угрозе прерывания беременности обеспечивает быстрое завершение процесса экспульсии плодного яйца. При этом отмечается значительное снижение болезненности при аборте. Кровопотеря практически не увеличивается.

**Пороки развития матки.** При двурогой матке, перегородке в полости матки и других аномалиях, когда имеются затруднения для внутриматочных хирургических вмешательств, МА является методом оптимального выбора.

**Неспецифический кольпит.** При результатах влагалищного мазка на микрофлору промежуточного, дисбиотического или воспалительного типа целесообразно проводить антибактериальную терапию одновременно с МА, а не до него, что является одним из преимуществ данной методики.

**Многоплодная беременность.** Данных, что при многоплодной беременности эффективность МА ниже или требуется изменение дозы, нет.

### *Другие состояния*

**Возраст.** Ни подростковый, ни старший возраст (например, старше 35 лет) не ограничивают использование метода.

**Курение.** Данных, что курение влияет на исход МА, нет. Однако курение является фактором риска атеросклероза, что следует учитывать при МА. Рекомендуется предварительная консультация с терапевтом.

**Взаимодействие с другими лекарственными веществами.** Взаимодействие мифепристона возможно с кетоконазолом, итраконазолом, эритромицином и грейпфрутовым соком. Вещества, содержащиеся в перечисленных препаратах и продуктах, могут препятствовать мета-

болизму мифепристона, что может привести к повышению сывороточных уровней мифепристона. Однако это, скорее всего, не имеет клинического значения, так как используемая терапевтическая доза 200 мг (или 600 мг) является небольшой, а независимые исследования показали, что прием мифепристона даже в дозе до 2 г не вызывает нежелательных реакций.

Кроме того, рифампин\*<sup>3</sup>, дексаметазон, зверобоя продырявленного экстракт и некоторые противосудорожные препараты (фенитоин, фенобарбитал, карбамазепин) могут вызвать ускорение метаболизма мифепристона и снижение его сывороточных уровней. Однако изменение дозировки мифепристона не требуется, так как эти препараты не препятствуют достижению пиковых концентраций препарата в крови. На основе опытов, проведенных *in vitro*, выявлено, что прием мифе-пристона может привести к повышению сывороточных уровней препаратов, которые содержат CYP3A4-субстраты (цитохром CYP3A4 - один из наиболее важных ферментов, участвующих в метаболизме ксенобиотиков, содержатся в более 50% всех лекарственных средств). В результате медленной ликвидации мифепристона из организма такое взаимодействие может наблюдаться в течение длительного периода после его введения (до 7-10 дней).

Именно поэтому следует соблюдать осторожность, когда мифе-пристон применяется с препаратами, которые являются CYP3A4-субстратами (некоторые средства для лечения ВИЧ-инфекции, ловастатин, розувастатин и симвастатин, аторвастатин, фелодипин, нифедипин, амлодипин, дилтиазем, лозартан, апрепитант, эверолимус, вориконазол, астемизол, терфенадин, цизаприд, пимозид, хинидин) и имеют узкий терапевтический диапазон, в том числе некоторые вещества, используемые во время общей анестезии.

Антациды снижают биодоступность мизопростола. Антациды также могут замедлить всасывание диклофенака (Диклофенака натрия\*), применяемого с обезболивающей целью. Магнийсодержащие анта-циды усугубляют связанную с приемом мизопростола диарею. Таким образом, не рекомендуется применение мизопростола одновременно с магнийсодержащими антацидами.

### **Контроль за началом использования средств контрацепции**

Использование гормональной контрацепции может быть начато в день приема мизопростола, если это не было сделано в день приема мифепристона.

Чисто гестагенные ГК могут в дальнейшем быть причиной межменструальных кровотечений, что требует дифференциальной диагностики. Если другие причины этого явления отвергнуты, то для контроля за циклом можно использовать препараты, представленные в табл. 2.14.

Таблица 2.14

### **Методы контроля за кровопотерей при использовании чисто гестагенных гормональных контрацептивов**

Метод	Препарат	Доза	Режим	Длительность
Эстрогены.	17β-эстрадиол.	2 мг/сут.	Ежедневно.	7-14 дней.
КОК	С ББ2	30 мкг/сут	21+7	До 3 мес

НПВС	Индометацин	100 мг/сут.	Ежедневно	5-10 дней
	Ибупрофен	800 мг 3 раза в сутки.		
	Мефенаминовая кислота	500 мг 3 раза в сутки		
Антифибринолитики.	Транексамовая кислота	500-1000 мг 3 раза в сутки.	Ежедневно	5-10 дней.
Антибиотики	Доксициклин	100 мг 2 раза в сутки		

## Сроки очередного визита и рекомендации

После завершения наблюдения и при отсутствии побочных реакций или осложнений пациентку отпускают домой со всеми необходимыми инструкциями. Очередную явку назначают через 14-15 дней (считая со дня приема мифепристона). Пациентке следует сообщить, что при необходимости она может позвонить по указанным телефонным номерам или прийти к врачу в любой день до назначенной даты, в особенности при возникновении осложнений, требующих медицинской помощи, или вызвать скорую медицинскую помощь на дом, сообщив об этом факте своему врачу по телефону.

## Телефонный звонок или дополнительный визит

Телефонный звонок - неотъемлемая часть процесса качественного медицинского сервиса. Однако чем качественнее выполнено консультирование женщины перед МА, тем меньше лечащему врачу будет поступать телефонных звонков.

## Цели проверочных звонков

- Уменьшение тревожности пациентки по поводу симптомов.
- Определение необходимости в неотложной помощи или возможности отсроченного наблюдения.

Телефонное общение врача и пациента может приводить к увеличению числа медицинских ошибок (Barclay L. et al., 2005). В ситуациях, когда женщина предъявляет жалобы на выраженную кровопотерю (следует оценить ее объем, спросив о количестве использованных прокладок за определенный период времени), сильные (нестерпимые) боли внизу живота, а также других локализаций, которые не купируются анальгетиками, в том числе опиоидными, или имеются диарея, повышение температуры тела или другие симптомы инфекционного процесса, следует немедленно предпринять меры для госпитализации пациентки в стационар.

## Качество консультирования перед прерыванием беременности с помощью аудиовидеопрезентации

**Г.Б. Дикке, Е.Э. Плотко, ДМ Кочев, А.М. Кацай**

**Цели исследования:** улучшить качество консультирования пациенток и оценить удовлетворенность врачей содержанием аудиовидеопрезентации по стандартным вопросам, предоставляемым перед абортom.

## Материал и методы

*Дизайн:* многоцентровое проспективное простое когортное контролируемое исследование.

Перед исследованием врачи получили планшеты с аудиовидеозаписью презентации и необходимые инструкции по ее использованию.

Сбор информации по тестируемым вопросам осуществлялся с помощью специально разработанной анкеты для врачей, содержащей 20 вопросов. Было проанализировано 92 анкеты, из которых 62 содержали информацию о пациентках, прослушавших аудиовидеопрезентацию перед прерыванием беременности (основная группа) и 30 анкет - о пациентках, получивших только устную информацию от врача.

## Результаты

Все врачи выразили удовлетворенность качеством предоставленной в аудиовидеопрезентации информации. Время, затрачиваемое на прием одной пациентки, сократилось на 20 мин. Среднее количество вопросов, которые пациентки задавали врачу, составило 1,2. Вопросы носили уточняющий характер. Значительно сократилось количество телефонных звонков (в 12 раз) в период между приемом мизопростола и контрольным визитом. Количество выполненных дополнительных визитов сократилось в 4 раза, при том что в обеих группах не было отмечено ни одного осложнения, которое бы потребовало вмешательства врача.

Все пациентки выбрали плановый метод контрацепции (КОК и ВМС), использование которых было начато сразу после аборта (КОК начинали принимать в день приема мифепристона, ВМС вводили во время контрольного визита между 10-14-м днем после приема мифепристона), причем в первой группе их было 96,8%, во второй - 86,7%.

## Влияние консультирования на дополнительную активность пациенток и их приверженность назначениям врача

Показатель	1 (n=62), %	2 (n=30), %	p
Количество пациенток, позвонивших врачу между приемом мизопростола и контрольным визитом	3,2	40	<0,001
Количество пациенток, пришедших на дополнительный визит	3,2	13,3	<0,001
Количество пациенток, не явившихся на контрольный визит в назначенный день	25,5	46,7	<0,005
Количество осложнений	3,2	6,7	<0,05
Количество пациенток, выбравших плановый метод контрацепции и начавших его использовать сразу	96,8	86,7	<0,005

**Заключение.** Использование аудиовидеопрезентации для консультирования перед абортом позволяет улучшить ее качество и снизить время, затрачиваемое врачом на информирование пациентки по стандартным вопросам.

## Оценка эффективности медикаментозного прерывания беременности (контрольный осмотр)

Цель контрольного осмотра - констатация положительного исхода (полное прерывание беременности) и выявление возможных осложнений.

### Задачи контрольного визита

- Определение эффективности (подтверждение того, что аборт является полным).
- Констатация отсутствия осложнений (либо диагностика и лечение осложнений).
- Профилактика наступления новой нежелательной беременности (контроль за началом использования выбранного ранее метода контрацепции, или введение ВМС, или повторное обсуждение вопроса о контрацепции, если метод еще не выбран).

**Дополнительная цель** - обеспечение общего уровня охраны репродуктивного здоровья.

- Профилактика или диагностика и лечение ИППП.
- РАР-тест и обсуждение аномальных результатов.

### Сроки проведения контрольного осмотра

Контрольный визит проводится не ранее 14-го дня от приема мифепристона (рис. 2.7). Более ранняя оценка эффективности метода может привести к увеличению частоты ложного диагноза продолжающейся беременности или неполного аборта и неоправданных инструментальных вмешательств. Сроки контрольного визита определены в соответствии со средними сроками экспульсии плодного яйца: в течение первых 24 ч после приема мизопростола экспульсия плодного яйца происходит только у 70,5% женщин, к 14-му дню - у 99,4%.



Рис. 2.7. Схема и сроки наблюдения при выполнении медикаментозного аборта

## Методы контроля за эффективностью

- Клиническое обследование (обязательный метод).
- УЗИ, подтверждающее отсутствие плодного яйца в полости матки (рутинный метод).
- Определение  $\beta$ -ХГЧ (в сомнительных случаях).

Для контроля за эффективностью используются два метода из перечисленных выше, из них клиническое обследование является обязательным.

### Клиническое обследование

Для ответа на вопрос, прервалась ли беременность, необходимо в первую очередь оценить симптомы: кровотечение было в нормальном диапазоне и в целом снижается или кровотечения не было совсем или было только один день, и чувствует ли себя женщина хорошо или имеются симптомы беременности (чувствительность груди, тошнота или утренняя слабость, учащенное мочеиспускание, недомогание или усталость).

Далее выполняется общее клиническое обследование (измерение артериального давления, частота сердечных сокращений, температуры тела), проводятся пальпация живота, гинекологический осмотр (обращают внимание на характер и интенсивность кровянистых выделений, оценивают состояние шейки матки, размеры и консистенцию матки, придатков, проводят оценку болезненных ощущений во время гинекологического обследования).

### Ультразвуковое исследование

УЗИ используется для подтверждения положительного исхода МА (отсутствие плодного яйца в полости матки, а также его элементов при условии, что плодное яйцо находилось в матке до выполнения МА).

#### *Ультразвуковые критерии завершения МА*

- Отсутствие плодного яйца и его элементов в полости матки.
- Допускается наличие детрита (мелкие ворсины хориона, фрагменты децидуальной ткани, кровь, сгустки) в полости матки в различном количестве, что определяется по толщине М-эха до 15 мм, что не следует расценивать как неполный аборт при отсутствии клинической картины.

По данным Ch. Fiala (2005), экспульсия плодного яйца наступает после приема только мифепристона у 5% пациенток, в первые 6 ч после приема мизопростола - у 60-65%, в течение 24 ч - у 70,5%, после 24 ч - у 15%, к 14-му дню - у 99,4%. Экспульсия не происходит ко дню контрольного осмотра у 1-2% пациенток.

Источник KingMed.info

Экспертами ВОЗ было показано, что многократное УЗИ между приемом мифепристона и контрольным визитом не увеличивает эффективность МА, наоборот, раннее контрольное исследование отнесено к факторам риска хирургического завершения аборта.

Динамика опорожнения матки при МА имеет свои особенности в отличие от хирургического аборта.

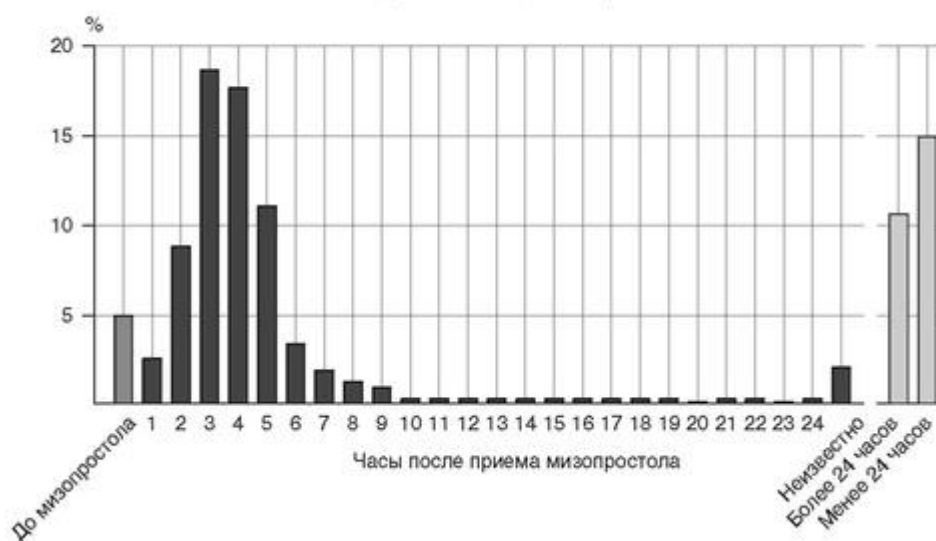
## Хирургический аборт

- Одномоментное инструментальное опорожнение полости матки.
- УЗ-контроль: отсутствие тканей гестации в полости матки.

## Медикаментозный аборт

- Постепенное опорожнение полости матки от тканей гестации (до 2 нед и более вплоть до очередной менструации).
- УЗ-контроль: наличие детритов полости матки в различном объеме.

**Сроки экспульсии плодного яйца при медикаментозном аборте (Fiala Ch., 2005)**



**Рис. 2.8.** Частота экспульсии плодного яйца из полости матки в первые и последующие сутки после приема мифепристона и мизопростола

### *Механизм действия препаратов*

Знание механизма действия препаратов является залогом правильной интерпретации клинических данных и результатов функциональных методов исследования (табл. 2.15).

Если при УЗИ плодного яйца в полости матки нет или оно погибло и отслоилось от стенок матки, можно говорить об эффективности мифепристона. Задержка плодного

яйца в полости матки или наличие значительного количества детрита или элементов хориона говорит о недостаточной сократительной активности мио-метрия.

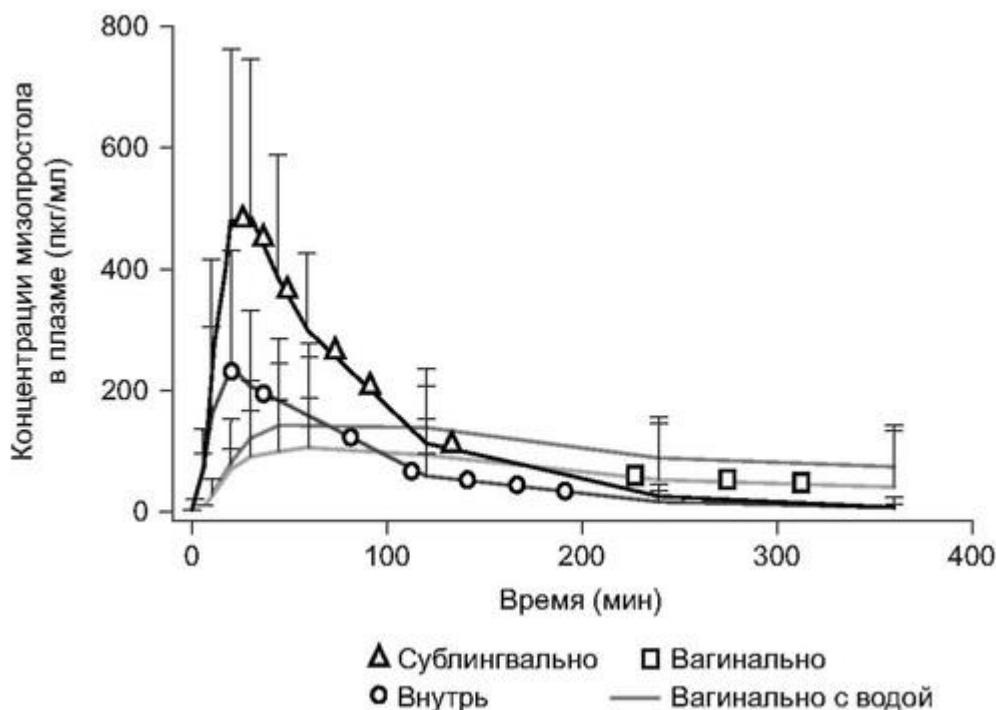
Таблица 2.15

## Механизмы действия мифепристона и мизопростола

Механизм действия мифепристона	Механизм действия мизопростола
<p>Вызывает конформационную перестройку рецепторов прогестерона и блокаду транскрипционных эффектов, что приводит к гибели плодного яйца и его отслойке от стенок матки.</p> <p>Способствует восстановлению чувствительности клеток миомерия к окситоцину и интерлейкину-1.</p> <p>Ингибирует влияние эстрогенов на матку.</p> <p>Приводит к релаксации шейки матки за счет изменения соотношения цАМФ/цГМФ.</p> <p>Повышает чувствительность к эндогенным простагландинам</p>	<p>Вызывает расширение шейки матки и усиление маточных сокращений, что способствует изгнанию плодного яйца из полости матки</p>

На сократительную активность матки, ее продолжительность и скорость опорожнения матки от продуктов гестации влияют:

- доза и путь введения мизопростола (рис. 2.9);
- заболевания и состояния, снижающие сократительную активность матки: старший возраст женщин, предыдущие самопроизвольные аборты, хронические воспалительные заболевания органов малого



**Рис. 2.9.** Средние концентрации в плазме мизопростоловой кислоты с течением времени (1 SD) (Tang O.S. et al., 2002)



таза (в том числе в анамнезе), многоплодная беременность, первая беременность, миома матки, рубец на матке, ожирение).

Анализ зарубежной литературы показал, что толщина эндометрия менее 15 мм свидетельствует о полном удалении плодного яйца и тканей гестации из полости матки после спонтанного аборта или МА.

### Лабораторные исследования

Применяются по показаниям в сомнительных случаях с помощью определения  $\beta$ -ХГЧ количественным методом в периферической крови или с использованием полуколичественного теста «Check4-ХГЧ (1000)» для определения завершения аборта. По показаниям также может быть выполнен общий анализ крови.

### Лабораторные критерии завершения МА

- Уровень  $\beta$ -ХГЧ снизился на 50% за 24 ч (при условии, что его содержание было определено перед выполнением аборта).
- Содержание  $\beta$ -ХГЧ ниже 1000 мЕД/л через 2 нед после приема мифепристона.

<b>Ультразвуковая картина полного медикаментозного прерывания беременности (наблюдения и фото автора)</b>	
	Пациентка А. УЗИ органов малого таза в день обращения в медицинскую организацию. Заключение: беременность 6 нед
	Пациентка А. УЗИ органов малого таза на 12-й день после МА. М-эхо толщиной 10 мм. Полость матки заполнена гипо- и гиперэхогенными включениями (детрит в небольшом количестве). Заключение: состояние после МА (полное завершение)

Принцип действия полуколичественного теста «Check4-ХГЧ (1000)» основан на определении уровня  $\beta$ -ХГЧ ниже или выше 1000 мЕД/л, о чем сигнализирует появление индикаторных полос в диагностическом окне - одной или двух соответственно.

## **Критерии полного медикаментозного прерывания беременности**

**Клиническая картина.** Отсутствие кровянистых выделений или скудные (мажущие) кровянистые выделения из половых путей.

**Объективное обследование.** Нормальные размеры и консистенция матки, отсутствие болезненных ощущений при осмотре.

**УЗИ.** Отсутствие плодного яйца в полости матки (при условии, что плодное яйцо находилось в матке до выполнения МА), М-эхо не более 15 мм.

**β-ХГЧ.** Менее 1000 мЕД/л.

**Заключение.** Состояние после медикаментозного прерывания беременности.

**Тактика.** Завершение наблюдения.

**Комментарии.** К 14-15-му дню медикаментозного прерывания беременности кровянистые выделения у большинства женщин прекращаются либо их объем становится незначительным. Скудные (мажущие) кровянистые выделения могут продолжаться до очередной менструации, что рассматривается как вариант нормы.

Во время контрольного визита с пациенткой необходимо продолжить обсуждение вопроса о контрацепции. Если пациентка выбрала ранее ГК, то следует выяснить, начала ли она их принимать, какова их переносимость (наличие побочных эффектов), ответить на вопросы, если потребуется.

Если при первичном консультировании пациентка выбрала внутриматочную контрацепцию (ВМС с медью или левоноргестрелом), то в день контрольного осмотра средство необходимо ввести при условии, что беременность прервалась. При необходимости ВМС может быть введена и раньше (между 3-м и 14-м днем после приема мифепристона) при соблюдении того же условия.

После осложненного МА или завершения НВ использование ВМС не показано. Предпочтительными методами контрацепции в этом случае следует считать ГК.

## **Ультрасонографическая толщина эндометрия после медицинского и хирургического прерывания беременности на ранних сроках**

**По материалам:** Reeves M.F. et al. Endometrial Thickness After Pregnancy Failure // Obstet. Gynecol. 2008. Vol. 111. N. 1. P. 106-112.

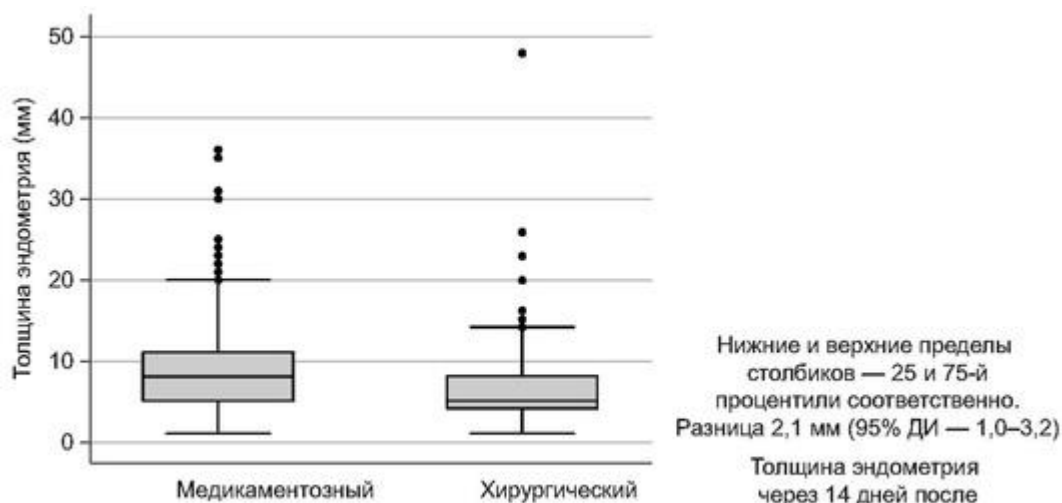
**Цель:** сравнить толщину эндометрия после медикаментозного и хирургического (Дик) прерывания ранней беременности и оценить прогностическое значение толщины эндометрия для последующего кюретажа.

**Дизайн:** рандомизированное сравнительное исследование.

**Материал:** 491 женщина получила мизопростол, 161 женщине выполнены Дик. Эндометрий оценивался через 2 и 14 дней (УЗ-измерение толщины эндометрия).

**Результаты:** средняя толщина эндометрия через 14 дней после лечения составила 9,0 мм для группы мизопростола и 6,9 мм - для группы кюретажа (разница 2,1 мм; 95% ДИ - 1,0-3,2).

После 2 и 14 дней после приема мизопростола 13 (3,8%) и 12 (3,2%) женщин соответственно впоследствии подверглись кюретажу. Женщины, которым потребовался кюретаж после успешного изгнания плодного яйца, имели значительно большую толщину эндометрия, чем те, кто в нем не нуждался: через 2 дня средняя разница составила 5,2 мм (95% ДИ - 1,6-8,8) и через 14 дней - 5,5 мм (95% ДИ - 2,3-8,8) после приема мизопростола. Тем не менее толщина эндометрия была плохим предиктором для последующего кюретажа, прогностическая ценность этого показателя оказалась менее 40%.



**Вывод:** толщина эндометрия не является полезным критерием для выбора хирургической тактики. Решение должно основываться на клинической картине.

## Оценка эффективности прерывания беременности с помощью определения содержания $\beta$ -ХГЧ

### Пример

Вопрос пациентки (из интернет-форума сайта [www.woman.ru](http://www.woman.ru)):

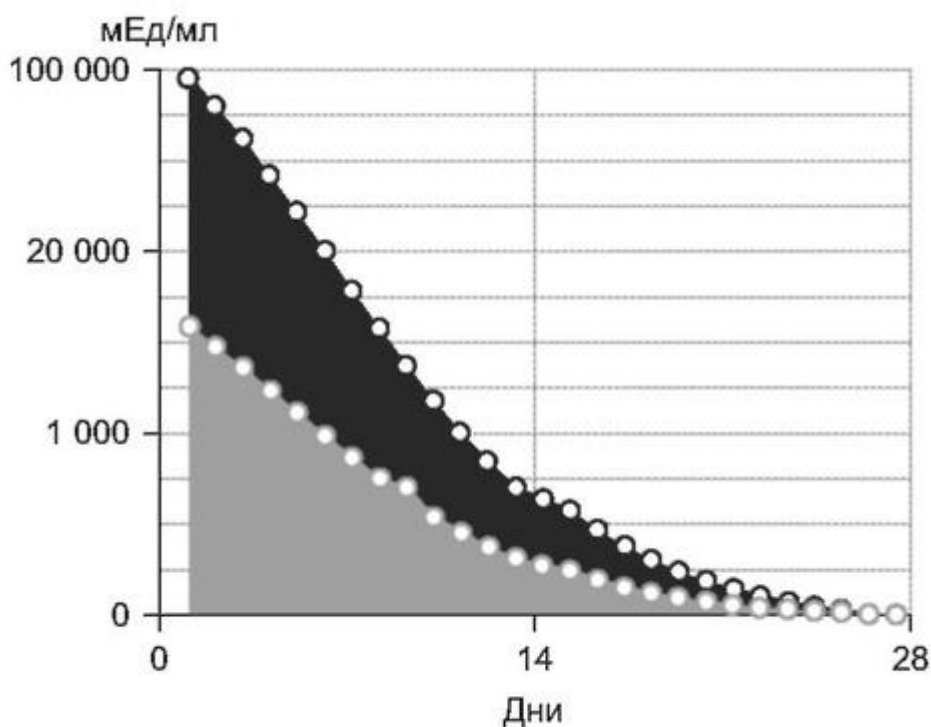
Здравствуйте!

4-го марта на 9 нед беременности был сделан аборт по медицинским показаниям. Прошло уже 4 нед, месячных до сих пор нет, с мужем не было полового контакта, но спустя 1,5-2 нед после аборта из груди появились белые выделения, и зачем-то я сделала 3 теста - и все положительные. И на данный момент тоже.

Может ли это означать, что беременность сохранилась?

## Динамика снижения $\beta$ -ХГЧ после прерывания беременности

Нами был проведен контроль за прерыванием беременности путем определения  $\beta$ -ХГЧ (Дикке Г.Б., Кутуева Ф.Р., 2012). Определено, что диапазон значения  $\beta$ -ХГЧ на 14-е сутки после приема мифепристона составляет от 3,1 до 366,0 мЕД/л (среднее значение -  $99,3 \pm 20,6$  мЕД/л).



Серым и темно-серым обозначен диапазон значений  $\beta$ -ХГВ

**Комментарии.** Современные экспресс-тесты на беременность (струйные, тест-планшеты или электронные) обладают высокой чувствительностью и реагируют на минимальное содержание  $\beta$ -ХГЧ в моче, поэтому для определения прерывания беременности не подходят, так как содержание гормона остается в пределах чувствительности теста вплоть до очередной менструации.

Следует предупреждать пациенток о нецелесообразности использования экспресс-тестов на беременность для контроля за прерыванием беременности.

## Полуколичественный тест для определения прерывания беременности «Check4-ХГЧ (1000)»

Данный тест подходит для определения прерывания беременности, так как реагирует только на значения  $\beta$ -ХГЧ выше 1000 мЕД/л (диагностический уровень продолжающейся беременности).

## III. Мероприятия по уходу за женщиной после аборта

Перед тем как покинуть медицинскую организацию после прерывания беременности и завершения наблюдения, женщины должны получить от врача инструкции о гигиеническом режиме, а также информацию и рекомендации в устной и письменной форме:

- сколько дней продлится кровотечение;
- когда начнется очередная менструация;
- как распознать возможные отдаленные осложнения, в том числе признаки продолжающейся беременности;
- когда женщина может возобновить нормальную деятельность (в том числе половую жизнь);
- куда обращаться за медицинской помощью, если требуется;
- женщинам, которые хотят снова забеременеть, следует рекомендовать предохраняться от беременности в течение одного цикла, а тем, у кого имели место осложнения, - 3-6 циклов, используя надежные методы контрацепции.

### **Восстановление менструального цикла после медикаментозного аборта**

Срок восстановления менструального цикла у 87% женщин составляет 35 дней. У небольшого количества женщин (13%) - в течение 65 дней.

### **Причины отсутствия менструации:**

- продолжающаяся беременность;
- новая беременность;
- внематочная беременность;
- трофобластическая болезнь;
- ранее имевшее место субклиническое нарушение овариально-менструального цикла;
- норма («немая менструация»).

### **Клиническая тактика при задержке очередной менструации:**

- исключение беременности;
- ожидание очередной менструации в следующем цикле;
- обследование на предмет выявления причин нарушений менструального цикла в третьем цикле после МА.

## **2.4. ДРУГИЕ ВОПРОСЫ, СВЯЗАННЫЕ С ПРЕРЫВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ**

В соответствии с п. 4 пп. 3 ст. 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» разглашение врачебной тайны без согласия пациента возможно по запросу органов дознания и следствия, суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством, по запросу органов прокуратуры в связи с осуществлением ими прокурорского надзора, по запросу органа уголовно-исполнительной системы в связи с исполнением уголовного наказания и осуществлением контроля за поведением условно осужденного, осужденного, в отношении которого отбывание наказания отсрочено, и лица, освобожденного условно-досрочно.

В отношении требований о сообщении факта беременности у несовершеннолетней женщины в правоохранительные органы законным такое сообщение является лишь при наличии запроса правоохранительных органов по конкретному человеку.

Судебная практика исходит из того, что требование передавать любые сведения обо всех больных наркоманией, несовершеннолетних беременных и так далее правоохранительным органам и прокуратуре незаконно, нарушает врачебную тайну и закон о персональных данных.

Нельзя также сообщать любые данные в Комитет по делам несовершеннолетних (такого исключения закон не предусматривает).

В соответствии с приказом Минздравсоцразвития России от 17.05.2012 № 565н «Об утверждении Порядка информирования медицинскими организациями органов внутренних дел о поступлении пациентов, в отношении которых имеются достаточные основания полагать, что вред их здоровью причинен в результате противоправных действий» медицинские организации передают сведения в территориальные органы МВД России по месту нахождения медицинской организации о поступлении (обращении) пациентов в случаях наличия у них следующих признаков причинения вреда здоровью в результате совершения противоправных действий:

- 1) признаков проведения вмешательства в целях ИПБ (аборта) вне медицинской организации, имеющей соответствующую лицензию;
- 2) признаков изнасилования и/или иных насильственных действий сексуального характера.

Медицинский работник передает информацию об этом в территориальный орган МВД России телефонограммой с последующим направлением в течение одного рабочего дня письменного извещения, подписанного руководителем медицинской организации или одним из его заместителей и заверенного круглой печатью медицинской организации.

Извещение должно содержать следующие сведения о пациенте: фамилию, имя, отчество, возраст (при наличии таких сведений); адрес регистрации по месту жительства либо по месту пребывания (при наличии таких сведений); дату, время поступления (обращения) пациента; характер имеющегося состояния, возможные его причины, степень тяжести состояния пациента.

В медицинской организации осуществляется ведение журнала регистрации сведений о фактах поступления (обращения) пациентов, в отношении которых имеются достаточные основания полагать, что вред их здоровью причинен в результате противоправных действий.

### **Гражданско-правовая ответственность врача и медицинской организации**

Гражданско-правовая ответственность в сфере медицинской деятельности наступает при нарушении медицинскими работниками своих профессиональных обязанностей, вследствие чего причиняется вред здоровью пациента. Если в основе правонарушения лежит преступление, то привлечение медицинского работника к уголовной ответственности не препятствует возможности требования со стороны пациента или его законных представителей гражданско-правового возмещения вреда.

Основными документами, составляющими нормативно-правовую базу, определяющую имущественную ответственность медицинских работников за совершение профессиональных правонарушений, являются:

- Гражданский кодекс РФ;
- Закон РФ от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей»;
- Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Правовым основанием гражданско-правовой ответственности в связи с причинением вреда здоровью пациента при ненадлежащем оказании медицинской помощи являются нормы гл. 59 ГК РФ «Обязательства вследствие причинения вреда». Так, ст. 1064 ГК РФ выражает принцип генерального деликта, согласно которому вред, причиненный субъекту гражданского права, подлежит возмещению в полном объеме лицом, причинившим вред; ст. 1068 ГК РФ предусматривает ответственность юридического лица за вред, причиненный его работником при исполнении трудовых обязанностей (специальный деликт).

Вместе с тем в медицинской деятельности при диагностировании и лечении часто используются предметы, вещества, представляющие собой источники повышенной опасности. К ним могут быть отнесены, в частности, рентгеновские и лазерные установки, сильнодействующие лекарственные препараты, некоторые методы

диагностики и т.п. Именно поэтому врач обязан заранее предупредить пациента о возможных последствиях медицинского вмешательства (диагностического или лечебного). Право на ИДС на медицинское вмешательство является одним из основных прав пациента и предусматривает добровольное принятие пациентом предложенного врачом варианта обследования и лечения, основанного на получении больным полной, объективной и всесторонней (исчерпывающей) информации о предстоящем вмешательстве, возможных осложнениях и альтернативных мероприятиях.

Это один из основных механизмов защиты прав не только пациента, но и врача. Согласие свидетельствует о том, что пациент не только активно участвует в процессе обследования и лечения, но и разделяет с врачом ответственность за медицинское вмешательство и его последствия для здоровья (не связанные с ненадлежащим выполнением своих обязанностей или ошибки врача).

Возложение ответственности на врача возможно только при отсутствии полученного надлежащим образом ИДС пациента.

## **2.5. ПЕРСПЕКТИВНЫЕ ПОДХОДЫ К МЕДИКАМЕНТОЗНОМУ ПРЕРЫВАНИЮ БЕРЕМЕННОСТИ (ПО ДАННЫМ ЗАРУБЕЖНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ)**

Современные тенденции в оказании медицинской помощи женщинам при нежелательной беременности и текущие клинические исследования за рубежом по этому вопросу широко обсуждаются на международных форумах по охране репродуктивного здоровья и в периодической печати.

Основная тенденция в мире состоит в **максимальном упрощении процедуры МА** без ущерба для ее эффективности и безопасности в целях увеличения ее доступности для всех нуждающихся в этой процедуре женщин не только в развивающихся странах с высокими показателями МС и ограниченными ресурсами, но и для всех стран мирового сообщества. Обсуждаемым вопросом является также сокращение расходов на проведение самой процедуры и последующего обслуживания.

**Клинические исследования** по совершенствованию протокола МА, проводимые в прошлые годы и в настоящее время, включают такие темы, как расширение сроков для МА в амбулаторных условиях, минимизация предварительного обследования, сокращение количества визитов к врачу, проведение процедуры аборта средним медицинским персоналом, прошедшим специальную подготовку, возможность открытой продажи мифепристона и мизопростола через аптеки, прием мизопростола на дому, замена УЗИ другими методами контроля за эффективностью, варианты самостоятельного контроля за эффективностью аборта и применение дистанционных технологий, которые направлены на достижение этих целей.



Важным результатом клинических исследований для практического здравоохранения стало то, что в 2016 г. FDA утвердило дополнительное приложение для мифепристона и мизопростола, согласно которому беременность может быть завершена на сроке до 70 дней или менее с первого дня последней менструации женщины. Одобренный режим дозирования включает прием в первый день 200 мг мифепристона внутрь, далее от 24 до 48 ч после приема мифепристона 800 мкг мизо-простола буккально и осуществление контроля за эффективностью медицинским работником в срок от 10 до 14 дней после приема мифепристона (FDA, 2016).

В нескольких работах было показано, что прошедшие специальную подготовку медицинские работники, не являющиеся врачами, могут также эффективно проводить лечение неполного аборта, тем самым расширяя сеть специалистов в этой области. В некоторых странах медицинские сестры, акушерки и другие медработники, не являющиеся врачами, но прошедшие специальную подготовку, уже применяют мизопропростол для лечения неполного аборта. Так, в публикации A. Dior и соавт. (2009) сообщается, что вскоре после начала исследования медработникам стало ясно, что благодаря МА удастся достичь высоких показателей эффективности, и этот метод не только предоставляет женщинам возможность получения медицинской помощи, но и повышает ее качество. Перегруженные доктора смогли на своем опыте убедиться в том, что у них снизился объем работы, по мере того как медицинские сестры/акушерки сами проводили обследование и лечение пациенток, обратившихся в учреждение. Контрольное обследование (при повторном посещении) пациенток также проводил средний медперсонал. Опыт, приобретенный в регионах с ограниченными ресурсами, показал, что для того чтобы убедиться в полном освобождении полости матки, достаточно собрать анамнез и провести медицинское обследование.

В то же время исследователи показали, что вполне допустимо позволить женщинам принимать мизопропростол дома. Schaff E.A. и соавт. (2000) в США провели несколько объемных клинических исследований, в результате которых был сделан вывод, что домашний прием мизопростола безопасен, эффективен и, более того, желателен для женщины. Одновременно исследования Population Council, проведенные в Тунисе и Вьетнаме, продемонстрировали, что домашний прием мизопростола приемлем и осуществим и в развивающихся странах. Таким образом, методика, позволяющая в качестве альтернативы домашний прием мизопростола, признана приемлемой, эффективной и безопасной, и, кроме того, она позволяет значительно снизить затраты на оплату работы персонала и повысить защищенность женщины, сохраняя ее право на анонимность и автономность. В США стандартная процедура МА во всех клиниках в настоящее время включает прием мизопростола в домашних условиях.

В ряде работ показана целесообразность замены рутинного контрольного УЗИ количественным определением  $\beta$ -ХГЧ. Некоторые исследователи считают, что

лабораторное исследование этого показателя может быть заменено самостоятельным тестированием в домашних условиях с помощью специального полуколичественного теста с низкой чувствительностью, который позволяет определить уровень  $\beta$ -ХГЧ ниже 1000 мМЕ/мл, что свидетельствует о полном прерывании беременности. Кроме того, изучена возможность использования тест-анкеты для самостоятельного контроля за течением и эффективностью МА в домашних условиях и применения современных технологий связи (телефона, СМС-сообщений, электронной почты) для контроля со стороны медицинского персонала и сокращения количества визитов в лечебное учреждение (Iyengar K. et al., 2015; Orpegaard K.S. et al., 2015; Paul M. et al., 2015; Platais I. et al., 2015).

Оптимальный метод для аборта в II триместре продолжает обсуждаться. Последние 10 лет ведется работа по улучшению технологии аборта с точки зрения эффективности, снижения осложнений, простоты выполнения, приемлемости.

Применение мизопростола для прерывания беременности, в том числе при внутриутробной гибели плода в III триместре, предусматривает введение мизопростола в дозе 25 мкг вагинально и далее в той же дозе каждые 6 ч или 25 мкг внутрь каждые 2 ч (без указания кратности применения) при ограничении методики при кесаревом сечении в анамнезе. Систематический обзор 14 исследований показал 100% эффективность в течение 48 ч при отсутствии разницы в вагинальном и оральном применении мизопростола (Gomez Poncede Leon R. et al., 2009).

Предварительное применение мифепристона за 24-48 ч и вагинальный путь введения мизопростола представляются более предпочтительными для завершения прерывания беременности в течение 24 ч при меньшем количестве побочных эффектов (Clouqueur E. et al., 2014). Обсуждается возможность пребывания в стационаре только один день (изгнание плодного яйца) при выполнении других подготовительных мероприятий в амбулаторных условиях (Dragoman M., 2014).

Б. Винникофф (Winikoff B., 2016) отмечает, что изменения, которые необходимо внести в инструкцию к мифепристону в соответствии с последними доказательными данными, занимают слишком много времени, препятствуя использованию новых достижений и лишь пролонгируя применение худших практик. Приведение инструкций в соответствие с новыми рекомендациями позволит повысить качество медицинской помощи женщинам при нежелательной беременности и снимет многие барьеры.

## Глава 3. ОСЛОЖНЕНИЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО АБОРТА

**Осложнение** - это патологическое состояние, присоединившиеся к основному заболеванию в связи с особенностями его патогенеза или как следствие проводившихся диагностических или лечебных мероприятий и требующее медицинского вмешательства для его купирования.

### 3.1. РАННИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО АБОРТА

Средняя частота ранних осложнений при медикаментозном аборте составляет 5% и колеблется в диапазоне от 2,7 до 7,2% по результатам исследований разных авторов (табл. 3.1).

Таблица 3.1

#### Частота ранних осложнений при медикаментозном аборте (Goldstone P. et al., 2012; Cleland K. et al., 2013; Gatter M. et al., 2015)

Осложнения	Частота осложнений, %
<i>Частые (&gt;1/100, но &lt;1/10)</i>	
Неполный аборт	
Кровотечение	
<i>Иногда встречающиеся (&gt;1/1000, но &lt;1/100)</i>	
Прогрессирующая беременность	0,50-0,60
<i>Редкие (&gt;1/10 000, но &lt;1/1000)</i>	
Инфекция	0,01-0,03
Аллергическая реакция	0,02-0,06
Гемотрансфузия	0,03-0,08
<i>Очень редкие (&gt;1/100 000, но &lt;1/10 000)</i>	
Недиагностированная эктопическая беременность	0,004-0,007
<i>Крайне редкие (&lt;1/100 000)</i>	
Летальный исход	0,0004-0,0007

### НЕПОЛНЫЙ АБОРТ

Неполный аборт - состояние, характеризующееся задержкой плодного яйца и/или других тканей гестации в матке. Различают неполный аборт неосложненный и осложненный, при которых врачебная тактика имеет различия.

**Эпидемиология.** С учетом таких проявлений неполного аборта, как кровотечение и инфицирование, - не более 3%.

**Этиология.** Недостаточный эффект от приема мизопростола вследствие недостаточной чувствительности рецепторов матки к нему, ригидность цервикального канала и недостаточное его раскрытие вследствие врожденных или приобретенных аномалий, заболевания матки, влияющие на ее сократительную активность.

**Коды по МКБ-10:** O04. Медицинский аборт. Включены: прерывание беременности: легальное, по медицинским показаниям.

O04.0. Неполный аборт, осложнившийся инфекцией половых путей и тазовых органов.

O04.1. Неполный аборт, осложнившийся длительным или чрезмерным кровотечением.

O04.2. Неполный аборт, осложнившийся эмболией.

O04.3. Неполный аборт с другими и неуточненными осложнениями.

O04.4. Неполный аборт без осложнений.

### **Неполный аборт без осложнений**

**Причины:** замедленная эвакуация плодного яйца и тканей гестации из полости матки.

Среди причин необоснованного диагноза неполного аборта (гипердиагностики) имеют место несоблюдение сроков контрольного осмотра, мониторинг процесса прерывания беременности с помощью частых (необоснованных) УЗИ, проведение доплеро-графии.

**Клиническая картина.** Отсутствие кровянистых выделений или скудные (мажущие) кровянистые выделения из половых путей, отсутствие признаков инфекции.

**Объективное обследование.** Отсутствие динамики размеров матки, матка безболезненна при пальпации.

**УЗИ.** Визуализация плодного яйца в полости матки без сердцебиения (задержка плодного яйца в полости матки) или визуализация одного-двух мелких фрагментов хориона, которые одним краем свисают в полость матки, а другим - прикреплены к одной из стенок матки

(задержка фрагментов хориона в полости матки) или М-эхо толщиной от 15 до 35 мм, неоднородное, заполненное эхопозитивными и эхонегативными включениями (наличие большого количества детрита в полости матки или гематометра).

**β-ХГЧ** в крови (количественным методом) или моче (полуколичественным методом) выше 500, но ниже 1000 мЕД/л.

**Диагноз.** Неполный МА без осложнений.

**Лечение.** При отсутствии выраженного кровотечения, признаков инфекции и желании женщины завершить аборт консервативно рекомендуется прием 400 мкг мизопростола под язык, или 600 мкг внутрь, или 800 мкг вагинально (при

Источник KingMed.info

необходимости возможно введение повторной дозы через 3 ч) и следующая явка через 7 дней. Если через 7 дней плодного яйца в полости матки нет - завершить наблюдение. Если плодное яйцо сохраняется в полости матки или в остальных случаях отсутствует динамика - выполнить ВА.

**Комментарии.** Решение об эвакуации содержимого полости матки при неполном аборте должно быть основано на клинических признаках и симптомах, а не на УЗИ-картине.

При визуализации мелких, не отделившихся фрагментов хориона во время контрольного УЗИ выполнение доплерографии и определение ЦДК в этом случае ведет к 100% гипердиагностике неполного аборта и даже постановке несуществующего диагноза «плацентарный полип». Проведение этого вида исследования (доплерографии) не является необходимым и отсутствует в протоколах ведения МА.

Визуализация детрита в полости матки в виде эхопозитивных и эхо-негативных включений на фоне расширенного М-эха является вариантом нормы и обусловлено постепенным, а не одномоментным (как при хирургическом аборте) высвобождением полости матки от тканей гестации.

### **Толщина эндометрия после медикаментозного аборта не является критерием прогнозирования последующего хирургического вмешательства**

**По материалам:** Reeves M.F. et al. Endometrial thickness following medical abortion is not predictive of subsequent surgical intervention // *Ultrasound Obstet. Gynecol.* 2009. Vol. 34. P. 104-109.

**Цель:** оценить прогностическую ценность толщины эндометрия после МА в определении потребности в последующей хирургической ревизии полости матки.

**Методы:** данные двух многоцентровых исследований с участием 2208 женщин, получивших мифепристон/мизопростол вагинально. УЗИ-контроль проводился на 10-й день после приема мифепристона. Все результаты УЗИ были разделены на группы по толщине эндометрия с шагом 5 мм от 10 до 30 мм.

**Результаты:** 1,6% женщин в последствии подверглись кюретажу. Среднее время между приемом мифепристона и кюретажем составило 24 дня (диапазон - от 6 до 67 дней).

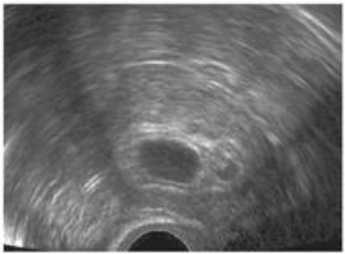

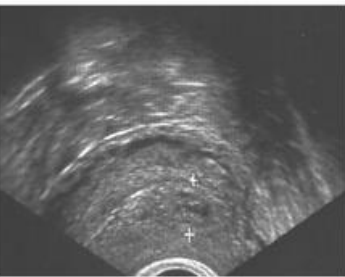
Средняя толщина эндометрия была 14,5 мм у женщин, перенесших кюретаж, и 10,9 мм у тех, которым эта процедура не потребовалась (разница 3,5 мм, статистически недостоверна; 95% ДИ - 1,8-5,3 мм).

Прогностическая ценность толщины М-эха для хирургической ревизии матки составила: положительная - 25% (95% ДИ - 0,63-80,6), отрицательная - 97% (95% ДИ - 94,8-98,5).

Чувствительность + специфичность / 2 для значения толщины М-эха была ниже 0,6.

**Вывод:** толщина эндометрия не является клинически полезным прогностическим фактором для определения необходимости в инструментальной ревизии полости матки после МА.

Замедленная эвакуация детрита из полости матки может быть связана с перенесенными ранее воспалительными заболеваниями, миомой матки и другими заболеваниями и состояниями, сопровождающимися снижением сократительной активности матки, или недостаточным раскрытием, или быстрым закрытием внутреннего зева шейки матки (первобеременные, аномалии шейки матки врожденные или приобретенные). При этом возможно пролонгирование скудных кровянистых выделений из половых путей вплоть до очередной менструации, что расценивается как вариант нормы. Адекватная оценка ультразвуконографической картины в этом случае соответствует заключению «состояние после МА».

Варианты ультразвунограмм после медикаментозного аборта (наблюдения автора)	
	Пациентка Б. 14-й день после МА. В полости матки визуализируется плодное яйцо без сердцебиения. Заключение: состояние после МА. Неполный аборт (задержка плодного яйца в полости матки)
	Пациентка С. 11-й день после МА. Полость матки расширена до 16 мм, заполнена неоднородным содержимым. По задней и правой боковой стенкам визуализируются участки повышенной эхогенности размером 15×9 и 10×6 мм, интимно связанные со стенкой матки. Заключение: состояние после МА. Задержка фрагментов хориона в полости матки
	Пациентка Д. 13-й день после МА. Полость матки расширена до 16 мм, заполнена неоднородным содержимым. Заключение: состояние после МА. Детрит в полости матки

## Морфометрические показатели эндометрия после медикаментозного аборта

### Изменения в эндометрии под действием мифепристона:

- развитие дегенеративных изменений железистых клеток;
- активация эндометриальной стромы (пролиферация, васкуляризация, отек);
- увеличение числа рецепторов эстрогенов, что связано с блокадой ингибирующего действия прогестерона на их образование.

В связи с наличием большого количества детрита в полости

матки могут происходить нарушения процессов секреторной трансформации

эндометрия во вторую фазу менструального цикла, и поэтому следует усилить лютеиновую фазу цикла гестагенами:

- дидрогестероном по 10 мг 2 раза в сутки; или
- норэтистероном по 5 мг в сутки с 16-го по 25-й день индуцированного менструального цикла.

### **Показания к назначению гестагенов**

- Констатация изменений срединных маточных структур (размеры полости матки) на контрольных ультрасонограммах (толщина М-эха более 15 мм, наличие гипо- и гиперэхогенного содержимого).
- Наличие факторов риска нарушений репродуктивной функции:
  - указания на специфические генитальные инфекции;
  - нарушения менструального цикла;
  - привычное невынашивание;
  - недостаточность лютеиновой фазы цикла;
  - перенесенные ранее операции на придатках;
  - инфекции мочевыводящих путей;
  - иммунодефицитные состояния.

Кроме того, следует рассмотреть вопрос о необходимости назначения антибактериальной терапии с учетом факторов риска инфекционных осложнений.

### **Неполный аборт, осложнившийся инфекцией половых путей и тазовых органов**

#### **Классификация неполного инфицированного аборта**

- Неосложненный (инфекция локализуется в матке - острый послеабортный эндометрит, метроэндометрит).
- Осложненный (инфекция не выходит за пределы малого таза - пельвиоперитонит).
- Септический (процесс принимает генерализованный характер - разлитой перитонит, септицемия, септикопиемия, инфекционно-токсический шок).

#### **Диагностика**

**Клиническая картина.** Наличие кровотечения и/или признаков инфекции (ноющие или схваткообразные боли внизу живота, кровянистые, мутные, с запахом выделения).

**Объективное обследование.** Матка несколько увеличена, мягкая, болезненна при пальпации.

### **Функциональные и лабораторные исследования**

**УЗИ.** Визуализация плодного яйца в полости матки без сердцебиения или большого количества детрита с фрагментами или без фрагментов хориальной ткани.

**β-ХГЧ** в крови (количественным методом) или моче (полуколичественным методом) выше 500, но ниже 1000 мЕД/л.

**Лечение.** ВА в условиях стационара. При инфицированном аборте - антибактериальная терапия в соответствии с общепринятыми стандартами. Антианемическая терапия - по показаниям.

После хирургического завершения МА выполнение морфологического исследования удаленных тканей является обязательным.

### **Гипердиагностика неполного аборта**

#### **Факторы, которые необходимо учитывать при диагностике неполного аборта**

- Сроки контрольного осмотра.
- Данные УЗИ в сопоставлении с клинической картиной.

#### **Причины гипердиагностики неполного аборта**

- Выполнение контрольного УЗИ ранее 10-14-х суток после приема мифепристона.
- УЗ-мониторирование (многократное УЗИ после приема препаратов).
- Выполнение доплерографии.
- Визуализация содержимого матки (М-эхо) без оценки клинических симптомов.
- Переоценка данных УЗИ и недооценка клинических данных.

Выполнение контрольного УЗИ ранее 10-14-х суток после приема мифепристона и визуализация отслоившегося плодного яйца, фрагментов хориона или большого количества детрита без оценки клинических симптомов ведет к гипердиагностике неполного аборта.

#### **Дифференциальная диагностика**

- Наличие отслоившегося плодного яйца и тканей гестации в любом количестве, которые визуализируются **ранее сроков контрольного осмотра** (ранее 10-14-х суток после приема мифепри-стона), и отсутствие выраженного кровотечения или признаков инфицирования следует расценивать как нормальное течение МА (аборт



«в ходу»). Медикаментозная поддержка возможна назначением мизопростола. Хирургическое вмешательство не показано.

- Наличие тканей гестации в любом количестве, которые визуализируются ранее сроков контрольного осмотра, при выраженном кровотечении или признаках инфицирования следует расценивать как осложненный неполный МА. Показано хирургическое вмешательство в условиях стационара.
- Наличие отслоившегося плодного яйца и тканей гестации в любом количестве, которые визуализируются **в сроки контрольного осмотра**, при отсутствии выраженного кровотечения или признаков инфицирования следует расценивать как неполный неосложненный аборт. Завершение беременности возможно в амбулаторных условиях с помощью мизопростола или ВА (по желанию женщины). При неполном неосложненном аборте выполняется прием в присутствии врача 600 мкг мизопростола внутрь, или 400 мкг сублингвально (под язык), или 800 мкг - вагинально однократно. При необходимости возможно повторное применение мизопростола в тех же дозах (до 2 раз).

### **Как расценивать случаи диагностики «плацентарного полипа» после медикаментозного аборта во время контрольного осмотра (10-14-е сутки после приема мифепристона)?**

Плацентарный полип (*polypus placentalis*) - участок плацентарной ткани, задержавшийся в полости матки после аборта или родов и подвергшийся организации. Он преимущественно состоит из некротизированных и гиалинизированных ворсин хориона.

Частота плацентарного полипа составляет менее 0,25% всех беременностей.

Плацентарный полип относится к поздним осложнениям, которые диагностируют **через 1 мес и более после родов/аборта**. Именно поэтому на 10-14-е сутки после МА, когда проводится контрольное УЗИ, нельзя говорить о наличии плацентарного полипа.

Иногда на фоне расширенного М-эха и детрита определяется фрагмент (или несколько фрагментов) хориальной ткани в виде небольшого объемного образования, похожего на полип, интимно связанного с одной из стенок матки и свободно свисающего в полость матки другим краем (что и способствует постановке ложного диагноза «плацентарный полип»). В этом случае правильнее сделать заключение «фрагменты хориальной ткани после медикаментозного аборта», что связано с более медленным их отделением от стенок матки и эвакуацией из ее полости. Самостоятельное выделение тканей гестации в подобных ситуациях вполне возможно без инструментального вмешательства при выжидательной тактике. Пока

Источник KingMed.info

неотделившийся фрагмент хориона не организовался, его отделение и эвакуация не только возможны, но обычно и происходят самостоятельно. Именно этим обусловлен срок постановки диагноза плацентарного полипа - не ранее 1 мес.

В ряде случаев врачи сообщают о проведении доплерографии и наличии кровотока в этих участках, что окончательно убеждает их в «правильности» этого ошибочного диагноза. Следует обратить внимание практических врачей и на то, что ни в одном руководстве по МА доплерография не рекомендуется как метод оценки эффективности прерывания беременности.

При задержке элементов хориона возможны назначение мизопро-стола и УЗ-контроль после очередной менструации. Как правило, они эвакуируются самостоятельно.

При выраженном кровотечении или признаках инфекции на фоне оставшихся фрагментов хориона в полости матки следует ставить диагноз «неполный аборт, осложнившийся...», и в этом случае показано хирургическое вмешательство независимо от срока, прошедшего после приема таблеток.

## **ДЛИТЕЛЬНОЕ ИЛИ МАССИВНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ, ВЫЗВАННОЕ АБОРТОМ**

Кровотечение во время аборта следует расценивать как патологическое, если потеря крови составляет 250 мл и приводит к значимому снижению уровня гемоглобина.

**Код по МКБ-10:** O08.1. Длительное или массивное кровотечение, вызванное абортом.

**Эпидемиология.** Частота сильного кровотечения, требующего инструментальной ревизии полости матки, составляет 0,23-2,6% (1,4% - при сроке до 49 дней аменореи; 2,6% - до 63 дней амено-

реи). Частота кровотечения, требующего переливания крови (500 мл и более), составляет 1 случай на 1000. Гистерэктомия выполняется в 1,4 случаях на 10 тыс.

**Этиология.** Причины кровотечения при медикаментозном аборте те же, что и при хирургическом (табл. 3.2).

*Таблица 3.2*

### **Причины кровотечения при выполнении аборта различными методами**

Метод	Медикаментозный	Хирургический
Неполный аборт	1-2,9%	2,5%
Продолжающаяся беременность	1-2%	<1%
Инфекция	0,09-0,5%	0,2-5,4%
Гематометра	2-4%	11-16,5%

Кроме того, среди причин кровотечения отмечают гипотонию матки (52%), коагулопатию (5%), болезнь Виллебранда (20%), аномалии и нарушения

прикрепления плаценты (17%), внематочную (шеечную) беременность (0,3-0,4%), артериовенозную мальформацию (редко).

ДВС-синдром является редким осложнением аборта (3,3 на 100 тыс.) и может происходить либо в результате кровотечения, либо по неизвестным причинам (эмболия).

**Клиническая картина.** Характеризуется кровотечением из половых путей, и в зависимости от этиологии может быть непрерывным или с эпизодами снижения объема кровопотери и возобновлением его интенсивности, сопровождается схваткообразными болями внизу живота или без них. При значительной кровопотере отмечается бледность кожного покрова.

### **Признаки патологической кровопотери**

- Отхождение сгустков размером больше, чем мяч для гольфа (38 мм), продолжительностью 2 ч и более.
- Пропитывание больше чем двух больших гигиенических прокладок в час в течение 2 ч подряд.
- Сильное кровотечение в течение 24 ч подряд (10 прокладок).
- Кровотечение, продолжающееся более 7 дней, без тенденции к уменьшению (30 прокладок).
- Кровотечение, приводящее к значимому снижению уровня гемоглобина.

### **Диагностика**

**Анамнез.** Отмечают симптомы, характерные для беременности и ее прерывания.

**Общий осмотр.** Состояние больной чаще удовлетворительное, могут иметь место признаки анемии (в зависимости от интенсивности кровотечения), живот мягкий, болезненный в нижних отделах при отсутствии симптомов раздражения брюшины.

**Гинекологическое обследование.** Увеличение матки соответственно сроку беременности или размер матки несколько уменьшен (при изгнании плодного яйца).

**Объективная картина.** Зависит от стадии аборта и степени кровопотери.

Определение объема кровопотери представляет определенные трудности, поскольку методов объективной оценки его не существует. При медикаментозном аборте объем теряемой крови следует определять по количеству использованных прокладок, ориентируясь при этом на объем крови, впитываемый одной прокладкой, учитывая маркировку на упаковке в виде капель (одна капля - 2 мл), то есть если на упаковке указано 5 капель - прокладка впитывает 10 мл крови. Следует также иметь в виду, что при умеренном или скудном количестве выделений женщина из гигиенических

соображений может менять прокладки чаще, чем они полностью пропитаются кровью, что необходимо уточнять при опросе.

При дифференциальной диагностике кровотечения (как ожидаемого побочного эффекта) от обильного кровотечения учитывают следующие данные: субъективную оценку самой женщины (на основании сравнения с объемом кровопотери во время менструации), использование шкалы Higham (табл. 3.3) и клинические данные (объем или длительность кровотечения, значимое изменение гемоглобина или наличие признаков тяжелой анемии: головокружения, потери сознания, бледности кожного покрова).

Таблица 3.3

### Шкала Higham для оценки объема кровопотери

Критерий	1	2	3	4	5	6	7	8	Баллы
Количество использованных прокладок									
Наличие сгустков крови									
Итого баллов									

Каждая замена прокладки должна отмечаться в ячейке соответствующего дня цикла. Замена прокладки средней впитываемости (маркировка - 2-3 капли: 4-6 мл) 1 раз в день - 5 баллов, соответствует критерию А (минимуму); пятикратная замена (20-30 мл) - 25 баллов, соответствует критерию В (среднему значению); 20-кратная (80-120 мл) - 100 баллов, соответствует критерию С (максимуму). Кровопотерю более 20 баллов можно расценивать как патологическую.

По окончании менструации достаточно суммировать баллы для установления окончательной оценки. Такая диаграмма может достигать уровня 100 баллов, соответствуя менструальной кровопотере свыше 80 мл крови. Подобный подсчет достаточно прост и удобен как для ретроспективной, так и для проспективной оценки и позволяет достовернее выявлять характер меноррагий.

Индекс Higham 150 пунктов позволяет определить группу лиц, нуждающихся в лечении.

В то же время, если основываться лишь на одном опросе, примерно 20% женщин с кровопотерей свыше 80 мл считают свои месячные нормальными, и наоборот, 20% пациенток, теряющих только 30 мл крови, расценивают их как патологические. Кровопотерю более 100 баллов можно расценивать как патологическую.

**Лабораторные исследования.** В общем анализе крови отмечаются снижение гемоглобина, гематокрита, эритроцитов, незначительный лейкоцитоз без сдвига формулы влево, увеличение скорости оседания эритроцитов. Определяют количество тромбоцитов, параметры свертывающей системы крови, при известной врожденной аномалии системы гемостаза определяют уровень дефицита соответствующего фактора свертывания крови (например, фактора Виллебранда). При наличии

признаков геморрагического шока и для оценки его тяжести и тканевой гипоксии определяют кислотно-основное состояние (КОС), газовый состав крови, уровень лактата в плазме, биохимические параметры, электролиты, проводят анализ мочи.

**УЗИ.** Определяют наличие остатков плодного яйца и других тканей гестации в полости матки или их отсутствие.

**β-ХГЧ** в крови (количественным методом) или моче (полуколичественным методом): выше 1000 мЕД/л - при наличии жизнеспособного эмбриона в полости матки и ниже - при его отсутствии, если со дня приема мифепристона прошло 14 дней и более, либо вариабельно - при меньшем сроке до контрольного исследования.

**Показания к консультации других специалистов.** Консультация гематолога показана при подозрении на аномалии системы гемостаза.

**Дифференциальная диагностика.** Проводят с перфорацией матки или разрывом шейки матки при ранее выполненной инструментальной ревизии полости матки, рождающимся миоматозным узлом, раком матки и шейки матки.

**Лечение.** *Цель лечения* - остановка кровотечения.

**Показания к госпитализации.** Все случаи неполного аборта, осложнившегося длительным или чрезмерным кровотечением.

**Немедикаментозное лечение.** Массаж матки во время бимануального исследования.

**Медикаментозное лечение.**

**Утеротоники.** *Метилэргометрина малеат* в дозе 200 мкг внутримышечно или 0,05-0,1 мг внутривенно. Повышает тонус и сократительную активность миометрия. Оказывает слабое действие на периферические сосуды, практически не повышает артериальное давление. Терапевтическое действие после внутривенного введения проявляется через 30-60 с, после внутримышечного - через 2-5 мин. Действие препарата продолжается 3 ч и более после внутримышечного и до 2 ч после внутривенного применения. Эффективна комбинация с окситоцином. Частота введения является спорной, и в случае серьезных кровотечений возможно введение повторных доз каждые 5 мин, максимум - 5 доз.

*Мизопростол* является эффективным утеротоником в случаях постабортного кровотечения в дозе от 800 до 1000 мкг внутрь или под язык.

*Окситоцин.* В I триместре эффективность низкая (так как мало рецепторов к окситоцину). Как правило, вводят 10 ЕД внутримышечно или от 10 до 40 ЕД внутривенно.

**Вазопрессин.** Его сосудосуживающие свойства могут помочь в борьбе с кровотечением при введении интраили парацервикально. Назначают в дозе 0,3 мкг/кг массы тела в сутки. Можно вводить подкожно или внутривенно капельно, предварительно растворив в физиологическом растворе. Внутривенно препарат вводят медленно, в течение 15-30 мин. Повторное введение препарата возможно не ранее чем через 48 ч. Вазопрессин имеет гемостатический (кровоостанавливающий) эффект за счет спазма мелких сосудов, а также за счет повышения секреции из печени, где находятся  $V_{1A}$ -рецепторы, некоторых факторов свертывания крови, в особенности фактора VIII (фактор Виллебранда) и уровня тканевого активатора плазмина, усиления агрегации тромбоцитов.

**Ингибиторы фибринолиза.** *Транексамовая кислота* специфически ингибирует активацию профибринолизина (плазминогена) и его превращение в фибринолизин (плазмин), обладает местным и системным гемостатическим действием при кровотечениях, связанных с повышением фибринолиза (патология тромбоцитов, меноррагии). Дозирование: при маточном кровотечении назначают по 1,0-1,5 г 3-4 раза в сутки в течение 3-4 дней; при кровотечении на фоне болезни Виллебранда и других коагулопатий - по 1,0-1,5 г 3-4 раза в сутки в течение 3-10 дней. При одновременном применении с гемостати-ческими препаратами и гемокоагулазой возможна активация тромбо-образования. Пациентам с нарушениями функций почек необходима коррекция режима дозирования.

**Инфузионная терапия.** При продолжающемся кровотечении выполняют катетеризацию вены. Проводится инфузионная терапия (эритроциты, свежезамороженная плазма, криопреципитат, тромбоциты). Кровопотеря 500 мл и более является показанием к переливанию кровезаменителей и крови. При геморрагическом шоке проводят интенсивное лечение в соответствии с общими принципами и мерами, принятыми в акушерстве.

**Хирургическое лечение.** ВА выполняется в случае сохранения тканей гестации в полости матки или при гематометре.

Интенсивные меры, такие как эмболизация маточных артерий, лапароскопия, лапаротомия и удаление матки, могут быть необходимы в том случае, если первичные и вторичные меры лечения безуспешны в борьбе с кровотечением.

Лапаротомия также показана в случаях подтвержденной травмы внутренних органов (кишечника).

Решение о гистерэктомии должно быть сделано с учетом тяжести кровотечения и возможности стабилизировать пациента с использованием временных мер, таких как переливание крови и эмболизация маточных артерий. В конечном счете удаление

матки является окончательным для лечения массивного кровотечения и должно быть выполнено быстро, когда все другие методы лечения оказались неэффективными.

**Эффективность.** Эффективность утеротоников составляет 41%, эмболизация маточных артерий - 100%. В редких случаях приращения плаценты на ранних сроках беременности эмболизация маточных артерий является успешным в 43% случаев, в остальных - необходима гистерэктомия.

## ГЕМАТОМЕТРА

Гематометра (*haematometra*) имеет два определения.

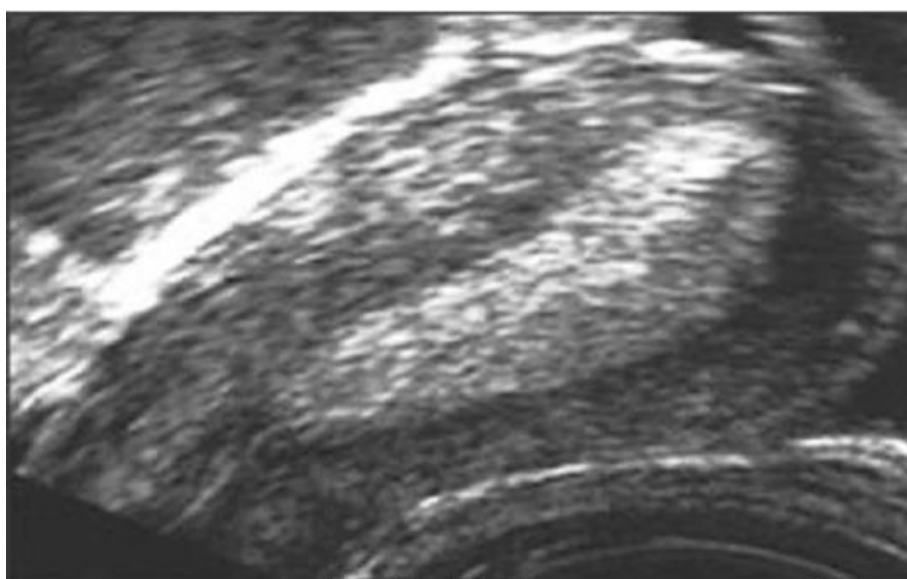
1. Скопление менструальной крови в матке, обусловленное нарушением ее оттока (например, при атрезии цервикального канала).
2. Аномально сильное маточное кровотечение независимо от его причины.

**Эпидемиология.** Встречается с частотой 2-4%.

**Этиология.** Присутствие крови в полости матки после МА обусловлено недостаточным эффектом простагландина на сократительную активность миометрия, что было показано в экспериментальных исследованиях.

Данное осложнение развивается в 1,8 раза реже, чем при хирургических способах выполнения аборта, и несколько чаще у первобеременных по сравнению с повторнобеременными рожавшими женщинами, что, вероятно, обусловлено особенностями сокращения внутреннего маточного зева у нерожавших женщин.

**Диагностика** основывается на данных клинической картины, объективного исследования и УЗИ (толщина М-эха более 15-16 мм с наличием эхопозитивных и эхонегативных включений) (рис. 3.1).



**Рис. 3.1.** Ультрасонограмма пациентки N, 20 лет. М-эхо толщиной 22 мм. Полость матки заполнена гипэхогенным содержимым с наличием эхопозитивной взвеси.

Заключение: состояние после медикаментозного аборта. Наличие большого количества детрита в полости матки (гематометра) (из материалов Ipras)

**Дифференциальная диагностика** проводится с неполным абортом и основывается на отсутствии плодного яйца и фрагментов хориона в полости матки по данным УЗИ.

**Лечение.** При отсутствии выраженного кровотечения, признаков инфекции и желании женщины завершить аборт консервативно рекомендуют прием 400 мкг мизопростола под язык, или 600 мкг внутрь, или 800 мкг вагинально и назначают следующую явку через 7 дней. Дальнейшая тактика зависит от динамики клинической картины.

При наличии патологической кровопотери - ВА в условиях стационара. Антианемическая терапия - по показаниям.

При инфицированном аборте - антибактериальная терапия в соответствии с общепринятыми стандартами.

## **РЕДКИЕ ПРИЧИНЫ КРОВОТЕЧЕНИЯ ВО ВРЕМЯ АБОРТА**

### **Аномалии прикрепления плаценты в I триместре**

Приращение, врастание или прорастание плаценты в I триместре беременности встречается крайне редко и трудно поддается идентификации. Только несколько случаев проявляющегося при визуализации во время ультразвукового сканирования в виде массы в стенке матки были опубликованы.

**Классификация.** Как и после родов, выделяют различные виды врастания хориона в I триместре беременности, классифицируемые гистологически по глубине проникновения хориальных ворсин в миометрий: приращение плаценты - *placenta accreta* (поверхностная инвазия), врастание - *placenta increta* (глубокая инвазия) и прорастание - *placenta percreta*. Наиболее редкой и тяжелой формой является *placenta percreta*, которая обнаруживается в 5-7% всех вариантов врастания плаценты. В России и за рубежом *placenta percreta* трактуется как инфильтрация ворсинами всей толщи миометрия, нарушение целостности серозной оболочки и повреждение соседних органов.

**Эпидемиология.** Сведений о частоте врастания плаценты в I триместре нет. После родов - 1 на 2500-7000 родов. За последние 50 лет отмечен 10-кратный рост числа пациенток с врастанием плаценты. Многими авторами отмечена корреляция между ростом числа и увеличением количества кесаревых сечений.

**Клиническая картина.** Большинство пациентов с приращением плаценты испытывают вагинальные кровотечения во время или после беременности.



**Диагностика.** В диагностике этой патологии используют данные УЗИ, цветовой доплерометрии и магнитно-резонансной томографии. По данным УЗИ можно заподозрить патологию прикрепления хориона по наличию кистозной массы в стенке матки.

**Лечение.** В публикациях сообщают об успешном удалении ткани хирургическим путем, транскатетерной артериальной химиоэмболизацией.

## Клиническое наблюдение

### Приращение плаценты с отсроченным кровотечением

**По материалам:** Lim S., Ha S.Y., Lee K.B., Lee J.S. Retained placenta accreta after a first-trimester abortion manifesting as an uterine mass // Obstet. Gynecol. Sci. 2013. Vol. 56. N. 3. P. 205-207.

У пациентки, поступившей в клинику, наблюдалось выраженное кровотечение.

Из анамнеза установлено, что пациентка перенесла аборт в I триместре 3 года назад и в течение этих 3 лет у нее были регулярные месячные.

Первоначально подозревали рак эндометрия или миому матки с некрозом узла.

После кюретажа матки, гистерэктомии и морфологического исследования удаленных тканей поставлен диагноз «приращение плаценты» (рис. 3.2, 3.3, см. цв. вклейку).

## Клиническое наблюдение

### Врастание плаценты

**По материалам:** Takeda A., Koyama K., Imoto S. Conservative management of placenta increta after first trimester abortion by transcatheter arterial chemoembolization: a case report and review of the literature // Arch. Gynecol. Obstet. 2010. Vol. 281. N. 3. P. 381-386. У 27-летней женщины в анамнезе три беременности и одни роды (кесарево сечение и два аборта).

Настоящая беременность была замершая, завершившаяся хирургически (кюре-таж). Через 8 нед после выскабливания - кровотечение.

**Данные УЗИ:** локализованные гетерогенные массы в миометрии в фундальной части матки.

Повышенное содержание в сыворотке крови  $\beta$ -ХГЧ, что указывало на присутствие остаточной плацентарной ткани.

**Диагноз** «плацента *increta* после аборта в I триместре».

Выполнена транскатетерная артериальная химиоэмболизация с дактиномицином для достижения немедленного гемостаза и цитотоксического воздействия на ткани плаценты.

Источник KingMed.info



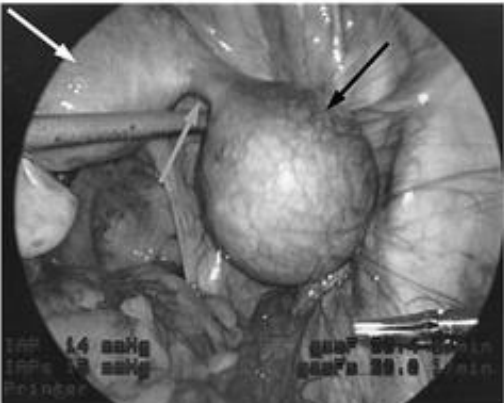
Через 20 дней после химиоэмболизации значение сыворотки  $\beta$ -ХГЧ снизилось до нормального уровня, а масса, характеризующая поражение матки, исчезла по УЗИ без осложнений.

## Клиническое наблюдение

### Беременность в рудиментарном роге с приращением плаценты

**По материалам:** Oral B., Guney M., Ozsoy M., Sonal S. Placenta accreta associated with a ruptured pregnant rudimentary uterine horn. Case report and review of the literature // Arch. Gynecol. Obstet. 2001. Vol. 265. N. 2. P. 100-2.

Беременность в зачаточном роге матки в 14 недель. Пациентка поступила с признаками массивного гемоперитонеума. Экстренная лапаротомия выявила разрыв зачаточного рога матки при двурогой матке, где находилась беременность.

	УЗИ: внематочная беременность в правом рудиментарном роге
	Магнитно-резонансная томография — черная стрелка — правый рог, содержащий плодное яйцо; белая стрелка — левый рог матки; серая стрелка — группа ткани, соединяющая рога матки
	Лапароскопия: черная стрелка — правый рог, содержащий плодное яйцо; белая стрелка — левый рог матки; серая стрелка — группа ткани, соединяющая рога матки

## **Артериовенозная мальформация сосудов матки**

Артериовенозная мальформация (АВМ) - патологическая связь между венами и артериями (рис. 3.4, см. цв. вклейку), обычно врожденная. Эта патология широко известна из-за ее возникновения в ЦНС, но она может сформироваться в любом месте организма.

**Эпидемиология.** АВМ матки является очень редким заболеванием, но потенциально опасным для жизни источником кровотечения.

**Этиология.** Существуют два различных типа АВМ матки. Это врожденные аномалии развития тазовых органов с сосудистыми изменениями и приобретенные в результате травмы или болезни (например, после кесарева сечения, миомэктомии, кюретажа, использования внутриматочных контрацептивов, осложненной беременности, трофобластической болезни, атипичного развития аденомиоза).

В артериовенозных мальформациях чаще всего отсутствует капиллярная сеть, вследствие чего осуществляется прямое шунтирование крови из артериального бассейна в систему поверхностных и глубоких вен.

**Клиническая картина.** Клинические симптомы АВМ матки различны - от случайных ультразвуковых находок до спонтанных маточных кровотечений различной интенсивности («открытия и закрытия крана»). Описаны несколько находок во время хирургии смежных органов. Случаи внезапных маточно-влагалищных кровотечений в результате спонтанного разрыва деформированного сосуда приводят многие авторы, поэтому у подростков и молодых женщин правильная ранняя диагностика очень важна с точки зрения сохранения репродуктивной функции. Кроме того, отличительной чертой таких кровотечений является отсутствие эффекта от консервативных методов лечения, что особенно опасно при ангиоматозе малого таза и при сочетании с беременностью. Встречаются данные о привычном невынашивании беременности у молодых женщин с врожденной АВМ.

**Диагностика.** Для диагностики такого заболевания сосудов, как артериовенозная мальформация, применяют различные способы диагностики: ангиографию, КТ-ангиографию, магнитно-резонансную ангиографию, ультразвуковую доплерографию.

В настоящее время «золотым стандартом» диагностики сосудистых поражений остается ангиография, но применение высокочастотных трансвагинальных датчиков позволяет получать изображение матки высокого качества, создавая возможность выявить АВМ уже на первом этапе обследования пациентки. Доплерометрическое исследование служит существенным дополнением к сонографии и цветовому доплеровскому картированию.

## Клиническое наблюдение

### Артериовенозная мальформация матки

**По материалам:** Yan Chen, Guoyun Wang, Fubo Xie et al. Embolization of uterine arteriovenous malformation // Iran J. Reprod. Med. 2013, Feb. Vol. 11. N. 2. P. 159-166.

Пациентка, 32 года, поступила в клинику с аномальным маточным кровотечением на протяжении 20 дней спустя 2 мес после искусственного аборта на сроке 16 нед и выраженной анемией. Беременности - 3, роды - 2 (роды через естественные родовые пути 9 лет назад и кесарево сечение 9 мес назад, оба - с патологической кровопотерей).

Менструации - через 30 дней по 5 дней умеренной интенсивности.

Диагностика выполнена на основе доплерографии и чрестазовой ангиографии.

**Лечение:** двусторонняя эмболизация маточных артерий.

**Результат:** облитерация АВМ.

Восстановление прошло без особенностей. Нормализация менструального цикла наблюдалась через месяц после процедуры (см. рис. 3.4, см. цв. вклейку).

Интерпретация доплеровских кривых скоростей кровотока и описывающих их индексов проводится с учетом характера обычного УЗ-изображения и клинической ситуации. Только такой подход практически полностью заменил инвазивные методы на этапе первичной диагностики и мониторинга заболевания.

**Лечение.** С 1972 г., после успешной эмболизации артерий желудка при остром желудочном кровотечении, метод эндоваскулярного гемостаза стал применяться при лечении травм и крупных опухолей малого таза. Под контролем ангиографии выполняется эмболизация ветвей внутренних подвздошных артерий. Проведение процедуры, как правило, не вызывает осложнений. Успех таких вмешательств с использованием различных доступов и эмболизирующих агентов зависит от размера и локализации АВМ, объема поражения тканей и качества предоперационной ангиографической диагностики. Эффективность лечения составляет от 64 до 93% (Lin A.C. et al., 2007).

P. O'Brien и соавт. (2006) использовали комбинированное лечение - шестимесячную терапию агонистами гонадотропин-рилизинг-гормонов, которая уменьшала размер матки с 5,1x3,8 до 1,4x1,0 см, с дальнейшим выполнением эмболизации маточной артерии (ЭМА). В литературе встречаются различные мнения о гормональной терапии, это могут быть современные эстроген-гестагенные препараты, могут быть даназол или чистые гестагены (Сметник В.П. и др., 2005).

Выполнение гистерэктомии показано только у женщин, которые не заинтересованы в сохранении репродуктивной функции или после неудачных попыток ЭМА. Имеются сообщения о низкой эффективности ЭМА при АВМ матки на фоне аденомиоза, хотя гормональная терапия давала клинический эффект (Сметник В.П. и др., 2005). В целом тактика лечения зависит от гемодинамической стабильности, возраста больной, желая ее сохранить репродуктивную функцию.

## ПРОГРЕССИРУЮЩАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ

Это беременность, продолжающая свое развитие согласно физиологическим срокам ввиду отсутствия эффекта принятых лекарственных препаратов, используемых для прерывания беременности.

**Эпидемиология.** Прогрессирующая беременность встречается в 1,1% случаев при рекомендуемом режиме дозирования препаратов (табл. 3.4).

Таблица 3.4

### Частота продолжающейся беременности после медикаментозного аборта

Авторы	Количество анализируемых клинических исследований	Количество наблюдений, абс.	Количество продолжающихся беременностей, абс.	Частота продолжающихся беременностей, %
Fielding W.L. et al., 1978	1	65 045	46	0,07
Lifevre M. et al., 2009	4	3 482	56	1,16
Raymond E.G. et al., 2013	87	45 150	499	1,10
Creinin M.D. et al., 2013	1	233 805	1158	0,50

**Этиология.** У женщин с продолжающейся беременностью были обнаружены: точка мутации гена *HBD of hPR* кодона 722 (полиморфизм гена рецептора прогестерона человека) (Gao Y. et al., 1998); повреждающие рецепторный аппарат заболевания матки, перенесенные в прошлом или имеющие место в настоящее время (предположительно); повышенная активность печеночных ферментов, в результате чего действующее вещество не достигает пиковой концентрации в крови.

**Клиническая картина.** Сохранение субъективных признаков беременности.

Отсутствие кровянистых выделений или судные (мажущие) кровянистые выделения из половых путей.

## Диагностика

**Анамнез.** Отсутствие кровянистых выделений или скудные, продолжительностью менее нескольких часов кровянистые выделения из половых путей после приема мизопростола.

**Объективное обследование.** Увеличение размеров матки соответственно сроку беременности.

## Функциональные и лабораторные показатели

**УЗИ.** Визуализация плодного яйца в полости матки, его увеличение относительно первого исследования, наличие сердцебиения.

**$\beta$ -ХГЧ** в крови (количественным методом) или моче (полуколичественным методом) выше 1000 мЕД/л.

**Лечение.** *Цель* лечения - завершение беременности хирургическим способом.

**Показания к госпитализации.** Отсутствуют. Лечение проводят в малой операционной лечебного учреждения при наличии условий или в дневном стационаре.

**Медикаментозное лечение.** Не требуется. Выполнять попытку повторного медикаментозного прерывания беременности не рекомендуется.

**Хирургическое лечение.** ВА.

## Комментарии

### Что решает женщина, если беременность продолжается после медикаментозного аборта?

По данным M.D. Creinin и соавт. (2013), из 1158 женщин с продолжающейся беременностью 1095 (94,6%) приняли решение завершить ее хирургически, 63 (5,4%) - сохранить (исходы: самопроизвольно прервались или были пролонгированы до срока родов).

В тех случаях, когда женщина меняет свое решение относительно аборта при продолжающейся беременности или в редких случаях когда врач не диагностировал прогрессирующую беременность во время контрольного посещения, беременность может развиваться до полного созревания плода.

### Влияние мифепристона/мизопростола на плод

Ни мифепристон, ни мизопростол в эксперименте не проявили тератогенного действия (в отношении мизопростола в литературе имеются также указания на наличие тератогенного эффекта). В 2013 г. N. Bernard и соавт. опубликовали данные о

Источник KingMed.info

105 женщинах с продолжающейся беременностью, из которых 46 принимали только мифепристон и 59 - мифепристон/мизопростол. Из них 94 женщины (90,4%) родили живых детей, у 10 (9,6%) произошли выкидыши. Общий уровень врожденных пороков развития составил 4,2% (95% ДИ - 1,2-10,4%).

Определить, связаны ли пороки развития с проведением МА или нет, невозможно, поскольку частота их в популяции составляет примерно 2-3 случая на 100 родов. В то время как ОР развития врожденных пороков представляется реальным, абсолютный риск, по данным эпидемиологических исследований, достаточно низкий (менее 10 случаев врожденных пороков развития на 1000 живорожденных детей, подвергшихся воздействию мизопростола внутриутробно). Поскольку имеющиеся данные ограничены и не позволяют сделать окончательные выводы по вопросу безопасности мифепристона/мизопростола в I триместре для плода, рекомендуется прерывание беременности, развивающейся после МА.

### **Действия врача при желании женщины пролонгировать беременность после неудавшейся попытки ее прерывания медикаментозным способом**

В случае настойчивого желания пациентки сохранить беременность после неудавшегося МА необходимо повторно провести беседу о рисках для плода после приема препаратов для аборта и оформить информированный добровольный отказ от медицинского вмешательства, где указать, что пациентка предупреждена о возможном тератогенном влиянии препаратов на плод и вероятности рождения ребенка с аномалиями развития или иной патологией.

Если продолжающаяся беременность диагностирована на сроке более 12 нед (при неявке пациентки на контрольный осмотр или ошибке врача во время контрольного визита), по желанию женщины беременность не может быть прервана, и необходимо руководствоваться перечнем медицинских показаний для ее завершения.

Такое показание, как заболевания и состояния, требующие приема во время беременности лекарственных средств с возможным тератогенным действием (F00.0, F99.9) (класс XV, п. 4 Показаний), не может являться основанием для прерывания беременности.

Следует руководствоваться п. 3 (класс XVII) - врожденные синдромы и аномалии плода с неблагоприятным прогнозом для жизни плода, установленные методами пренатальной диагностики (УЗИ, кариотипирование плода, молекулярная диагностика) (Q00-Q99). При их диагностике возможно прерывание беременности на любом сроке.

## **ИНФЕКЦИЯ ПОЛОВЫХ ПУТЕЙ И ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ, ВЫЗВАННАЯ АБОРТОМ (НЕ СВЯЗАННАЯ С ЗАДЕРЖКОЙ ТКАНЕЙ ГЕСТАЦИИ В ПОЛОСТИ МАТКИ)**

Эндометрит - воспалительный процесс, локализующийся в поверхностном слое эндометрия; метроэндометрит - локализующийся в более глубоких тканях матки (базальном слое эндометрии, миометрии).

**Код по МКБ-10:** O08.0. Инфекция половых путей и тазовых органов, вызванная абортom.

**Эпидемиология.** Частота инфекционных осложнений в двух исследованиях с участием 34 000 и 46 421 женщины на сроках до 26 нед составила 1 и 0,9% соответственно. Необходимость в стационарном лечении была лишь у 0,02% (95% ДИ - 0,01-0,03%) пациенток (Shannon C. et al., 2004; Henderson J.T. et al., 2005).

**Этиология.** Риск восходящей инфекции патогенными микроорганизмами непосредственно во время аборта, выполненного в лечебном учреждении, ничтожно мал. Инфицирование полости матки, как правило, происходит при длительном течении самопроизвольного (начавшегося, неполного, несостоявшегося) аборта или аборте, выполненном во внебольничных условиях (криминальном, небезопасном). Все случаи тяжелых инфекционных осложнений с исходом в бесплодие или связанных с потерей органа и даже летальностью являются результатом внебольничных вмешательств, что наиболее актуально для стран с высоким уровнем небезопасных (криминальных) абортов.

Возбудителями восходящей инфекции являются микроорганизмы, поражающие цилиндрический эпителий канала шейки матки: гонококки и хламидии, мико- и уреоплазмы. Реже заболевание вызывают условно-патогенные анаэробы - возбудители БВ (*Prevotella spp*, *Peptostreptococcus spp*, *Gardnerella vaginalis*), еще реже - *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae*. В случае присоединения анаэробной микрофлоры может возникнуть некротическая деструкция миометрия.

При наличии очагов хронической инфекции (тонзиллита, гайморита, пиелонефрита) возможно гематогенное (нисходящее) инфицирование.

**Клиническая картина.** Признаки острого эндометрита возникают на 3-4-й день после инфицирования: повышение температуры тела (от субфебрильных значений до выраженной гипертермии), озноб, боли в нижних отделах живота, иррадиирующие в крестец или паховые области, серозно-гнойные или сукровично-гнойные выделения. При наличии остатков плодного яйца может быть значительное кровотечение.

Эксперты FDA рекомендуют обращать внимание на следующее: все медицинские работники, имеющее отношение к медицинским абортom и неотложной помощи,



должны иметь повышенную настороженность по поводу сепсиса у пациентов, которым выполнен медицинский аборт. Особого внимания требуют пациентки, имеющие следующие симптомы в настоящее время спустя 24 ч после приема мизопростола: слабость, тошноту, рвоту, диарею с болью или без боли в животе при наличии гипертермии или без нее, а также другие клинические данные, указывающие на инфекции, за исключением случаев тахикардии.

**Диагностика.** Состояние больных зависит от степени интоксикации и величины кровопотери, обычно удовлетворительное.

**Гинекологическое обследование.** Матка несколько увеличена, пастозная, болезненная при пальпации, особенно по бокам и по ходу крупных лимфатических сосудов. При поражении тазовой брюшины появляется болезненность при смещении шейки матки (обусловлено натяжением воспаленной брюшины). При наличии в полости матки остатков плодного яйца наружный зев шейки матки остается приоткрытым.

**Лабораторные исследования.** В анализе крови - лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, увеличение скорости оседания эритроцитов, С-реактивный белок. При микроскопии вагинального мазка - лейкоцитарная реакция, полиморфный состав микрофлоры. Для диагностики ИППП при эндометрите используют ПЦР, латекс-агглютинацию, иммунофлюоресцентный анализ и культуральный метод.

Значительный лейкоцитоз со сдвигом формулы влево и гемоконцентрация могут быть признаками сепсиса. Результаты анализа крови могут помочь выявить пациентов с атипичной клинической картиной серьезной инфекции и сепсиса по сравнению с пациентами с нормальными симптомами МА (тошнотой, рвотой, схваткообразными болями), вызванными приемом мизопростола.

**Инструментальные исследования.** Для уточнения диагноза эндометрита и динамики заболевания осуществляют ультразвуковой мониторинг, диагностическую лапароскопию (осмотр придатков матки и исключение другой острой хирургической патологии), биопсию эндометрия.

**Дифференциальная диагностика.** Проводят с внематочной беременностью, острым аппендицитом, функциональными тазовыми болями (неясного генеза).

В связи с тем что мизопростол нередко вызывает повышение температуры тела, необходимо дифференцировать лихорадку, связанную с действием простагландинов, от лихорадки, вызванной инфицированием матки (табл. 3.5).

## Дифференциальная диагностика лихорадочных состояний при медикаментозном аборте

Симптомы	Побочное действие мизопростола	Инфекция
Время возникновения	В течение первых часов после приема	Через 8 ч и более после приема мизопростола
Продолжительность	2-3 ч	Постоянная на протяжении нескольких дней
Степень гипертермии	Субфебрильная (37,0-37,8 °С)	38 °С и выше
Купирование	Самостоятельное, без использования лекарственных препаратов	Требуется медикаментозное лечение
Распространенность, %	4-37	0,09-0,5

**Показания к консультации других специалистов.** При выраженном болевом синдроме и в случае отсутствия клинического улучшения в процессе лечения показана консультация хирурга (для исключения острых хирургических заболеваний).

**Лечение.** Цели лечения: элиминация возбудителей, предотвращение перехода процесса в хроническую стадию, восстановление менструальной и сохранение репродуктивной функций.

**Показания к госпитализации.** Лечение острого эндометрита на фоне неполного аборта проводят в стационаре.

**Немедикаментозное лечение.** Назначают постельный режим на весь период лихорадки; диету, богатую витаминами и не нарушающую функции кишечника; периодически холод на низ живота.

**Медикаментозное лечение.** В острой стадии эндометрита назначают системные антибиотики. Выбор режима терапии определяется спектром предполагаемых возбудителей и их чувствительностью к антибактериальным препаратам. Учитывая полимикробную этиологию заболевания, чаще применяют комбинированную антибактериальную терапию. Рекомендуемые схемы для внутривенной/оральной терапии следующие [13].

Цефокситин по 2 г внутривенно каждые 6 ч (или цефотетан 2 г внутривенно каждые 12 ч) + доксициклин по 100 мг внутрь или внутривенно каждые 12 ч в течение первых суток. Прием доксициклина следует продолжить до 14 дней в дозе 100 мг внутрь 2 раза в сутки. Или клиндамицин по 900 мг внутривенно каждые 8 ч + гентамицин по 2 мг на 1 кг массы тела внутривенно, затем 1,5 мг на 1 кг массы тела каждые 8 ч (или 3-5 мг на 1 кг массы тела однократно) в течение первых суток, затем клиндамицин по 450 мг 4 раза в сутки до 14 дней или доксици-клин по 100 мг внутрь 2 раза в сутки до 14 дней.

Несколько рандомизированных исследований показали эффективность парентеральных схем. Переход к пероральной терапии может быть осуществлен в течение 24-48 ч после клинического улучшения.

Внутримышечная/пероральная терапия может рассматриваться у женщин с легкой и умеренно тяжелой острой стадией заболевания, так как клинические исходы у женщин, получавших эти схемы, аналогичны внутривенной терапии. Женщины, которые не реагируют на терапию в течение 72 ч, должны быть дополнительно обследованы, чтобы подтвердить диагноз, и переведены на комбинированную внутривенную/оральную терапию.

### **Рекомендуемые схемы внутримышечной/оральной терапии**

Цефтриаксон по 250 мг внутримышечно в разовой дозе + докси-циклин по 100 мг устно дважды в сутки в течение 14 дней с метронидазолом или без него по 500 мг внутрь 2 раза в сутки в течение 14 дней.

Или цефокситин по 2 г внутримышечно в разовой дозе и пробене-цид по 1 г внутрь одновременно в одной дозе + доксициклин по 100 мг внутрь дважды в сутки в течение 14 дней с метронидазолом или без него по 500 мг внутрь 2 раза в сутки в течение 14 дней.

Или другие парентеральные цефалоспорины III поколения (например, цефтизоксим или цефотаксим) + доксициклин по 100 мг устно дважды в сутки в течение 14 дней с метронидазолом или без него по 500 мг внутрь дважды в сутки в течение 14 дней.

Применяют также нестероидные противовоспалительные, седативные, десенсибилизирующие, иммуномодулирующие средства; при повышенной кровопотере - утеротоники и кровоостанавливающие средства. При необходимости проводят инфузионную, десенсибилизирующую, общеукрепляющую терапию.

Острая стадия эндометрита продолжается 8-10 дней. В случае отсутствия признаков клинического улучшения в течение 72 ч от начала терапии требуется уточнение диагноза (возможно, необходимо хирургическое вмешательство).

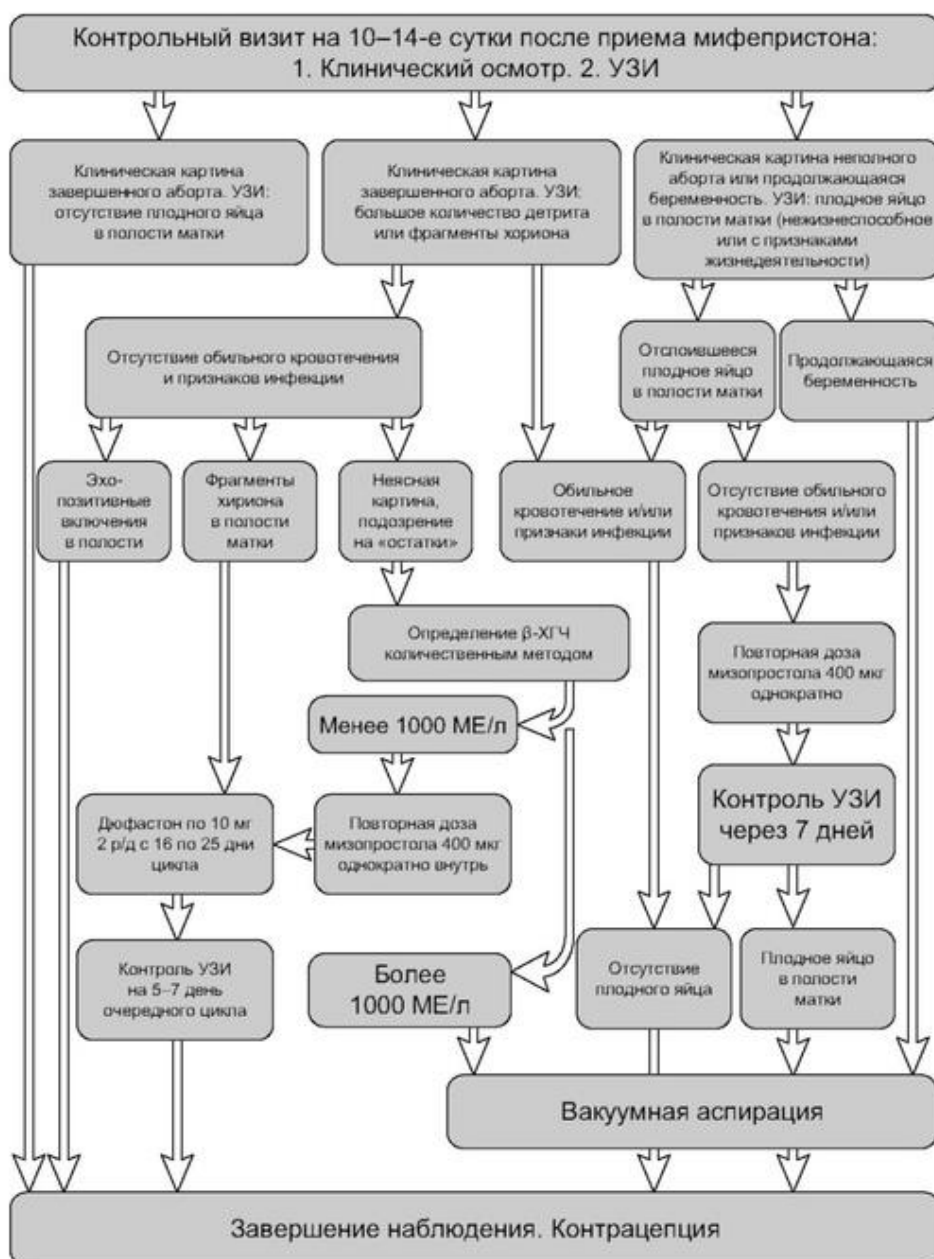
**Хирургическое лечение.** Инструментальное опорожнение полости матки (ВА) при наличии инфицированных остатков плодного яйца проводится после 2-3 дней активной антибактериальной и инфузион-ной терапии, нормализации температуры тела.

**Профилактика.** В настоящее время в литературе обсуждается вопрос о необходимости тестирования на ИППП всех женщин, планирующих прервать беременность, но пока единого мнения не выработано. Считается целесообразным проведение обследования лиц, у половых партнеров которых выявлена хламидийная инфекция; если хламидий-ная инфекция была выявлена у пациентки в течение последних 12 мес; женщин, имеющих двух половых партнеров и более в течение последних 6 мес; и женщин моложе 25 лет.

## Показания к вакуумной аспирации

- Продолжающаяся беременность, подтвержденная на 14-15-й день после приема мифепристона/мизопростола.
- Неполный аборт без осложнений при отсутствии желания пациентки завершить процедуру консервативно.
- Неполный аборт, осложнившийся инфекцией половых путей и тазовых органов.
- Неполный аборт, осложнившийся длительным или чрезмерным кровотечением.
- Желание женщины завершить процесс при длительных сукровичных выделениях.

## АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ПЕРИОДА ПОСЛЕ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО АБОРТА



## АЛЛЕРГИЧЕСКАЯ РЕАКЦИЯ

### Крапивница

Аллергическое заболевание, формирующееся как проявление реакции гиперчувствительности (повышенной) немедленно-замедленного типа на аутогенные и экзогенные факторы (внешней и внутренней среды), характеризующееся образованием на коже и слизистых оболочках волдырей.

**Этиология и патогенез.** В результате взаимодействия аллергена с реакинами (IgE) происходит разрушение клеточных мембран и высвобождение из клеток биологически активных веществ: гистамина, серотонина, медленнореагирующей субстанции и др., вызывающих расширение капилляров, повышение проницаемости сосудистых стенок, отек сосочкового слоя дермы, обуславливающий появление на коже и слизистых оболочках характерных волдырей. Большую роль в механизме развития крапивницы играют функциональные нарушения вегетативной нервной системы.

**Клиническая картина.** Заболевание проявляется образованием на коже (реже на слизистых оболочках) волдырей (уртикарий). Плотные, ярко-розового цвета, возвышающиеся над поверхностью кожи экссудативные бесполостные элементы различных размеров - от маленьких (диаметром 0,5 см) до больших (диаметром до 15 см), иногда сливных.

Различают острую, к которой относится острый отек Квинке, хроническую рецидивирующую и стойкую папулезную формы крапивницы.

Клиническая картина острой крапивницы характеризуется внезапным началом, появлением уртикарных высыпаний различных размеров и очертаний на коже, сопровождающихся сильным зудом, возможно слияние пузырей. Как правило, нарушается общее состояние организма: повышается температура тела, появляются озноб и недомогание. Редко могут появляться геморрагические волдыри, оставляющие после себя гиперпигментацию.

Острый отек Квинке, или гигантская крапивница, проявляется как ограниченный отек кожи или слизистых оболочек и подкожно-жировой клетчатки, чаще всего развивается на коже лица, половых органов. На ощупь кожа плотноэластической консистенции, белого или бледно-розового цвета. Возможно появление субъективных ощущений жжения, зуда кожного покрова. При отеке в области гортани возможна асфиксия, при отеке в области век - отклонение глазного яблока, снижение остроты зрения. Клинические проявления при благоприятном течении прекращаются в течение от нескольких часов до 1-2 дней.

Хроническая рецидивирующая крапивница обычно развивается при наличии длительной сенсibilизации, обусловленной очагами хронической инфекции в

организме (тонзиллиты, гепатиты, аднекситы, колиты, гастриты и др.). Мучительный зуд сопровождается бессонницей и невритическими расстройствами.

### **Неотложная помощь при крапивнице**

- Прометазин (Пипольфен\*), клемастин (Тавегил\*), хлоропирамин (Супрастин\*) или дифенгидрамин (Димедрол\*) в дозе 1-2 мл с 10 мл физиологического раствора внутривенно.
- При поражении обширных участков кожи, а также при отеке Квинке дополнительно вводят 30-60 мг преднизолона внутривенно.

Больные с крапивницей в случае эффективности оказанной помощи (исчезновения зуда, побледнения и уменьшения сыпи) могут быть оставлены дома. Рекомендуется продолжить прием антигистаминных препаратов до 3 раз в сутки и передать «активный вызов» участковому врачу.

Больные с отеком Квинке и расстройствами дыхания подлежат обязательной госпитализации в терапевтическое отделение.

### **Анафилактический шок**

Анафилактический шок - немедленная реакция организма на контакт с аллергеном. Одно из тяжелых проявлений анафилаксии, характеризующейся возбуждением и последующим угнетением функции ЦНС, бронхоспазмом, резким падением артериального давления.

**Этиология и патогенез.** При первичном попадании в организм аллергена происходит сенсibilизация, вызванная образованием аллергических антител. Часть этих антител фиксируется на различных клетках тканей, особенно на лаброцитах (тучные клетки), остальные антитела циркулируют в крови.

Повторное попадание в организм аллергена вызывает образование комплекса «аллерген-антитело». Образование такого комплекса на лаброцитах ведет к выходу из них различных биологически активных веществ (гистамина, брадикинина, серотонина и др.). Образование комплекса с циркулирующими антителами приводит к активации комплемента и образованию анафилотоксина.

Биологически активные вещества, в том числе анафилотоксин, вызывают многочисленные патофизиологические эффекты. Главными среди них являются спазм гладкой мускулатуры и повышение сосудистой проницаемости. Избирательное действие биологически активных веществ на сосудистую систему приводит к депонированию крови в венозном русле, уменьшению сердечного выброса и нарушению утилизации кислорода тканями.

При атопии развитие анафилактического шока возможно при первичном попадании аллергена в организм.

**Клиническая картина** довольно вариабельна. К наиболее частым проявлениям относят нарушения со стороны органов дыхания и кровообращения (острый бронхоспазм и тяжелую гипотонию). Время развития шока колеблется от нескольких секунд до получаса, и чем быстрее он развивается, тем неблагоприятнее его исход. Первыми симптомами начинающегося анафилактического шока являются беспокойство, чувство страха, пульсирующая головная боль, головокружение, шум в ушах, холодный пот. В некоторых случаях предвестником может быть резко выраженный кожный зуд с последующим очень быстрым появлением уртикарных высыпаний и аллергического отека Квинке. Нередко отмечаются одышка, чувство стеснения в груди, кашель, что является следствием либо бронхоспазма, либо аллергического отека гортани, а также симптомы нарушения функции желудочно-кишечного тракта в виде приступообразных болей в животе, тошноты, рвоты, диареи. Возможны мидриаз, пена изо рта, судороги, непроизвольные дефекация и мочеиспускание, кровянистые выделения из влагалища.

При **объективном обследовании** больного выявляется бледность кожи и слизистых оболочек, нередко с цианотическим оттенком (в результате острой легочной недостаточности). Кроме того, могут быть обнаружены аллергические отеки различных частей тела, а также крапивница. В легких отмечается коробочный перкуторный звук и прослушивается жесткое дыхание с сухими хрипами. Тоны сердца глухие. Вследствие гипертензии малого круга кровообращения может появиться акцент II тона на легочной артерии. В зависимости от выраженности шока отмечается большее или меньшее падение артериального давления. Параллельно снижению артериального давления изменяется и характер пульса - от редкого и хорошего наполнения до частого и нитевидного.

Особенно тяжело протекает анафилактический шок с потерей сознания. Больной может погибнуть в одних случаях в течение 5-30 мин при явлениях асфиксии, в других - через 24-48 ч и более в связи с тяжелыми, необратимыми изменениями в жизненно важных органах. Иногда летальный исход может наступить и значительно позже (даже через 12 дней) в связи с изменениями в почках (гломерулонефрит), желудочно-кишечном тракте (профузные кишечные кровотечения), сердце (миокардит), головном мозге (отек, кровоизлияния) или других органах. Именно поэтому больные, перенесшие анафилактический шок, должны в течение, по крайней мере, 12 дней находиться в стационаре.

**Диагностика.** При внезапном падении артериального давления, сопровождающемся потерей сознания, когда другие проявления аллергических реакций отсутствуют, возникают трудности в диагностике. Если развитие шокового симптомокомплекса связано с введением в организм аллергена (лекарственных веществ, пищевых продуктов и т.д.), то наиболее вероятен анафилактический генез.

Уточнение диагноза рекомендуется только после оказания больному неотложной помощи.

**Прогноз** в значительной степени зависит от своевременности лечебных мероприятий и степени тяжести шока. Кратковременное повышение артериального давления до нормального уровня не является достоверным признаком выведения больного из состояния шока. Энергичные противошоковые мероприятия следует продолжать до полного восстановления эффективности тканевого кровотока.

**Неотложная помощь при анафилактическом шоке.** При отсутствии необходимых медикаментов используют дополнительные методы: промывание желудка, очистительную клизму; больному дают 5-10 таблеток активированного угля, столовую ложку 5-10% раствора кальция хлорида (допустимо также его внутривенное введение), 2-3 таблетки димедрола, хлоропирамина (Супрастина\*), обильно смазывают кожу (особенно в местах контакта с аллергеном и в области отека) мазью, содержащей преднизолон или гидрокортизон (иногда бывает в аптечках в виде глазных мазей).

1. Следует уложить больного на бок для исключения западения языка и аспирации рвотных масс.
2. Необходимо ввести внутривенно или внутримышечно адреналин, норэпинефрин (Норадреналин\*) или ренилэфрин (Мезатон\*). В тяжелых случаях нужно ввести 0,5 мл 0,1% раствора адреналина с 20 мл 40% раствора глюкозы внутривенно. При отсутствии лечебного эффекта рекомендуется через 10-15 мин повторить инъекцию 0,5 мл 0,1% раствора адреналина подкожно или внутримышечно. Если таким образом все же не удастся повысить артериальное давление, то следует использовать капельное внутривенное вливание норэпинефрина (Норадреналина\*) (5 мл 0,2% раствора норадреналина разводят в 500 мл 5% раствора глюкозы и вводят со скоростью 40-50 капель в минуту). Дополнительно вводят никета-мид (Кордиамин\*), кофеин, камфору, а при выраженном бронхо-спазме, кроме того, внутривенно 10 мл 2,4% раствора Эуфиллина\* (аминофиллина, диафиллина\*<sup>3</sup>) с 10-20 мл 40% раствора глюкозы.
3. Одновременно вводят антигистаминные препараты [1-2 мл 2% раствора хлоропирамина (Супрастина\*) осторожно внутривенно или лучше 1-2 мл 2,5% раствора прометазина (Пипольфена\*) внутримышечно]. Антигистаминные препараты особенно показаны при наличии уртикарных высыпаний и отека Квинке.
4. Благоприятный лечебный эффект оказывает ингаляция кислорода.
5. Внутривенно вводят глюкокортикоидные гормоны, обладающие выраженным антиаллергическим и противовоспалительным действием (1-2 мл 3% раствора преднизолона с 5% раствором глюкозы).



б. Симптоматическое лечение [аминофиллином (Эуфиллином\*), Коргликоном\*, фурасемидом (Лазиксом\*)].

В случае появления отека гортани и стридорозного дыхания на фоне применения адреналина и антигистаминных препаратов по жизненным показаниям необходима интубация трахеи или трахеостомия. Если, несмотря на проведенные мероприятия, состояние больного не улучшается, необходимо перейти к реанимации.

## **НЕДИАГНОСТИРОВАННАЯ ВНЕМАТОЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ**

Общие сведения о внематочной беременности представлены в разделе «Диагностика противопоказаний к медикаментозному аборту».

В строгом смысле недиагностированную внематочную беременность нельзя отнести к осложнениям МА: прием мифепристона и мизопростола никак не сказывается на ее течении.

Однако, как правило, диагностика ее происходит в процессе выполнения МА, если она не была диагностирована ранее, и поэтому во всех руководствах это состояние рассматривается именно в разделе осложнений аборта.

**Диагностика** внематочной беременности после приема мифепристона/мизопростола может быть затруднена из-за схожести клинической картины прерывания маточной беременности и прогрессирующей внематочной беременности.

Клиническая картина трубного аборта складывается из сочетания объективных и субъективных признаков беременности и симптомов прервавшейся беременности. Обычно после небольшой задержки менструации появляются схваткообразные, периодически повторяющиеся приступы боли внизу живота, чаще односторонние. Из половых путей появляются скудные темно-кровянистые выделения, обусловленные отторжением децидуальной оболочки матки. Трубный аборт, как правило, протекает длительно, часто без острых клинических проявлений. В начале заболевания кровь при отслойке плодного яйца из маточной трубы поступает в брюшную полость небольшими порциями, не вызывая резких перитонеальных симптомов и анемизации больной. Однако лабильность пульса и артериального давления, особенно при перемене положения тела, - достаточно характерный признак. Дальнейшая клиническая картина трубного аборта определяется повторным кровотечением в брюшную полость, образованием позадматочной гематомы и анемией. Появляются симптомы раздражения брюшины.

В случае разрыва маточной трубы характерна клиническая картина острого заболевания, и, как правило, диагноз не вызывает затруднений. Тяжесть состояния больной обусловлена объемом кровопотери, однако при этом большое значение имеет способность адаптации пациентки к кровопотере. Если в результате пункции

Источник KingMed.info

через задний свод кровь не получена, то это еще не отвергает диагноза внематочной беременности, так как возможно неправильное выполнение пункции или отсутствие крови в позадиматочном углублении ввиду спаек и сращений в области малого таза.

**Лечение.** Цель лечения - устранение внематочной беременности.

**Показания к госпитализации.** Задержка менструации, наличие кровянистых выделений из половых путей и боли внизу живота различного характера и интенсивности с возможной иррадиацией (в бедро, паховую область, задний проход). Задержка менструации, отсутствие кровянистых выделений из половых путей и положительные результаты ХГЧ в крови независимо от наличия или отсутствия ультразвуковых признаков внематочной беременности.

**Хирургическое лечение.** Внедрение в практику лапароскопической хирургии привело к снижению количества лапаротомических операций по поводу внематочной беременности от общего числа оперативных вмешательств. Объем оперативного вмешательства (туботомия или тубэктомия) в каждом случае решается индивидуально.

**Показания к консультации других специалистов.** Для исключения острой хирургической патологии показана консультация хирурга. Сроки нетрудоспособности зависят от оперативного доступа: после лапароскопии - 5 дней, после лапаротомии - 12 дней.

**Информация для пациентки.** При задержке менструации необходимо сделать мочевой тест на беременность, обратиться к гинекологу и провести трансвагинальное УЗИ органов малого таза. При отрицательном мочевом тесте на беременность - сдать кровь на  $\beta$ -ХГЧ. При задержке менструации, появлении кровянистых выделений из половых путей и болях внизу живота рекомендуется вызвать скорую помощь.

**Прогноз.** При своевременно оказанной медицинской помощи прогноз благоприятный.

### **3.2. ЛЕТАЛЬНОСТЬ ПОСЛЕ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО АБОРТА**

С 1988 г. данные о смерти и вреде, связанном с медикаментозными абортами, в Европе и США показывают, что медикаментозные аборты, выполненные примерно 5,5 млн женщин, чрезвычайно редко приводили к смерти. По существующим оценкам, уровень смертности в результате МА в США составляет 0,7 смертей на 100 тыс. процедур. Оцениваемый уровень смертности от медикаментозных абортов в Великобритании и Европе с применением режима мифепристон + мизопростол составляет 0,2 на 100 тыс. процедур. Об уровне летальности в России сведений нет.

В структуре осложнений МА, по данным М.М. Гари и Д.Дж. Харрисон (2006), из 607 сообщений о случаях неблагоприятных исходов МА после использования

Источник KingMed.info

мифепристона, полученных в течение 4 лет FDA, смертельных случаев было пять, из них один случай в возрастной категории 13-17 лет. Структура смертельных случаев: два - сепсис; один - прервавшаяся внематочная беременность; один - массивное кровотечение; один - язва желудка, осложнившаяся внутрибрюшным кровотечением. Два из пяти смертельных случаев были во время операции.

Кроме того, известны еще три случая со смертельным исходом в результате сепсиса, не представленные в FDA, которые также были проанализированы.

Выяснено, что все смертельные случаи от сепсиса были связаны с инфекцией *Clostridium sordellii*. Этот микроорганизм не является уникальным только для медикаментозных абортов, и женщины также умирали из-за инфицирования им после родов, выкидышей, хирургических абортов и лечения заболеваний шейки матки у небеременных.

В Европе было зафиксировано восемь смертей по различным причинам, главным образом вследствие кровотечения. Одна смерть была связана с препаратом на основе простагландина, который больше не используется (сульпростон\*).

Сильное кровотечение как причина смерти (при всех видах аборта) в I триместре составляет 14% всех случаев смерти (для сравнения: 33% - инфекции) (уровень доказательности III) (Paul M. et al., 2009).

В других регионах мира, таких как Индия и Китай, миллионы женщин сделали медикаментозные аборты (к 2005 г. в Китае было выполнено 22 млн абортов этим методом, и в настоящее время выполняется около 10 млн медикаментозных абортов в год), но в них не существует систем отслеживания нежелательных последствий и смертности или о таковых не сообщается.

Статистические данные об абортах в России также не позволяют дать объективную характеристику осложнений после МА. Данные о МС приводятся в общей совокупности медицинских (легальных), по медицинским и социальным показаниям, криминальных и неуточненных абортов. В структуре МС о летальных исходах после прерывания беременности в I триместре медикаментозным методом не сообщается.

Нам известен один случай МС, наступившей после прерывания беременности этим методом в 2011 г., описание которого приводится ниже.

### **Клиническое наблюдение Материнская смертность после медикаментозного аборта**

31.08.2011 пациентка Ш., 36 лет, обратилась в клинику для прерывания беременности на сроке 5 нед. Наличие маточной беременности и ее срок были подтверждены данными УЗИ. 31.08.2011 пациентка приняла мифепристон в дозе 600 мг в присутствии врача, 02.09 приняла мизопропростол в дозе 400 мкг. Контроль УЗИ был назначен на 12.09, однако 12.09 пациентка в тяжелом состоянии поступила в

гинекологическое отделение и 13.09 скончалась в связи с развитием послеабортного панметрита, сальпингита, пельвиоперитонита, сепсиса, септического шока III степени, септицемии. Из цервикального канала в значительном количестве были высеяны стафилококк и гемолитический стрептококк.

Ретроспективно было выяснено, что в период между днем приема мизопростола и поступлением в стационар больная отмечала наличие субфебрильной температуры тела, слабости, недомогания и связывала это состояние с острой респираторной вирусной инфекцией.

Дальнейший анализ документации показал, что развитие септического состояния у пациентки Ш. могло произойти вследствие гематогенного инфицирования из очагов хронической инфекции (пиелонефрит, тонзиллит), вызванной стафилококком и гемолитическим стрептококком, на фоне сниженного иммунитета.

**Заключение.** Ввиду отсутствия указаний на серьезные нарушения схемы прерывания беременности медикаментозным способом у пациентки Ш. нельзя сделать заключение о вине лечащего врача в причинении вреда здоровью, повлекшего смерть.

Косвенно можно предположить, что было проведено недостаточно качественное консультирование пациентки перед абортom (непредоставление сведений о симптомах, требующих срочного обращения к врачу).

## Глава 4. КОНТРАЦЕПЦИЯ ПОСЛЕ АБОРТА

Овуляция может произойти уже на 8-10-й день после искусственного аборта при отсутствии разницы между медикаментозным и хирургическим, и 85% женщин имеют овуляции уже в течение первого цикла после аборта. Отмечается, что более 50% женщин возобновляют сексуальную активность в течение 2 нед после аборта, а 6% из них имеют новую беременность уже в следующем цикле. В связи с этим мировые эксперты рекомендуют начинать использовать контрацепцию сразу после аборта (раннее начало).

Не было найдено достаточных данных, свидетельствующих о серьезных изменениях в репродуктивной системе после неосложненного аборта, требующих дополнительных вмешательств в целях реабилитации, и необходимость в использовании контрацепции определяется только целями предотвращения повторной нежелательной беременности. Именно поэтому методом выбора после аборта являются не КОК, как считалось ранее, а методы длительного обратимого действия (LARC). Введение LARC рекомендуется выполнить как можно скорее, в идеале - сразу после прерывания беременности.

В настоящее время считается, что введение ВМС сразу после аборта является лучшим обратимым методом контрацепции для предупреждения повторной нежелательной беременности. В отношении ВМС [Т-Си или левоноргестрел (ЛНГ)] рекомендуется их введение в день хирургического аборта (сразу после завершения манипуляции) или между 9-м и 14-м днем после приема мифепристона (в день контрольного осмотра) - при медикаментозном аборте. Возможно также введение между 3-м и 9-м днем, если есть уверенность, что аборт произошел. Никакого дополнительного метода не требуется.

Соблюдение данных рекомендаций демонстрирует значительно более низкий процент повторных абортов, чем при выборе других сроков (34,6 по сравнению с 91,3 аборта на 1 000 женщин-лет). Аналогичные результаты получены в проспективном исследовании в когорте из 1 269 женщин Северной Европы, перенесших аборт.

После неосложненного выкидыша/аборта в II триместре беременности ВМС вводится в первые 48 ч или через 4 нед после выкидыша/аборта.

При септическом аборте введение ВМС противопоказано.

Введение импланона рекомендуется в день хирургического или в день приема мифепристона или мизопростола или сразу после выкидыша, никакого дополнительного метода контрацепции при этом не требуется. Если прошло более 5 дней после аборта или выкидыша, необходимы дополнительные методы в течение 7 дней.

В случае противопоказаний к использованию LARC или предпочтении женщиной КОК, пластыря или влагалищного кольца их следует начать принимать в день приема мифепристона (или через 2-3 дня, но не позднее 5-го дня).

Исследованиями было показано, что метод контрацепции, который женщина выбирает сама и отвечает ее потребностям и ожиданиям, используются ею в течение более длительного времени, чем тот, который назначил врач. Особо подчеркивается, что не следует предлагать женщине метод контрацепции, который не подходит ее индивидуальным потребностям, не может использоваться ею правильно и последовательно, так как в этом случае эффективность его будет снижена, а риск неудачи - повышен.

## **НЕОБХОДИМОСТЬ РАННЕГО НАЧАЛА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОНТРАЦЕПЦИИ ПОСЛЕ АБОРТА**

Если женщина не начала использовать контрацепцию сразу после аборта, то:

- 40-50% - будут иметь незащищенный половой акт между абортом и очередной менструацией;
- 6% - забеременеют в следующем менструальном цикле;
- 25-68% - не вернутся для введения ВМС или имплантата;
- 32% - выберут менее эффективный метод;
- 25% - не будут использовать контрацепцию.

**Важно!** В случае если рекомендовано или запланировано отложить начало использования выбранного современного метода, в этот промежуток времени следует пользоваться презервативами.

## **ВОЗМОЖНЫЕ ОПЦИИ И РЕЗУЛЬТАТЫ РАННЕГО НАЧАЛА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОНТРАЦЕПЦИИ ПОСЛЕ АБОРТА**

**Внутриматочные средства (с медью или левоноргестрелом).** В настоящее время считается, что введение ВМС сразу после неосложненного аборта является лучшим обратимым методом контрацепции для предупреждения повторной нежелательной беременности (уровень доказательности А). «Золотым стандартом» внутриматочной контрацепции является модель «Copper T-Cu 380A» (уровень доказательности А), обладающая высокой эффективностью (индекс Перля - 0,24, для других моделей - 0,6 при прогнозируемом и 0,8 - при фактическом применении), продолжительность использования которой составляет 10 лет.

Гестагенсодержащая внутриматочная гормональная рилизинг-система («Мирена») относится к числу наиболее эффективных контрацептивных средств (индекс Перля - 0,2 как при прогнозируемом, так и при фактическом использовании) и

специфическим влиянием на эндометрий. Основное контрацептивное действие обеспечивает выраженное местное влияние ЛНГ на эндометрий (атрофические изменения желез и истончение эндометрия). Низкая концентрация гестагена в крови обеспечивает незначительное количество побочных эффектов.

При применении ЛНГ-ВМС происходит прогрессирующее уменьшение менструальной кровопотери, которое через год составляет примерно 10% исходной. У 50% женщин к этому времени развивается аменорея.

Результаты использования ВМС Т-Сu 380А или ЛНГ-ВМС при немедленном введении практически одинаковы (ОР - 1,18; 95% ДИ - 1,08-1,28). Объем кровотечения, частота экспульсии и интенсивность болевых ощущений при выборе ВМС существенно не отличаются между группами с немедленным и отсроченным (через 4 нед) введением. Не было также зарегистрировано беременностей, перфорации или случаев воспалительных заболеваний тазовых органов. Кроме этого, в качестве преимущества немедленного введения ВМС отмечается безболезненность процедуры.

**Имплантаты.** В настоящее время доступны однокапсульный имплантационный контрацептив «Импланон» и рентгеноконтрастный «Импланон НКСТ®», содержащие этоноргестрел (гестаген - биологически активный метаболит дезогестрела) и обеспечивающие контрацепцию в течение 3 лет. Эффективность имплантата самая высокая и сопоставима со стерилизацией (индекс Перля - 0,05). Более высокая степень защиты от беременности по сравнению с оральными контрацептивами обусловлена независимостью от субъективных факторов. Очевидные преимущества имплантата делают его одним из наиболее приемлемых препаратов, приверженность которому является максимальной по сравнению со всеми другими ГК, несмотря на возможность ациклических кровянистых выделений и аменореи, которые могут возникать при его применении.

Имплантат является более экономически эффективным, чем КОК (даже на 1 год использования) или инъекции прогестерона, а также более рентабельным, чем ВМС (до 3 лет использования), но дополнительные преимущества экономической эффективности по сравнению с ВМС со временем значительно уменьшаются.

**Инъекционные контрацептивы.** Для инъекционной контрацепции используется препарат Депо-Провера®, содержащий депо-медрокси-прогестерона ацетат, в двух формах - для внутримышечных (в дозе 150 мг) и подкожных (104 мг) инъекций. Обе формы вводятся 1 раз в 3 мес.

Стойкое подавление овуляции, повышение вязкости цервикальной слизи и атрофические изменения в эндометрии лежат в основе механизма действия препарата. Концентрация депо-медроксипрогестерона ацетат, поступающего из сформированного мышечного депо в кровеносную систему, в 10 раз выше, чем у других рилизинг-систем. С одной стороны, это обеспечивает высокий

Источник KingMed.info

контрацептивный эффект (индекс Перля - 0,3), с другой - вызывает ряд побочных эффектов, среди которых наиболее значимыми являются ациклические кровянистые выделения и влияние на минеральную плотность костной ткани.

Использование связано с определенной степенью неудобства - необходимостью посещения лечебного учреждения каждые 3 мес для выполнения инъекции и снижением качества жизни в связи с часто наблюдающимися мажущими кровянистыми выделениями, которые испытывают 70% пользователей.

Особенностью метода является длительное восстановление фертильности после его отмены - спустя 6-9 мес, в некоторых случаях - до 1,5 лет в связи с сохраняющейся высокой концентрацией депо-медроксипрогестерона ацетат в крови, что обуславливает сохранение побочных эффектов в этот период.

Сроки введения после аборта те же, что и для имплантата.

### **Влагалищное кольцо [этинилэстрадиол + этногестрел**

**(НоваРинг\*)**. Влагалищный путь введения контрацептивных гормонов обладает определенными преимуществами перед пероральным. В сутки через мембрану этиленвинилацетата выделяется 15 мкг  $E_2$  и 120 мкг этно-гестрела, которые поступают в слизистую оболочку влагалища, а оттуда - в системный кровоток, что достаточно для подавления овуляции (индекс Перля - 0,25-0,4), при этом обеспечивается равномерное поступление гормонов в кровь в течение суток без ежедневных колебаний и эффекта первичного прохождения через печень, как при использовании КОК, что обеспечивает не только надежный контрацептивный эффект, но и контроль за циклом, сопоставимый с КОК, содержащими 30 мкг  $E_2$ , и минимальное количество побочных эффектов (системное воздействие  $E_2$  за цикл в 2,1 раза меньше, чем при приеме КОК, и в 3,4 раза меньше, чем при использовании пластыря).

Введение вагинального кольца рекомендуется в день хирургического аборта или в день приема мифепристона. Учитывая наличие кровянистых выделений из влагалища после аборта, допускается введение кольца не позднее 5-го дня после аборта.

Контрацептивный эффект достигается через 7 дней от начала первого использования (в течение этого периода необходим дополнительный метод контрацепции) и продолжается 3 нед, затем кольцо удаляется и после недельного перерыва вводится новое. Возможно применение кольца и в непрерывном режиме (при этом его установку и удаление необходимо выполнять в один и тот же день).

**КОК, пластырь [норэлгестромин + этинилэстрадиол (Евра\*)]**. После аборта следует отдавать предпочтение монофазным средствам, содержащим прогестагены последнего поколения, что определяет их преимущества в некоторых клинических ситуациях (неконтрацептивные эффекты). Однако существенным недостатком КОК является необходимость ежедневного контроля за соблюдением режима приема препарата пользователями (частота нарушений достигает 71%). Около 68%



Источник KingMed.info

пользователей отказываются от КОК в течение 1 года от начала приема (в основном из-за побочных эффектов). Повышение приверженности КОК можно добиться, используя их неконтрацептивные эффекты, современные разработки с формулой натуральных гормонов, современными гестагенами, пролонгированными схемами и качественным консультированием.

Пластырь ежедневно доставляет в кровоток 150 мкг норэргестроми-на и 20 мкг этинилэстрадиола. В клинических исследованиях пластырь продемонстрировал подавление овуляции, эффективность которого сравнима с оральными контрацептивами, содержащими 35 мкг этини-лэстрадиола и 250 мкг норгестимата, метаболитом которого он является. Пластырь прикрепляется один раз в неделю в течение 3 нед (21 день) с недельным перерывом.

По механизму действия и эффективности КОК и пластырь аналогичны (индекс Перля - менее 1,0, однако при типичном использовании достигает 9,0).

В случае предпочтения женщиной КОК или пластыря их следует начать принимать в день приема мифепристона (или через 2-4 дня, но не позднее 5-го дня), при хирургическом аборте - в день манипуляции. Раннее начало использования комбинированных ГК не влияет на эффективность и продолжительность МА (сроки экспульсии плодного яйца) и не увеличивает объем и продолжительность кровопотери.

Рекомендации по выбору комбинированных ГК в целях **снижения риска тромбоемболии:**

- следует учитывать факторы риска, такие как курение, гипертония, дислипидемия, ожирение и сахарный диабет, а также мигрень с аурой;
- подозрение на наличие тромбофилии должно быть основано на тщательной оценке данных анамнеза;
- для женщин, подверженных повышенному риску тромбозов, использование только прогестинсодержащих препаратов может быть хорошей альтернативой, потому что они не способствуют увеличению риска;
- поскольку отдельные факторы риска у женщины будут меняться с течением времени, существует необходимость регулярно повторно оценивать пригодность контрацептива, который она принимает.

**Презерватив.** Несмотря на свою тысячелетнюю историю, презерватив является современным методом контрацепции и формой многоцелевых профилактических технологий, защищая не только от беременности, но и от многих ИППП, включая ВИЧ (ВОЗ, 2009). Именно мужской презерватив является наиболее популярным методом контрацепции среди пользователей во всех странах мира (30-50%, достигая 80% в молодежной среде). Контрацептивная эффективность его достаточно высока (индекс

Перля - 2,0, при практическом применении - 15,0), защита от ИППП также высока (существуют убедительные доказательства того, что мужские латексные презервативы снижают передачу ВИЧ, по крайней мере на 80-85%, и эффективны против большинства других ИППП, но степень эффективности зависит от правильности его использования потребителем). Женский вариант презерватива («Фемидом») предоставляет возможность самостоятельного контроля за ситуацией и в большей степени защищает права женщин на безопасную половую жизнь, однако пока не получил широкого распространения.

Женщинам, выбирающим LARC, а также ГК короткого действия и подверженным более высокому риску ВИЧ/ИППП (возраст менее 25 лет, новый сексуальный партнер, более чем один партнер за последний год), рекомендуется дополнительно пользоваться презервативом (уровень доказательности В).

После аборта презерватив следует использовать, как только женщина возобновит половую жизнь, при каждом половом контакте.

**Добровольная хирургическая стерилизация женщины** может быть проведена после того, как женщина добровольно и осведомленно примет решение об использовании данного постоянного метода.

**Барьерные методы и спермициды.** Диафрагмы и шеечные колпачки, а также пены, гели, таблетки или пленки можно использовать сразу после возобновления половой жизни, однако эти методы не должны рассматриваться как приоритетные из-за их низкой эффективности.

**Экстренная контрацепция (ЭК)** - самый простой, высокоэффективный, не имеющий противопоказаний, безопасный и доступный метод контрацепции. Это пока еще неиспользованный резерв для снижения уровня нежелательных беременностей и абортов в Российской Федерации. Судя по вторичной оценке, использование метода ЭК в России незначительно - менее 1%, и пока не может существенно влиять на статистику нежелательных беременностей. В то же время международные эксперты отмечают, что ЭК позволяет на 85-99% снизить риск нежелательной беременности после полового акта, незащищенного другим методом контрацепции.

Во всех случаях женщины после аборта **должны быть проинформированы о возможности использования ЭК.**

Согласно Европейскому руководству по ЭК (Emergency Contraception: A guideline for service provision in Europe, ECSC, 2013), специально для ЭК применяются медьсодержащие внутриматочные средства, которые отнесены к наиболее эффективному варианту ЭК, и три группы гормональных препаратов: левоноргестрел (Levonorgestrel), доза 1,5 и 0,75 мг (в этом случае принимать дважды с интервалом 12 ч); улипристала ацетат (Ulipristal Acetate), доза 30 мг; мифепристон (Mifepristone), доза

Источник KingMed.info

10-25 мг. Применение метода Юзпе (КОК в дозе 100 мкг этинилэстрадиола и 0,5 мг левоноргестрела дважды через 12 ч) в настоящее время рассматривается как средство ЭК лишь в тех регионах, где специализированная продукция не имеется в наличии и/или недоступна. Повторное применение таблеток ЭК возможно так часто, как это необходимо.

### **Когда заканчивать контрацепцию?**

- Негормональные: через 1 год после последней менструации в возрасте более 50 лет или через 2 года - в возрасте менее 50 лет.
- Гормональные: в 50 лет с переходом на негормональные методы и определением ФСГ.
- ЛНГ-ВМС: период использования может быть продлен до 7 лет после последней менструации.

**Результаты использования контрацепции.** Использование современных методов контрацепции может:

- уменьшить количество нежелательных беременностей на 70% (с 74 до 22 млн в год);
- избежать МС на 67% (с 290 до 96 тыс. случаев в год);
- предотвратить смерть новорожденных на 77% (с 2,9 млн до 660 тыс.);
- снизить бремя инвалидности в связи с беременностью и родами среди женщин и новорожденных на две трети;
- исключить передачу ВИЧ от матери к новорожденному на 93% в год.

По данным ВОЗ (2015), в 35 обследованных странах 15 млн из 16,7 млн нежелательных беременностей, происходящих ежегодно, можно было бы предотвратить при оптимальном использовании контрацепции.

## **Глава 5. РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОСЛЕ АБОРТА**

### **5.1. ОБЩИЕ ВОПРОСЫ РЕАБИЛИТАЦИИ И РЕАБИЛИТАЦИОННАЯ НЕОБХОДИМОСТЬ**

Реабилитация - это система лечебных мероприятий, которые направлены на восстановление нарушенных или утраченных функций организма человека (в результате травмы, операции или болезни), на восстановление или активацию компенсаторных возможностей организма в целях обеспечения условий для возвращения лица к нормальной жизнедеятельности и на профилактику рецидивов заболевания.

Первое, что необходимо определить для каждого пациента, - это реабилитационная необходимость. Она наступает в случае, если в результате повреждения или болезни возникает опасность временного или длительного нарушения функциональных способностей. И здесь нужно четко разделять, где речь идет о реабилитации, а где - о профилактической медицине.

Реабилитация имеет единственную цель - по возможности максимально полно восстановить утраченные функции у пациента исходя из имеющихся последствий травмы или заболевания (применительно к прерыванию беременности - перенесенных осложнений) и проведенного лечения. Объем реабилитационных мероприятий определяются индивидуально.

### **5.2. РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОСЛЕ НЕОСЛОЖНЕННОГО МЕДИКАМЕНТОЗНОГО АБОРТА**

Результаты отдаленных наблюдений после МА показали, что применение мифепристона не вызывает нарушений менструального цикла и вероятность его негативного влияния на репродуктивную функцию практически отсутствует.

Использование КОК нельзя рассматривать как реабилитацию, так как использование контрацепции после аборта определяется не реабилитационной, а контрацептивной необходимостью.

Необходимость в реабилитационных мероприятиях может возникнуть в случаях возникновения осложнений и их последствий.

### **5.3. РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОСЛЕ ОСЛОЖНЕННОГО МЕДИКАМЕНТОЗНОГО АБОРТА**

После перенесенных осложнений и их лечения вопрос о реабилитации решается индивидуально в зависимости от выявленных нарушений.

После завершения НВ медикаментозным способом, как и после хирургического (кюретажа), реабилитационные мероприятия следует считать обязательными.

Морфологическое исследование тканей гестации при завершении НВ или самопроизвольного аборта не требуется, так как принято считать НрБ сочетанной с ХЭ у 100% пациенток независимо от основной причины остановки гестации, а при самопроизвольном - у 80%.

Выбор диагностических, лечебных и последующих реабилитационных мероприятий при привычном невынашивании беременности и несостоявшемся выкидыше следует выполнять в соответствии с общепринятыми рекомендациями (см. подраздел 5.4).

Генетические дефекты плода при самопроизвольном аборте составляют до 55-80% и обусловлены спорадическими мутациями (естественный отбор), особенно при первом эпизоде НВ и/или самопроизвольного прерывания беременности на ранних сроках. Именно поэтому генетическое исследование тканей гестации не дает необходимой информации врачу для выработки дальнейшей тактики ведения пациентки.

Показания к генетическому исследованию супружеской пары следующие.

- Два самопроизвольных аборта и более на ранних сроках беременности в анамнезе.
- Носительство хромосомного дисбаланса и наследственных заболеваний у кого-либо из родителей.
- Наличие в семье ребенка с хромосомными заболеваниями или врожденными пороками развития.
- Наличие в семье ребенка с преждевременным половым развитием (4-5 лет).
- Несколько неудачных попыток ЭКО.

При выявлении нарушений показана консультация генетика.

#### **5.4. РЕАБИЛИТАЦИЯ И ПРЕГНАВИДАРНАЯ ПОДГОТОВКА ПОСЛЕ САМОПРОИЗВОЛЬНОГО И НЕСОСТОЯВШЕГОСЯ ВЫКИДЫША**

Количество СПВ в России неуклонно увеличивается. С 2005 по 2013 г. частота СПВ в абсолютных цифрах возросла с 168,1 до 207,7 тыс. (на 23%), или с 4,3 до 5,7 на 1000 женщин фертильного возраста (по данным Минздрава России, 2014). В структуре всех видов абортс доля СПВ увеличилась с 11,2 до 23,6%. Среди всех случаев самопроизвольных выкидышей на ранних сроках число НВ возросло до 45-88,6%.

Актуальность этой проблемы связана не только с масштабами репродуктивных потерь, но и с неблагоприятным прогнозом, поскольку часть перенесенных ранее

эпизодов СПВ трансформируется в будущем в привычное невынашивание беременности.

По данным RCOG (2011), в этиологии повторных СПВ играют роль: хромосомные аномалии (30-57%); АФС (15%); генетические нарушения у родителей (2-5%); иммунологические нарушения (10-20%); ИЦН или аномалии матки (1,8-37,6%); вредные факторы внешней среды (10%); недостаточно контролируемые хронические заболевания матери (например, сахарный диабет, гипертония, клинически выраженные заболевания щитовидной железы). Чаще всего причина СПВ остается неизвестной (50-75%). Большинство выкидышей являются спорадическими в результате случайных генетических aberrаций, которые в значительной степени зависят от возраста матери. Повторные СПВ встречаются у женщин в возрасте до 35 лет - менее 15%, 35-39 - 25%, 40-44 - 51%, старше 45 - 93%.

Инфицирование некоторыми вирусами (такими как цитомегалови-рус, герпес-вирус, парвовирус, вирус краснухи, ВИЧ, листерии) и другими инфектами (анаэробами, микоплазмами, хламидиями, уреаплаз-мами) обнаруживается достоверно чаще у женщин с СПВ, однако не получено убедительных данных, что инфекции вызывают привычное невынашивание беременности. В связи с этим нет четких указаний для рутинного тестирования на наличие инфекции.

Показано, что наличие БВ в I триместре увеличивает риск досрочного завершения беременности в II триместре или ПР, но доказательства связи БВ со СПВ в I триместре отсутствуют.

Факторы риска: ожирение, СПВ в анамнезе, табакокурение, использование некоторых веществ (кокаина, спирта, высоких доз кофеина), прием лекарственных препаратов (мизопростола, рети-ноидов, метотрексата, нестероидных противовоспалительных препаратов), воздействие токсинов (мышьяка, свинца, этиленгликоля, сероуглерода, полиуретанов, тяжелых металлов, органических растворителей).

Повторные внутриматочные вмешательства увеличивают риск невынашивания и недонашивания беременности, особенно при завершении СПВ методом ДиК (см. главу 1).

В некоторых обзорных работах описываются изменения эндометрия (синдром Ашермана), частота которых достигает 7,7-30% после метода ДиК, использовавшегося при СПВ, НВ и особенно после повторных выскабливаний (двух и более) при СПВ и НВ (до 40%), а также перенесенных инфекций, приводящие к aberrациям менструального цикла, бесплодию и невынашиванию беременности.

Об этом следует помнить при выборе метода опорожнения полости матки при СПВ и особенно при НВ.

Задачи, требующие решения после СПВ/НВ: психологическая помощь и поддержка, разработка и реализация плана индивидуальных лечебных и реабилитационных мероприятий в ближайшие сроки после перенесенного эпизода СПВ/НВ, включающих модификацию образа жизни, отказ от вредных привычек, рациональную контрацепцию, диагностику, лечение сопутствующих заболеваний и подготовку к последующей беременности.

Консультирование после СПВ/НВ следует считать обязательным компонентом качественного оказания медицинской помощи женщинам при обращении в медицинские организации по поводу репродуктивного здоровья и включает три этапа.

1. Психологическую помощь и поддержку.
2. Информирование о минимально необходимом объеме обследования, лечении, реабилитации, преконцепционной подготовке и мерах вторичной профилактики СПВ/НВ.
3. Консультирование по контрацепции в целях профилактики повторного аборта на период восстановительного лечения и преконцепционной подготовки.

Основными принципами консультирования являются предоставление полной и достоверной информации в доступной форме и соблюдение прав пациентки.

## **ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ**

Во время первого посещения медицинской организации пациентку информируют о необходимости оформления ИДС на определенные виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают ИДС, при выборе врача и медицинской организации, для получения первичной медико-санитарной помощи в соответствии с приказом Минздрава России от 20.12.2012 № 1177н.

## **ЦЕЛИ И СОДЕРЖАНИЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ**

### **Психологическая помощь и поддержка**

Влияние СПВ на психологическое состояние семейной пары часто недооценивается. Исследователи обнаружили, что после потери беременности как на ранних, так и на поздних сроках у женщины имеют место психологические проблемы, связанные с перенесенным стрессом и проявляющиеся в виде тревоги и депрессии, выраженные в разной степени, особенно в течение первой недели наблюдения.

Со временем эти проявления уменьшаются, однако у женщин, которые использовали вспомогательные репродуктивные технологии (ВРТ) для преодоления бесплодия, тревога и депрессия наблюдались более продолжительное время по сравнению с теми женщинами, которые забеременели самостоятельно. Кроме того, женщины из

Источник KingMed.info

группы ВРТ испытывают тревогу и депрессию в 2 раза чаще - 9,3 против 5,3% соответственно. При этом выраженность депрессии, по одним данным, не зависит от срока беременности, в котором произошла потеря, по другим - она более выражена при потере беременности на поздних сроках.

Изменения в психоэмоциональном статусе пациенток объясняются также социальными обстоятельствами и факторами психологического здоровья, предшествующими самопроизвольному аборту.

Женщина, которая перенесла СПВ/НВ, находится в группе риска для тревожных симптомов и депрессии в последующие годы. Даже после того как она родит здорового ребенка, она имеет более высокий риск послеродовой депрессии. В статье, опубликованной в 2011 г. в «Британском журнале психиатрии», приводятся результаты обследования более 13 тыс. женщин. Из 2823 женщин, которые имели в анамнезе СПВ, около 15% испытали клинически значимые симптомы депрессии и/или тревоги во время и после беременности в течение последующих 3 лет.

Мужчины также глубоко могут переживать потерю беременности супругой.

Результаты этих исследований подчеркивают важность раннего выявления психологических нарушений и использование необходимых мер их преодоления, чтобы помочь улучшить психологическое состояние женщин и мужчин, которые пережили выкидыш.

Прежде всего, врачу - акушеру-гинекологу необходимо выяснить степень тревожности и/или депрессии у женщины, с тем чтобы определить, нуждается ли пациентка в профессиональной помощи психолога или психиатра.

В целях первичного выявления тревоги и депрессии в условиях общемедицинской практики используется Госпитальная шкала тревоги и депрессии - HADS (*the Hospital Anxiety and Depression Scale*) (Zigmond A.S., Snaithe R.P.), имеющая две части: для определения степени выраженности симптомов тревоги и депрессии (табл. 5.1).

Если сумма баллов по одной из частей шкалы составит 8 баллов и более, необходима консультация врача-невролога, психиатра или психотерапевта для проведения лечения.

Если такой необходимости нет, то врачу будет достаточно выразить пациентке свое сопереживание и сказать слова поддержки, выражая уверенность в успешной реализации программы восстановительного лечения и благополучного исхода последующей беременности.

Следует сообщить пациентке, что комплексная диагностика и лечение позволяют добиться успеха у 85% женщин. Риск повторного аборта составляет 4%, потери третьей беременности - 0,16%.



Таблица 5.1

### Госпитальная шкала тревоги и депрессии

<p>Т. Я испытываю напряженность, мне не по себе</p> <p><input type="checkbox"/> 3 - все время</p> <p><input type="checkbox"/> 2 - часто</p> <p><input type="checkbox"/> 1 - время от времени</p> <p><input type="checkbox"/> 0 - совсем не испытываю</p>	<p>Д. Мне кажется, что я стал все делать очень медленно</p> <p><input type="checkbox"/> 3 - практически все время</p> <p><input type="checkbox"/> 2 - часто</p> <p><input type="checkbox"/> 1 - иногда</p> <p><input type="checkbox"/> 0 - совсем нет</p>
<p>Т. Я испытываю внутреннее напряжение или дрожь</p> <p><input type="checkbox"/> 0 - совсем не испытываю</p> <p><input type="checkbox"/> 1 - иногда</p> <p><input type="checkbox"/> 2 - часто</p> <p><input type="checkbox"/> 3 - очень часто</p>	<p>Д. То, что приносило мне большое удовольствие, и сейчас вызывает такое же чувство</p> <p><input type="checkbox"/> 0 - определенно, это так</p> <p><input type="checkbox"/> 1 - наверное, это так</p> <p><input type="checkbox"/> 2 - лишь в очень малой степени это так</p> <p><input type="checkbox"/> 3 - это совсем не так</p>
<p>Т. Я испытываю страх, кажется, будто что-то ужасное может вот-вот случиться</p> <p><input type="checkbox"/> 3 - определенно, это так, и страх очень сильный</p> <p><input type="checkbox"/> 2 - да, это так, но страх не очень сильный</p> <p><input type="checkbox"/> 1 - иногда, но это меня не беспокоит</p> <p><input type="checkbox"/> 0 - совсем не испытываю</p>	<p>Д. Я не слежу за своей внешностью</p> <p><input type="checkbox"/> 3 - определенно, это так</p> <p><input type="checkbox"/> 2 - я не уделяю этому столько времени, сколько нужно</p> <p><input type="checkbox"/> 1 - может быть, я стал меньше уделять этому внимания</p> <p><input type="checkbox"/> 0 - я слежу за собой так же, как и раньше</p>
<p>Т. Я испытываю неусидчивость, словно мне постоянно нужно двигаться</p> <p><input type="checkbox"/> 3 - определенно, это так</p> <p><input type="checkbox"/> 2 - наверное, это так</p> <p><input type="checkbox"/> 1 - лишь в некоторой степени это так</p> <p><input type="checkbox"/> 0 - совсем не испытываю</p>	<p>Д. Я способен рассмеяться и увидеть в том или ином событии смешное</p> <p><input type="checkbox"/> 0 - определенно, это так</p> <p><input type="checkbox"/> 1 - наверное, это так</p> <p><input type="checkbox"/> 2 - лишь в очень малой степени это так</p> <p><input type="checkbox"/> 3 - совсем не способен</p>
<p>Т. Беспокойные мысли крутятся у меня в голове</p> <p><input type="checkbox"/> 3 - постоянно</p> <p><input type="checkbox"/> 2 - большую часть времени</p> <p><input type="checkbox"/> 1 - время от времени и не так часто</p> <p><input type="checkbox"/> 0 - только иногда</p>	<p>Д. Я считаю, что мои дела (занятия, увлечения) могут принести мне чувство удовлетворения</p> <p><input type="checkbox"/> 0 - точно так же, как и обычно</p> <p><input type="checkbox"/> 1 - да, но не в той степени, как раньше</p> <p><input type="checkbox"/> 2 - значительно меньше, чем обычно</p> <p><input type="checkbox"/> 3 - совсем так не считаю</p>
<p>Т. У меня бывает внезапное чувство паники</p> <p><input type="checkbox"/> 3 - очень часто</p> <p><input type="checkbox"/> 2 - довольно часто</p> <p><input type="checkbox"/> 1 - не так уж часто</p> <p><input type="checkbox"/> 0 - совсем не бывает</p>	<p>Д. Я испытываю бодрость</p> <p><input type="checkbox"/> 3 - совсем не испытываю</p> <p><input type="checkbox"/> 2 - очень редко</p> <p><input type="checkbox"/> 1 - иногда</p> <p><input type="checkbox"/> 0 - практически все время</p>

Т. Я легко могу сесть и расслабиться	Д. Я могу получить удовольствие от хорошей книги, радио- или телепередачи
<input type="checkbox"/> 0 - определенно, это так	<input type="checkbox"/> 0 - часто
<input type="checkbox"/> 1 - наверное, это так	<input type="checkbox"/> 1 - иногда
<input type="checkbox"/> 2 - лишь изредка это так	<input type="checkbox"/> 2 - редко
<input type="checkbox"/> 3 - совсем не могу	<input type="checkbox"/> 3 - очень редко

Расшифровка результатов шкалы HADS:

- 0-7 баллов - отсутствие достоверно выраженных симптомов;
- 8-10 баллов - субклинически выраженная тревога или депрессия;
- 11 баллов и более - клинически выраженная тревога или депрессия.

## **ОБСЛЕДОВАНИЕ И ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕ САМОПРОИЗВОЛЬНОГО И НЕСОСТОЯВШЕГОСЯ ВЫКИДЫША**

### **Первый эпизод самопроизвольного выкидыша/несостоявшегося выкидыша**

#### **Причины самопроизвольного прерывания беременности и объем обследования**

**Генетические aberrации.** В большинстве случаев первый эпизод СПВ/НВ обусловлен спорадическими генетическими aberrациями, представляющими собой случайные «поломки» - мутации в генах-дезоксирибонуклеиновой кислоты (ДНК) или анеуплоидии, которые возникают на этапах гаметогенеза, оплодотворения, ранних стадиях развития плодного яйца.

Около 82% СПВ до 8 нед и 72% - до 12 нед представляют собой генетический сброс - естественный отбор, при котором погибает плод с генетическими аномалиями, несовместимыми с жизнью. Примерно в 30% случаев это происходит на очень ранних стадиях беременности, когда женщина о ней еще не знает. При этом у родителей генетические дефекты отсутствуют, и прогноз для последующей беременности является благоприятным. Именно поэтому рутинное генетическое исследование тканей гестации не дает необходимой информации врачу для выработки дальнейшей тактики ведения пациентки, равно как не требуется и проведение генетического обследования женщины и ее супруга.

**Негативное влияние факторов внешней среды и образа жизни** может иметь значение для возникновения спорадических мутаций, а также оказывать

Источник KingMed.info

непосредственное влияние на беременную и течение геста-ции. Именно поэтому необходимо тщательно собрать анамнез в целях выявления таких факторов.

*Активное курение* более 10 сигарет в день ассоциируется с повышенным риском потери беременности (ОР - 1,23; 95% ДИ - 1,16-1,30). Курение во время беременности повышает риск на 32% (ОР - 1,32; 95% ДИ - 1,21-1,44). Пассивное курение ассоциировано с повышением риска на 11%.

Курение во время беременности приводит к рождению детей с низкой массой тела, отслойке плаценты и синдрому внезапной детской смерти. Тем не менее 14% беременных и 23% женщин репродуктивного возраста являются курильщиками, а пассивное курение является еще более распространенным явлением - 37% беременных испытывают воздействие табачного дыма.

*Употребление алкоголя.* Риск СПВ повышен у женщин, которые употребляют спиртные напитки более 4 раз в неделю в течение первых 12 нед беременности (ОР - 2,65; 95% ДИ - 1,38-5,10). Кроме того, употребление алкоголя во время беременности в любом количестве, даже минимальном, и на любом сроке ассоциировано с высоким риском развития фетального алкогольного синдрома [или его неполного варианта - фетального алкогольного спектра нарушений (ФАСН)], характеризующегося прежде всего поражением ЦНС, врожденными пороками со стороны сердечно-сосудистой и других систем, типичными проявлениями фенотипа. Необходимо информировать женщину, что уже на этапе подготовки к беременности следует полностью отказаться от употребления алкоголя.

*Прием некоторых лекарственных средств,* обладающих тератогенным действием, должен быть исключен. НПВС нарушают процессы имплантации за счет блока активности простагландинов в децидуальной ткани, и принимать их (в том числе в составе комплексных препаратов для снятия боли) также не следует.

*Индекс массы тела* менее 18,5 или выше 25 кг/м<sup>2</sup> ассоциируется с повышенным риском бесплодия и СПВ.

*Род деятельности* пациентки необходимо выяснить и сменить его, если работа связана с ионизирующим излучением, фармацевтическим производством, производством лакокрасочной продукции, табачных изделий, других агрессивных химических веществ, в горячих цехах.

Врачу, консультирующему женщину после СПВ, следует рекомендовать ей отказаться от курения, употребления алкоголя, наркотических средств, направить к специалисту для коррекции питания при повышенных значениях индекса массы тела и лечения ожирения. Для увеличения результативности отказа от курения и употребления алкоголя в период прегравидарной подготовки следует использовать методику мотивационного интервью и краткосрочного вмешательства (см. раздел «Прегравидарная подготовка»).

**Воспалительный процесс в эндометрии.** По данным российских исследований, в абортном материале и материале прилежащего эндометрия при ранних и поздних СПВ обнаруживаются признаки воспалительного процесса (инфекционного или реактивного). Через 3-4 мес после СПВ у большинства пациенток выявляется ХЭ различной степени активности. Рекомендуется ставить диагноз и лечить ХЭ у всех женщин, перенесших хотя бы один НВ, причем реабилитационные мероприятия для предотвращения формирования клинически выраженного ХЭ следует проводить сразу после СПВ/НВ.

Некоторые инфекции, в том числе *листерии, токсоплазма, краснуха, вирусы простого герпеса, кори, цитомегаловирус и коксакивирус*, могут иметь значение в инициации спорадических СПВ с частотой от 0,5 до 5%. Предполагаемые механизмы инфекционных причин потери беременности включают прямое заражение матки, плода или плаценты, развитие плацентарной недостаточности, ХЭ или эндоцервицит, амнионит. Поскольку большинство из них являются изолированными событиями, представляется, что существует ограниченная роль инфекций как причинного фактора СПВ.

Определенную роль в реализации СПВ играют *микоплазмы, хламидии, вирус простого герпеса*. Однако наиболее уместно говорить о наличии хронической инфекции, которая является вторичной по отношению к ослабленному иммунитету пациента, и повышении риска потери беременности. Именно поэтому оценка риска и терапия должны быть адаптированы к отдельным случаям.

Обследование на ИППП показано:

- при наличии иммунодефицита;
- подозрении на наличие инфекции (клиническая картина, инфицированный половой партнер, группы риска по ИППП);
- трудностях с зачатием (сниженная фертильность);
- у женщин старше 35 лет.

Рутинный инфекционный скрининг всем женщинам с СПВ не рекомендуется ввиду недостаточности доказательных данных.

Женщин, у которых обнаружены *Chlamydia tr.* и которым поставлен диагноз неосложненной инфекции шейки матки, вызванной *Chlamydia tr.*, следует рассматривать как лиц с наличием субклинической инфекции верхних отделов репродуктивного тракта.

У всех пациенток, у которых обнаружена *Chlamydia tr.*, лечение следует начинать незамедлительно, поскольку задержки лечения могут быть связаны с осложнениями (например, ВЗОМТ, внематочной беременностью, бесплодием).

## **Общие рекомендации после самопроизвольного выкидыша/несостоявшегося выкидыша**

**Интергенеративный интервал.** Рекомендации по соблюдению интервала между СПА и наступлением последующей беременности на протяжении 6-12 мес не оправдались. Так, при многофакторном анализе населения на основе проспективных данных из демографической системы наблюдения с участием 9214 женщин с 10 453 беременностями, которые закончились выкидышем и сопровождались наступлением другой беременности, было выявлено следующее.

По сравнению с интервалом 6-12 мес при беременностях, которые наступили через 3 мес и менее после выкидыша, не было увеличения частоты выкидышей (скорректированное отношение ОР - 0,70; 95% ДИ - 0,57-0,86). Напротив, при увеличении интервала до 12-18 мес риск выкидышей возрастал на 25% (ОР - 1,25; 95% ДИ - 1,01-1,56) и при интервале более 48 мес - почти в 2 раза (ОР - 1,90; 95% ДИ - 1,40-2,58). При этом вероятность ИПБ через 18-24 мес возрастала в 2,4 раза (ОР - 2,36; 95% ДИ - 1,48-3,76). Никаких существенных воздействий продолжительность интервала между беременностями не оказывала на риск мертворождения. Однако слишком короткий интервал (менее 3 мес) сопровождался повышением риска поздней неонатальной смертности.

**Контрацепция.** На период до 3 мес необходимо рассмотреть вопрос о контрацепции на основе консультирования и предпочтений женщины, при этом следует информировать пациентку о пользе любых гормональных методов в этот период (применение внутриматочных устройств не показано). Возможно также применение презерватива (как дополнительного или самостоятельного способа) при наличии факторов риска ИППП с обязательным информированием о правилах его использования, так как эффективность его защиты снижается, если пользователи допускают ошибки. Теоретическая возможность метода довольно высока и при «идеальном» использовании составляет 98% для предупреждения беременности и 85% - для профилактики ИППП.

**Прегавидарная подготовка** должна выполняться у всех женщин, заинтересованных в наступлении беременности в течение 2-3 мес, алгоритм которой описан в соответствующем разделе.

## **Повторные эпизоды самопроизвольного выкидыша (привычный выкидыш)**

### **Причины привычного невынашивания беременности и объем обследования**

**Генетические причины.** Спорадические генетические дефекты плода, о которых говорилось выше, иногда совместимы с жизнью и не приводят к элиминации

пораженного эмбриона. Давно известен факт, что возраст матери коррелирует с частотой анеуплоидии у потомства, и недавнее наблюдение выявило корреляты и с возрастом отца. С увеличением возраста связано появление мутаций *de novo* - генетических вариантов, которые возникают у ребенка, но не присутствуют у обоих родителей.

Спорадические генетические мутации являются причиной 90% врожденных генетических заболеваний. Рожденный ребенок имеет, как правило, рецессивный признак аномалии, которого нет у родителей. Однако, чтобы быть уверенным в этом, в такой ситуации необходим поиск генетических дефектов у будущих родителей. Приблизительно от 2 до 4% СПВ связаны с родительскими сбалансированными структурными хромосомными перестройками, которые являются наследуемыми. Если в семье имеется два члена и более с врожденными аномалиями развития, то заболевание считается семейным. Для исключения (или подтверждения) наследственного характера повторных СПВ необходимо провести оценку риска врожденных дефектов плода для будущей беременности.

Другие причины, которые следует учитывать, - генные мутации, вызывающие преждевременное половое развитие. Выявлено 27,5% семейных случаев среди пациентов с идиопатическим преждевременным половым развитием. Анализ этой когорты выявил аутосомно-доминантный тип передачи с неполной секс-зависимой пенетрантностью.

Недавние исследования показали, что генетические факторы играют важную роль в возникновении рецидива неудачи имплантации. Хотя некоторые из этих факторов, такие как хромосомные анеуплоидии, известны как причинные факторы, существуют и другие, которые усиливают частоту данного события.

Показания к генетическому исследованию супружеской пары изложена на с. 268.

После получения результатов требуется консультация генетика и определение риска рождения ребенка с аномалиями развития. В случае необходимости используют донорский материал в программах вспомогательных репродуктивных технологий.

**Анатомические нарушения.** К анатомическим причинам привычного выкидыша относят истмико-цервикальную недостаточность, врожденные аномалии развития матки (такие как полное удвоение матки, двурогая, седловидная, однорогая матка, частичная или полная внутриматочная перегородка), приобретенные анатомические дефекты (внутриматочные синехии, тонкий эндометрий, миому матки размером более 5 см, а также подслизистые миомы любого размера, полип). Перегородка матки является врожденной аномалией, которая наиболее часто связана с риском спонтанного прерывания беременности (76%).

Обследование включает УЗИ и/или гистероскопию, гистеросальпингографию, магнитно-резонансную томографию (в отдельных случаях).

После гистероскопической резекции перегородки нормальными исходами заканчивается 85% беременностей. Миомэктомию следует рассматривать во всех случаях подслизистой миомы или любого типа миомы с размером узла более 5 см. Было показано значительное улучшение показателей рождаемости в этой когорте - с 57 до 93%.

**Эндокринологические нарушения.** Наиболее значимыми эндокринными причинами являются недостаточность лютеиновой фазы (НЛФ), гиперсекреция ЛГ и гиперандрогения, гиперпролактинемия, дисфункция щитовидной железы и сахарный диабет, которые в совокупности составляют от 17 до 20% причин, провоцирующих выкидыш, что, однако, в последнее время подвергается сомнению.

*Недостаточность лютеиновой фазы.* «Золотым стандартом» диагностики НЛФ является гистологическое исследование эндометрия (для верификации диагноза - за 2 дня до очередной менструации; для изучения эндометрия в так называемом окне имплантации - на 6-й день после овуляции). НЛФ диагностируется, когда появляется стойкое отставание более 2 дней в гистологическом развитии эндометрия по сравнению с днем менструального цикла. Сегодня истинная роль НЛФ в СПВ является спорной, и биопсия эндометрия для его диагностики рекомендуется редко.

*Синдром поликистозных яичников.* В некоторых исследованиях отмечается повышение лютеинизирующего гормона или андрогенов (связанное с синдромом поликистозных яичников) у пациенток с потерей беременности и предполагается, что эти аномалии могут привести к преждевременному старению ооцита и/или десинхронозу процесса созревания эндометрия. Синдром поликистозных яичников обнаруживается, по крайней мере, у 40% пациенток с СПВ, и его частота снижается при лечении сенситайзерами инсулина (метформином).

Диагностика синдрома поликистозных яичников в настоящее время основана на трех критериях, которые могут сочетаться в различных вариантах (Роттердам, 2003). К ним относятся: 1) клинические и/или биохимические признаки избыточной активности или повышенной продукции андрогенов; 2) олигоили ановуляция; 3) поликистозные яичники по данным УЗИ органов малого таза (визуализация не менее 12 фолликулов диаметром 2-9 мм как минимум в одном яичнике и/или объем хотя бы одного яичника более 10 мм<sup>3</sup>).

Непременным условием правильного диагноза постулируется выделение фенотипических вариантов как при наличии всех компонентов (поликистоз яичников + гиперандрогения + хроническая ановуляция - фенотип А), так и без одного из трехкомпонентов синдрома: без поликистоза яичников (фенотип В), без хронической ановуляции (фенотип С) и даже без гиперандрогении (фенотип D).

*Заболевания щитовидной железы.* Связь между антитиреоидными антителами и СПА у эутиреоидных пациентов в настоящее время не подтверждается. Не выявлено достоверной разницы в частоте выкидышей у беременных с заболеваниями щитовидной железы и без патологии щитовидной железы.

Тем не менее физиологическая гиперфункция щитовидной железы в период беременности играет важную роль для плода. В условиях даже легкого йодного дефицита у беременной и плода неоднократно и всесторонне доказано формирование вторичной тиреоидной недостаточности, которая служит основной предпосылкой развития у ребенка разнообразных отклонений со стороны ЦНС (неврологический кретинизм и субкретинизм) и собственно тиреоидной дезадаптации в периоде новорожденности (транзиторный неонатальный эндемический гипотиреоз, диффузный эндемический зоб). В эндемичных регионах в сравнении с йодобеспеченными у беременных существенно повышена частота мертворождений, а у их потомства не только регистрируется снижение интеллектуального индекса (в среднем на 15 пунктов), но отмечается также высокий риск врожденных пороков развития (сердца и др.), респираторного дистресс-синдрома, перинатальной и ранней младенческой смертности.

Потребность в йоде после зачатия существенно возрастает и составляет, согласно последним оценкам экспертов ВОЗ, не менее 150- 200 мкг/сут. У здоровой беременной, не имеющей патологии щитовидной железы и проживающей в условиях адекватного снабжения йодом, повышенная потребность в ТТГ на фоне гестации успешно обеспечивается целым рядом физиологических механизмов.

У многих беременных без патологии щитовидной железы, проживающих в условиях йодной недостаточности (даже легкой степени), способность вырабатывать дополнительные порции тироксина заметно снижена. При этом в эндемичных по дефициту йода регионах у большинства беременных формируются субклинические или явные патологические сдвиги:

- 1) *относительная или явная гипотироксинемия* (что подтверждается аномальным снижением концентрации свободной фракции тироксина в сыворотке крови и/или отношением общего содержания ТТГ к уровню транспортного глобулина, а во второй половине гестации - еще и повышением уровня гипофизарного тиреотропина по принципу отрицательной обратной связи и/или трийодтиронина, который тем не менее не способен проникать в нейроны головного мозга плода);
- 2) *избыточная утечка белка тиреоглобулина* из фолликулов щитовидной железы коллоидального, молекулы которого имеют обедненные запасы ТТГ;
- 3) *супрафизиологическая гипертрофия щитовидной железы* (что подтверждается нарастанием тиреоидного объема, по данным УЗИ щитовидной железы, сверхобычного - выше 15%) вплоть до формирования диффузного зоба.



Источник KingMed.info

Достигнуто всеобщее понимание того, что хотя бы легкие ментальные нарушения по причине внутриутробно перенесенного дефицита йода являются не только чрезвычайно распространенным, но и самым частым вариантом умственной отсталости, которую вполне реально предотвратить путем пренатальной дотации физиологических доз йода.

Распространенность гипотиреоза у беременных составляет 2%.

Исходы беременности у женщин с гипотиреозом можно улучшить при раннем (возможно, пренатальном) введении гормонов щитовидной железы в целях профилактики врожденного гипотиреоза и кретинизма.

В соответствии с последними международными рекомендациями, во время беременности для оценки функции щитовидной железы необходимо использовать триместр-специфические референсные диапазоны уровня ТТГ: в I триместре - 0,1-2,5 мЕД/л, в II - 0,2-3,0 мЕД/л, в III - 0,3-3,0 мЕД/л. Именно эти диапазоны следует рассматривать как целевые при заместительной терапии гипотиреоза у беременных. Для заместительной терапии гипотиреоза препаратом выбора является синтетический левотироксин. Целью заместительной терапии является восстановление нормальных физиологических функций всех органов и систем, нарушенных вследствие гипотиреоза. Критерием адекватности лечения у беременных является поддержание уровня ТТГ менее 2,5-3,0 мЕД/л.

В связи с тем что не всякое повышение уровня АТ свидетельствует о наличии аутоиммунного тиреоидита и о существующем риске развития гипотироксинемии, при выявлении его повышенного уровня без других признаков заболевания необходим мониторинг ее функции с определением уровня ТТГ каждые 4 нед в первой половине беременности и хотя бы один раз между 26-й и 32-й неделей. Как указывалось выше, для ранних сроков беременности в норме характерен низкий уровень ТТГ. Если уровень ТТГ у носительниц АТ к ТПО менее 2 мЕД/л, назначение L-тироксина не показано. Наличие ТТГ более 2 мЕД/л на ранних сроках беременности у женщин - носительниц этих антител косвенно свидетельствует о снижении функциональных резервов щитовидной железы и повышенном риске развития относительной гипотироксинемии. Для таких пациенток целесообразно рассматривать вопрос о назначении превентивной терапии L-тироксином. Если уровень ТТГ превышает 4 мЕД/л независимо от наличия или отсутствия антител, у пациентки с высокой вероятностью имеется гипотиреоз. Этим женщинам показана терапия L-тироксином на протяжении всей беременности.

**Иммунологические нарушения.** Выделяют аутоиммунные (против собственных тканей материнского организма) и аллоиммунные (против антигенов эмбриона/плода, полученных от отца) нарушения.

Источник KingMed.info

Иммунологическое исследование включает HLA-типирование, анализ уровня антиспермальных антител и цитокиновый статус, исследование для определения АФС (кардиолипидных антител, волчаночного антикоагулянта).

Общепризнанным аутоиммунным состоянием, ведущим к гибели эмбриона/плода, в настоящее время является АФС (частота в популяции - 5%, при повторных СПВ - 27-42%).

Диагноз АФС достоверен при наличии одного клинического и одного лабораторного критерия. Клиническими критериями АФС являются: сосудистые тромбозы в анамнезе любой локализации, подтвержденные данными доплерометрии или гистологическим исследованием (без признаков васкулита); осложнения беременности в анамнезе - три СПВ и более до 10 нед (при отсутствии других причин); антенатальная гибель морфологически нормального плода на сроке более 10 нед; ПР морфологически нормальным плодом до 34 нед в связи с тяжелым течением пре-эклампсии или плацентарной недостаточностью. Лабораторным критерием АФС является выявление в крови кардиолипидных антител IgG и/или IgM в среднем или высоком титре и волчаночного антикоагулянта в плазме двукратно с интервалом минимум 12 нед.

После постановки диагноза рекомендации по лечению включают применение низких доз ацетилсалициловой кислоты (Аспирин\*) (80-100 мг/сут) в сочетании с низкомолекулярным гепарином (при отсутствии системных аутоиммунных заболеваний, таких как системная красная волчанка или тромбоз в анамнезе). Ацетилсалициловая кислота (Аспирин\*) и низкомолекулярный гепарин следует начинать при положительном тесте на беременность.

К аллоиммунным процессам, ведущим к отторжению плода, относят: наличие у супругов повышенного количества (более трех) общих антигенов системы главного комплекса гистосовместимости; низкий уровень блокирующих факторов в сыворотке матери; повышенное содержание естественных киллерных клеток (NK-клеток, CD-56, CD-16) в эндометрии и периферической крови матери как вне, так и во время беременности; высокие уровни в эндометрии и сыворотке крови ряда цитокинов ( $\gamma$ -интерферона, фактора некроза опухоли- $\alpha$ , интерлейкинов-1, -2).

Несмотря на повышенный интерес к этой потенциальной этиологии СПВ, не существует консенсуса в отношении надлежащего диагностического поиска или терапии. Методы лечения, такие как иммунизация отцовскими лейкоцитами, введение внутривенного иммуноглобулина, иммунизация донорскими клетками третьей стороны и др., не показали существенного улучшения показателей рождаемости живых детей, и перечисленные методы доступны только для использования в официально утвержденных исследованиях.

**Генетически обусловленные (наследственные) тромбофилии** встречаются у 15% населения.

Наиболее распространенными из них являются мутации фактора V Лейдена, гена протромбина и гена, кодирующего метилентетрагидро-фолатредуктазу (MTHFR). Эти мутации связаны с умеренным тромботическим риском. В отличие от этого, более серьезные тромбофилические недостатки, связанные с антитромбином и протеином S, гораздо менее распространены среди населения.

Исследование на наследственные тромбофилии показано только при наличии тромбозов, тромбоэмболии или рецидивирующих тромбозов в анамнезе у женщины и/или ее ближайших родственников, инфарктов и инсультов в возрасте до 45 лет у родственников, тромбоэмболических осложнениях при беременности и/или после родов, мертворождениях, задержке роста плода (ЗРП) и отслойке плаценты, раннем начале преэклампсии, HELLP-синдроме в анамнезе у женщины, тромбозах при использовании гормональной контрацепции.

У беременных оптимальным признан диапазон гомоцистеина 4,6- 12,4 мкмоль/л.

Терапия наследственных тромбофилий специфична и зависит от выявленного дефекта. Она может включать: 1) дополнительные дозы фолиевой кислоты для пациентов с гипергомоцистеинемией (5 мг/сут); 2) профилактическое применение антикоагулянтов в случаях изолированных дефектов, не имеющих личной или семейной истории тромботических осложнений (а также когда гипергомоцистеинемия является невосприимчивой к добавкам фолиевой кислоты); 3) терапевтическое применение антикоагулянтов в случаях комбинированных тромбофилических дефектов. Уровни гомоцистеина должны быть повторно исследованы после первичного лечения (контроль за концентрацией гомоцистеина в крови необходимо осуществлять на фоне проводимого лечения 1 раз в 2 нед до нормализации уровня показателей, затем 1 раз в месяц до окончания беременности).

**Хронический эндометрит.** ХЭ является частой причиной нарушений репродуктивной функции (привычное невынашивание, бесплодие, неудачи ЭКО).

Диагностика и тактика ведения больных с ХЭ в настоящее время не имеют четких критериев и нередко вызывают определенные трудности. В связи с этим более подробно они представлены в следующем разделе.

**Необъяснимые причины потери беременности.** Когда все известные и потенциальные причины СПВ исключены, почти половина пациенток будут оставаться без окончательного диагноза. Оптимальное ведение этих пациенток столь же неясно, как и их этиология. Возможна эмпирическая терапия прогестероном у женщин, которые испытали, по крайней мере, три потери беременности, или применение ацетилсалициловой кислоты (Аспирин\*) в качестве потенциальной терапии необъяснимого СПВ (доказано увеличение живорождений у женщин с предыдущими выкидышами после 13 нед беременности).

Источник KingMed.info

Наиболее эффективная терапия у пациенток с необъяснимыми причинами СПВ - дородовое консультирование и психологическая поддержка. Эти меры, как было показано, увеличивают показатели успеха при последующей беременности и составляют 86% по сравнению с 33% у женщин, которым не была предоставлена дополнительная дородовая помощь.

**Алгоритм лечения привычного невынашивания беременности** при установленной причине осуществляется в соответствии с общепринятыми рекомендациями (Акушерство: Национальное руководство, 2016) и обычно не вызывает затруднений.

## **ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И ЛЕЧЕБНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ЭНДОМЕТРИТЕ И ТОНКОМ ЭНДОМЕТРИИ<sup>1</sup>**

Одной из важнейших причин снижения репродуктивной функции является хронический воспалительный процесс в эндометрии. Для данного заболевания характерны нарушение межклеточных взаимодействий, склероз стромы вокруг сосудов, изменения ангиоархитектоники тканей и ишемия.

Полноценное созревание эндометрия, его восприимчивость (рецептивность) и способность вступать в адекватный «диалог» с продуктом зачатия являются залогом успешного наступления и вынашивания беременности. Нарушения имплантации приводят не только к многолетнему бесплодию и неудачам ЭКО, но и к самопроизвольным выкидышам в I триместре беременности, повышению риска ПР и других осложнений (преэклампсии, синдрома задержки роста плода, плацентарной недостаточности). Указанные осложнения в настоящее время рассматривают как следствие недостаточности инвазии трофобласта, формирующейся на ранних стадиях имплантации бластоцисты.

### **Диагностика хронического эндометрита**

#### **Узи органов малого таза**

У женщин с бесплодием и привычным СПВ очевидна необходимость морфофункциональной оценки эндометрия.

Всем пациенткам с ранней потерей беременности в анамнезе необходимо обследование, включающее:

- УЗИ органов малого таза с доплерометрией сосудов матки;
- гистероскопия и гистологическое исследование эндометрия;
- микроскопия и ПЦР-диагностика отделяемого цервикального канала;
- исследование иммунного статуса (по показаниям);
- определение уровня  $\alpha_2$ -микроглобулина фертильности в менструальной крови.

**УЗИ органов малого таза** с доплерометрией сосудов матки выполняется на 5-9-й и 22-24-й день менструального цикла. **УЗИ-признаки ХЭ:**

- истончение М-эха и изменение эхоструктуры эндометрия;
- неровность линии смыкания;

<sup>1</sup> Автор выражает благодарность в подготовке данного раздела д-ру мед. наук, профессору И.В. Кузнецовой.

- расширение полости матки за счет жидкостного содержимого, визуализация пузырьков газа в полости матки;
- диффузно-очаговые и кистозные изменения в субэндометриальной зоне миометрия.

Чувствительность метода составляет 78%, специфичность - 82%.

### **Гистероскопия и гистологическое исследование эндометрия**

«Золотым стандартом» оценки состояния слизистой оболочки матки признана гистероскопия с биопсией и последующим гистологическим исследованием эндометрия.

Однако визуальной и морфологической диагностике доступны только структурные изменения полости матки и ХЭ, что ограничивает применение данного метода. Гистологические критерии тонкого эндометрия в настоящее время не выработаны. Тем не менее при иммуно-гистохимическом исследовании выявляется ряд изменений, которые характеризуют это патологическое состояние слизистой оболочки тела матки.

ВА слизистой оболочки матки проводят в средней и поздней фазе пролиферации на 7-10-й день менструального цикла.

**Общепринятые критерии** морфологической диагностики ХЭ следующие.

- Воспалительные инфильтраты, состоящие преимущественно из лимфоидных элементов, расположенные чаще вокруг желез и кровеносных сосудов, реже диффузно. Очаговые инфильтраты имеют вид лимфоидных фолликулов и располагаются не только в базальном, но и во всех отделах функционального слоя, в их состав входят также лейкоциты и гистиоциты.
- Наличие плазматических клеток.
- Очаговый фиброз стромы, возникающий при длительном течении хронического воспаления, иногда захватывающий обширные участки.
- Склеротические изменения стенок спиральных артерий эндометрия, появляющиеся при наиболее длительном и упорном течении заболевания и выраженной клинической симптоматике.

Различия в трактовке гистологических особенностей ХЭ обусловлены наличием вариантов, которые определяются особенностями общей и тканевой реактивности, этиологическим фактором, продолжительностью заболевания, наличием обострений и степенью их выраженности.

## **Микроскопия и ПЦР-диагностика отделяемого цервикального канала**

Данный вид исследования необходим для подтверждения или отрицания инфекционной природы ХЭ.

Некоторые авторы полагают, что в большинстве случаев инфекционный фактор не играет существенной роли в патогенезе заболевания, поэтому при отсутствии признаков обострения воспалительного процесса не нужно применять антибактериальные препараты. Основу лечения, по их мнению, должна составлять иммуномодулирующая и гормональная терапия с использованием КОК. Другие же авторы полагают, что недооценка роли микробного агента как одной из ведущих причин ХЭ приводит к заблуждению клиницистов и не способствует эффективному лечению.

На сегодняшний день ХЭ рассматривается как клинико-морфологический синдром, при котором вследствие персистирующе-го повреждения эндометрия инфекционным агентом возникают множественные вторичные морфологические и функциональные изменения, нарушающие циклическую биотрансформацию и рецептивность слизистой оболочки тела матки. В 95% случаев ХЭ является первичным, развиваясь непосредственно в эндометрии за счет внедрения экзогенных штаммов микроорганизмов, передаваемых половым путем, или размножения условно-патогенной микрофлоры в эндометрии после внутриматочных лечебных и диагностических манипуляций. Лишь в 5% случаев эндометрит носит вторичный характер. Специфический ХЭ может быть хламидийной, вирусной (вирус простого герпеса, цитомегаловирус, энтеровирусы), бактериальной (возбудители туберкулеза, гонореи), микоплазменной, грибковой, протозойной (токсоплазма, шистосома) и паразитарной этиологии. По данным В.И. Краснопольского и соавт. (2004), спектр генитальной инфекции, выявленной при ПЦР-диагностике отделяемого из цервикального канала и полости матки у пациенток с ХЭ, включает: хламидии - в 14,9%, генитальный герпес - в 33,6%, уреаплазмы - в 37,8%, микоплазмы - в 11,6%, цитомегаловирус - в 18,9% случаев.

Важная роль в развитии ХЭ на сегодняшний день принадлежит облигатно-анаэробным микроорганизмам - бактероидам и пепто-стрептококкам в сочетании с микроаэрофилами - микоплазмами и гарднереллами, а также факультативно-анаэробным микроорганизмам, таким как эшерихии, энтерококки, стрептококки группы В, и вирусами. Так, при невынашивании беременности, ассоциированной с ХЭ, вирусно-бактериальная контаминация эндометрия выявляется у 55,8% женщин, тогда

Источник KingMed.info

как чистая бактериальная обсемененность эндометрия верифицируется только у 12,3% пациенток, а моновирусная контаминация эндометрия, преимущественно вирусом простого герпеса или цитомегаловирусом, - у 31,9% женщин.

Изучение роли условно-патогенных микроорганизмов в генезе ХЭ основывается исключительно на данных, полученных при микроскопии нативного мазка отделяемого из влагалища. Культуральный метод имеет ограниченную ценность. Он полезен только для видов *Candida* и стрептококков группы А. Идентификация других видов бактерий условно-патогенных микроорганизмов по культуре не имеет никакого значения и вводит в заблуждение, так как разнообразные виды бактерий могут колонизировать влагалище и не являются патогенными (Donders G.G. et al., 2002).

### **Исследование иммунного статуса (по показаниям)**

Помимо влияния на общую систему иммунитета, инфекционные агенты вызывают серьезные изменения в местном иммунитете, которые проявляются: увеличением количества Т-лимфоцитов, NK-клеток, макрофагов; преобладанием Т<sub>2</sub>-клеточного звена иммунитета над Т<sub>1</sub>; увеличением количества IgM, IgA, IgG, что способствует реакциям отторжения эмбриона.

По мнению ряда авторов, в абортном материале и материале прилежащего эндометрия при ранних и поздних самопроизвольных выкидышах обнаруживаются признаки инфекционно-воспалительного процесса. Через 3-4 мес после самопроизвольного аборта у всех пациенток выявляется ХЭ различной степени активности (Воропаева Е.В., 2011). НрБ рассматривается как 100% ХЭ аутоиммунной природы (Радзинский В.Е., 2009).

Е.А. Михнина, В.Н. Эллиниди, Н.М. Калинина и соавт. разработали способ диагностики ХЭ и характера воспаления (патент № 2236013 от 02.10.2003. Опубликовано 09.10.2004), позволяющий точно установить аутоиммунную природу ХЭ и вовлечение иммунной системы в воспалительный процесс в исследуемой ткани (эндометрии). Обоснованием разработки послужило положение о том, что воспаление нередко развивается только локально, вызывая нарушение функции органа, и всегда сопровождается изменениями параметров системного и локального иммунитета.

Методика включает определение клеток, участвующих в воспалении, и сопоставление показателей местного и системного иммунитета (определяют в эндометрии лимфоциты, экспрессирующие маркеры естественных

киллерных клеток CD56+ и CD16+, и лимфоциты, экспрессирующие маркер активации HLA-DR+ II класса, участвующие в распознавании антигена).

Интерпретация результатов представлена в табл. 5.2.

**Интерпретация результатов исследования местного иммунитета**

Показатели	Значение	Заключение
CD56+, CD16+, HLA-DR+ II	От 0 до 10 в поле зрения	Отсутствие ХЭ
CD56+, CD16+, HLA-DR+ II	Выше 10 От 0 до 10	Аутоиммунный ХЭ
CD56+, CD16+, HLA-DR+ II	Выше 10	Обострение аутоиммунного ХЭ
CD16+, HLA-DR+ II	Выше 10	ХЭ с обострением или острый эндометрит
CD56+	От 0 до 10	
CD56+, CD16+	Выше 10	ХЭ с аутоиммунным компонентом, но без активации процесса
HLA-DR+ II	От 0 до 10	
CD16+	Выше 10	ХЭ
CD56+, HLA-DR+ II	От 0 до 10	

**Определение уровня  $\alpha_2$ -микроглобулина фертильности (АМГФ)**

Уровень АМГФ исследуют в менструальной крови на 2-3-й день менструального цикла. У здоровых небеременных его содержание составляет 2-16 мкг/мл, у больных ХЭ - в 5 раз выше, при ХЭ и НЛФ - в 20 раз выше.

**Диагностика гипопластического варианта хронического эндометрита**

Длительное течение ХЭ сопряжено с развитием вторичных морфо-функциональных изменений эндометрия, заключающихся в активации склеротических процессов с повреждением экстрацеллюлярного матрикса, нарушением медиаторных межклеточных взаимодействий, изменением ангиоархитектоники ткани и развитием ее ишемии. При этом в большинстве случаев при гистологическом исследовании эндометрия выявляется неполноценная морфологическая картина ХЭ», а вследствие нарушенного иммунного барьера со временем часто происходит смена ведущего микробного агента в сторону преобладания условно-патогенной микрофлоры. В настоящее время не существует общепризнанного определения «тонкий эндометрий». В различных исследованиях авторы предлагают рассматривать в качестве прогностического критерия неудачи имплантации разную толщину эндометрия. Принято считать, что толщина эндометрия в период предполагаемого имплантационного окна менее 8 мм дает минимальные шансы на продуктивное зачатие. Согласно результатам систематизированного обзора и метаанализа исследований по оценке клинически значимой толщины эндометрия в программах ЭКО, тонкий эндометрий (менее 7 мм) наблюдался только в 2,4% успешных циклов, завершившихся наступлением беременности. Вероятность клинической беременности при толщине эндометрия менее 7 мм была значительно ниже по сравнению со случаями толщины эндометрия более 7 мм (23,3 и 48,1% соответственно).



Наряду с толщиной эндометрия важнейшим показателем его состоятельности считаются эхографические особенности, в частности, признаки трехслойной структуры. Было показано, что даже при толщине эндометрия менее 7 мм наличие трехслойной структуры может обеспечить наступление беременности (24,4%) и низкую частоту выкидышей в I триместре, тогда как при отсутствии признаков трехслойной структуры беременностей не наблюдалось.

Другими признаками являются очаговый склероз стромы, снижение плотности сосудов, нарушение маточной гемодинамики на всех уровнях.

У пациенток с исходным истончением эндометрия менее 7 мм выявляется высокорезистентный кровоток в сосудах матки, при этом отмечается значительное снижение визуализации мелких артериальных сосудов (базальных и спиральных артерий) и некоторое снижение конечной диастолической скорости в маточных артериях, у трети женщин - несимметричная васкуляризация миометрия.

### **Принципы лечения хронического эндометрита**

Мнения ученых относительно принципов лечения ХЭ разнятся.

В большинстве работ предлагается двухэтапная программа, включающая устранение инфекции и коррекцию иммунных нарушений (первый этап) с последующим курсом реабилитации, направленным на восстановление морфофункционального потенциала ткани и устранение последствий вторичных повреждений (второй этап) (Evaluation and treatment of recurrent pregnancy loss: a committee opinion. The Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Fertility and Sterility. 2012. Vol. 98. N 5. P. 1103- 1111; Акушерство: Национальное руководство, 2015).

Исследования последних лет показали, что у большинства женщин с повторными выкидышами и наличием ХЭ отмечают превалирование в эндометрии 2-3 видов облигатных и анаэробных микроорганизмов и более. Именно поэтому большинство ученых приветствуют применение эмпирической антибиотикотерапии в лечении ХЭ на этапе пре-гравидарной подготовки. При верификации диагноза лечение проводят согласно стандартам лечения ВЗОМТ.

Вовлечение иммунной системы в патологический процесс диктует необходимость использования иммуномодуляторов в схемах лечения (по показаниям).

Восстановительное лечение включает коррекцию метаболических нарушений и последствий ишемии путем усиления тканевого обмена, активации энергетических процессов в клетках, устранения последствий гипоксии ткани с использованием препаратов метаболической терапии (таких как аминокислоты, жирные кислоты, витамины, гормоны, препараты из крови и тканей и др.).

Подавление фиброобразования, восстановление гемодинамики и активности рецепторного аппарата эндометрия достигается применением физических факторов

(Дикке Г.Б., 2001; Силантьева Е.С., 2008; Мелкозерова О.А., 2015) и циклической гормональной терапии (дискуссионно) (Овчарук Э.А., 2013).

## **Антибактериальная терапия**

Эндометриит (инфекционно-зависимый и/или аутоиммунный), с одной стороны, сопровождается потерю беременности, а с другой - сам в дальнейшем запускает каскад расстройств, приводящих к репродуктивным потерям и бесплодию.

Следует учитывать, что практика назначения антибиотиков каждой пациентке с НВ рассматривается в настоящее время как нерациональная. Химиотерапию антибактериальными средствами следует проводить при доказанном наличии причинно-значимого инфекта ( $10^6$  КОЕ/мл и более в результатах бактериологического исследования посева отделяемого из полости матки) и выявлении ИППП (Cicinelli E. et al., 2014).

Результаты исследования (там же) показали, что по данным гистероскопии 57,8% женщин с привычным невынашиванием беременности имели ХЭ. У 91,3% из них диагноз был подтвержден гистологическими результатами и 68,3% имели положительные результаты культурально-го исследования. Общие бактерии были обнаружены у 77,5% больных, *Mycoplasma g.* и *Ureaplasma ur.* были найдены у 25,3% и *Chlamydia tr.* - у 12,7%. Антибактериальная терапия нормализует состояние эндометрия (что подтверждают результаты гистероскопии, гистологического и культурального исследований) и приводит к наступлению беременности у 78,4% пациенток в течение 1 года.

Результаты антибиотикотерапии в лечении ХЭ в случаях невынашивания беременности или гибели плода на сроках менее 10 нед (n=395) представлены в работе D.V. McQueen и соавт. (2014). Полное излечение наступило у 100% пациенток. Кумулятивная частота живорождений составила 88% в группе получавших лечение по поводу ХЭ против 74% - без ХЭ с невынашиванием в анамнезе. Частота живорождений при ХЭ была 56% после лечения, 7% - без лечения.

**В рекомендациях CDC** (2015) (Pelvic Inflammatory Disease, 2015) предложены следующие принципы терапии инфекций органов малого таза.

- Схемы лечения антибиотиками должны включать широкий спектр вероятных возбудителей и быть эффективными против гонореи и хламидийной инфекции, потому что отрицательные результаты исследования из канала шейки матки не исключают ее наличие в верхних отделах репродуктивного тракта.
- Рекомендуется использование схем с назначением препаратов против анаэробной инфекции.

Источник KingMed.info

- Лечение должно быть начато, как только предположительный диагноз был поставлен, потому что профилактика долгосрочных последствий зависит от раннего введения соответствующих антибиотиков.
- У женщин с ВЗОМТ легкой или умеренной степени тяжести могут использоваться пероральные средства, так как по сравнению с парентеральными препаратами они дают сходную эффективность.

В связи с установленными фактами резистентности к антибиотикам эксперты ВОЗ пересмотрели рекомендуемые и альтернативные схемы лечения наиболее распространенных ИППП - инфекций, вызванных *Chlamydia trachomatis* и *Neisseria gonorrhoeae*, которые были опубликованы в 2016 г.

Критерии выбора лекарственных средств для лечения ИППП следующие:

- высокая эффективность (не менее 95%);
- высокое качество (активный ингредиент);
- экономичность;
- низкий уровень токсичности;
- отсутствие резистентности;
- разовая доза (однократное применение);
- пероральное введение;
- не противопоказаны для беременных или кормящих женщин;
- должны быть включены в национальные перечни основных лекарственных средств.

В новом руководстве подчеркивается, что женщин, которым поставлен диагноз неосложненной инфекции шейки матки, вызванной *Chlamydia tr.*, следует рассматривать как лиц с наличием субклинической инфекции верхних отделов репродуктивного тракта. У всех пациенток, у которых обнаружена *Chlamydia tr.*, лечение следует начинать незамедлительно, поскольку задержки лечения могут быть связаны с осложнениями (ВЗОМТ, внематочной беременностью, бесплодием).

Рекомендуемые препараты и дозы для лечения инфекций, вызванных *Chlamydia tr.* (**коды по МКБ-10:** A56. Хламидийные болезни, передаваемые половым путем; A56.0. Хламидийные инфекции нижних отделов мочеполового тракта; A56.1. Хламидийные инфекции органов малого таза и других мочеполовых органов; A56.2. Хламидийная инфекция мочеполового тракта неуточненная; A56.3. Хламидийная инфекция аноректальной области), следующие:

- азитромицин в дозе 1 г внутрь однократно; или

Источник KingMed.info

- доксициклин по 100 мг внутрь дважды в сутки в течение 7 дней.

Или один из вариантов:

- тетрациклин по 500 мг внутрь 4 раза в сутки в течение 7 дней; или
- эритромицин по 500 мг внутрь дважды в сутки в течение 7 дней; или
- офлоксацин по 200-400 мг внутрь дважды в сутки в течение 7 дней.

Выбор лечения зависит от удобства дозировки, стоимости и качества лекарственных средств.

Метаанализ 23 РКИ, сравнивающих азитромицин в дозе 1 г однократно и доксициклин по 100 мг 2 раза в сутки в течение 7 дней, показал, что разница в эффективности была незначительной - на 1,5-2,6% (эффективность - 97 против 95%), и это различие не является клинически значимым - как азитромицин, так и доксициклин могут быть рекомендованы в качестве схемы лечения первого ряда (Ia, A).

При инфицировании *Chlamydia tr.*, когда сопутствующая инфекция *M. genitalium* была верифицирована или подозревается (А63.8. Другие уточненные заболевания, передаваемые преимущественно половым путем), лечение азитромицином (в связи с повышением резистентности последнего к макролидам) проводится по следующей схеме: 500 мг в 1-й день, а затем по 250 мг 1 раз в сутки в течение 4 дней (III, C).

При инфекции, вызванной *M. genitalium*, и установленной у пациента резистентности к макролидам, а также при осложненном течении заболевания применяется моксифлоксацин в дозе 400 мг внутрь 1 раз в сутки в течение 14 дней (IV, C).

В соответствии с пересмотренными руководящими принципами, опубликованными ВОЗ в 2016 г., наиболее эффективным методом лечения гонореи на сегодняшний день является комбинированная терапия: инъекционный антибиотик цефтриаксон в дозе 250 мг внутримышечного однократно вместе с пероральным антибиотиком азитромицином в дозе 1 г внутрь однократно. Такая комбинация, по данным R.F. Savaris и соавт. (2007), является эффективной в 98 против 83% при комбинации цефтриаксона с доксициклином.

Таким образом, больше не рекомендуется монотерапия заболеваний, вызванных гонорейной инфекцией (**коды по МКБ-10:** А54.0. Гонококковая инфекция нижних отделов мочеполовых путей без абсцедирования периуретральных или придаточных желез; А54.1. Гонококковая инфекция нижних отделов мочеполовых путей с абсцедированием периуретральных и придаточных желез; А54.2. Гонококковый пельвиоперитонит и другая гонококковая инфекция мочеполовых органов; А54.6. Гонококковая инфекция аноректальной области).

Последние лабораторные данные свидетельствуют, что цефиксим более не является эффективным в лечении гонореи, и существуют опасения, что устойчивость может развиться ко всем цефалоспорином (в связи с возникновением перекрестной резистентности к антибиотикам одной группы). Ограничение использования цефиксима сейчас может помочь сохранить цефтриаксон как вариант для лечения этой инфекции.

Перенесенные половые инфекции (хламидиоз, гонорея, трихомоноз) и антибиотикотерапия рассматриваются как факторы риска, ассоциированные с развитием БВ.

## **Скрининг и лечение бактериального вагиноза**

Ключевое звено патогенеза БВ - образование биопленки, которая состоит из *G. Vaginalis* (60-90%), *A. Vaginae* (1-40%) и других бактерий (1-15%), при этом содержание лактобактерий снижается до 0,1-0,001%.

Скрининг при отсутствии жалоб и симптомов БВ определяется необходимостью выявлять женщин, имеющих в анамнезе ПР либо поздние выкидыши.

Пациентки, имеющие в анамнезе ПР либо поздние выкидыши, с положительным результатом обследования на БВ независимо от наличия симптомов должны пройти лечение.

Учитывая многолетний клинический опыт отечественных и зарубежных исследователей, в Российской Федерации за основу принимается двухэтапный способ лечения БВ:

- 1-й этап - эрадикация БВ-ассоциированных микроорганизмов из влагалища и восстановление оптимальной среды вагинального биотопа с достижением уровня рН менее 4,5;
- 2-й этап - восстановление достаточного количества лактобактерий путем использования пробиотиков.

Рекомендуемые схемы (A, Ia):

- клиндамицин, крем 2% (5 г), 1 раз в сутки интравагинально в течение 7 дней; или
- метронидазол по 500 мг 2 раза в сутки внутрь в течение 7 дней; или
- метронидазол, гель 0,75% (5 г), 1 раз в сутки интравагинально в течение 5 дней.

Альтернативные схемы:

- клиндамицин 100 мг, суппозитории вагинальные, 1 раз в сутки в течение 3 дней; или
- клиндамицин по 300 мг 2 раза в сутки внутрь в течение 7 дней; или

Источник KingMed.info

- тинидазол по 2 г 1 раз в сутки внутрь в течение 2 дней; или
- тинидазол по 1 г 1 раз в сутки внутрь в течение 5 дней.

Возможно применение комбинированных препаратов:

- метронидазол 500 мг + миконазола нитрат 100 мг по одному суппозиторию вагинальному 2 раза в сутки в течение 7 дней; или
- метронидазол 750 мг + миконазола нитрат 200 мг по одному суппозиторию вагинальному 1 раз в сутки в течение 7 дней.

Прием препаратов внутрь рекомендуется только при устойчивости к вагинальному лечению данными препаратами. Следует информировать пациенток о том, что:

- они должны избегать употребления алкоголя в течение 24 ч после приема метронидазола и в течение 72 ч после приема тинидазола из-за риска антабусных реакций;
- при непереносимости перорального метронидазола его интравагинальное назначение также противопоказано;
- при наличии побочных реакций со стороны желудочно-кишечного тракта прием внутрь по желанию пациентки может быть заменен вагинальным.

Второй этап лечения БВ предусматривает вагинальное применение пробиотиков.

Российскими рекомендациями при БВ на втором этапе лечения для профилактики рецидивов и ацидификации влагалищной среды рекомендуются кислоты (молочная, аскорбиновая).

Указывается на наличие целесообразности и эффективности применения живых лактобактерий для терапии БВ в целях восстановления микробиоценоза влагалища. Рекомендуют использовать лактобактерии в виде вагинальных суппозиториюв, содержащих не менее 10 в 6-7 степени живых лактобактерий.

Однако в отношении применения лактобактерий указывается, что дальнейшие исследования должны определить роль этих режимов в лечении БВ и предотвращении его рецидивов. Использование пробиотиков в исследованиях зарубежных авторов, особенно содержащих *Lactobacillus*, показали положительные результаты, но пока не имеют достаточной доказательной базы и не включены в рекомендации ведущих профессиональных сообществ.

## **Эффективность рекомендуемых схем лечения бактериального вагиноза**

В обзоре работ базы Кокрейна (Oduyebo O.O. et al., 2009) указывается, что предпочтительны схемы с введением метронидазола в дозе 500 мг 2 раза в сутки на протяжении 7 дней вагинально по сравнению с однократной дозой 2 г внутрь (эффективность - 82 против 62%), а клиндамицин и метронидазол одинаково

эффективны независимо от режима введения при наблюдении в течение 2 и 4 нед (ОР - 1,01; 95% ДИ - 0,69-1,46; ОР - 0,91, 95% ДИ - 0,70-1,18 соответственно).

Эффективность метронидазола была доказана в рандомизированных клинических исследованиях и достигает 90% по критериям Амсея (Koutans E.H. и др., 2002).

Однако рецидивы БВ развиваются у 30% женщин в течение трех последующих месяцев и у 50% - в течение года (Макаров И.О. и др., 2013). Такая высокая частота рецидивов связана не с низкой эффективностью лечения, а со сложностью элиминации условно-патогенных микроорганизмов из биопленок, восстановления нормальной микрофлоры и колонизационной резистентностью во влагалище. Для лечения рецидивов заболевания рекомендуются два подхода. Первый - повторное лечение тем же препаратом при рецидиве после первого эпизода БВ. Второй - при множественных рецидивах используют 0,75% гель метронидазола 2 раза в неделю в течение 4-6 мес.

Ограниченные данные свидетельствуют о том, что нитроимидазол внутрь (метронидазол или тинидазол по 500 мг дважды в сутки в течение 7 дней), а затем интравагинально борная кислота 600 мг/сут в течение 21 дня, а затем 0,75% гель метронидазола 2 раза в неделю в течение 4-6 мес для женщин в стадии ремиссии с рецидивирующим БВ. Возможным вариантом лечения является также ежемесячное применение метронидазола внутрь в дозе 2 г с флуконазолом 150 мг однократно (снижает частоту рецидивов и способствует колонизации нормальной микрофлоры влагалища).

С начала 1980-х гг. метронидазол широко используется при лечении БВ с хорошими клиническими результатами. Однако работы последних лет все чаще свидетельствуют о вариабельности клинического эффекта метронидазола в диапазоне от 58 до 100%, что, вероятно, связано с образованием биопленок и присутствием иных инфектов. Было показано, что метронидазол оказывается достаточно эффективным в присутствии планктонных микроорганизмов (не организованных в биопленки) и имеет значительно менее выраженное действие на биопленки (Gottschick C. et al., 2016).

Работы Amy McMillan и соавт. (2011), выполненные *in vitro*, демонстрируют эффективность метронидазола, сравнимую со штаммами лактобактерий (*L. Reuteri* RC-14 и *L. Rhamnosus* GR-1), по отношению и к *G. vaginalis*, и к *A. vaginae*, а также способность к неполному разрушению биопленок (рис. 5.1, см. цв. вклейку) за счет образования «отверстий» в них.

Общепризнано, что *лактобактерии*, присутствующие во влагалище, играют существенную роль в поддержании условий, ограничивающих рост патогенных микроорганизмов и препятствующих возникновению рецидивов. Полученные Amy McMillan и соавт. данные позволили получить определенные доказательства того, что

Источник KingMed.info

пробиотики, содержащие *L. Reuteri* RC-14 и *L. Rhamnosus* GR-1, в сочетании с антибактериальными препаратами (метронидазолом) могут дать более выраженный эффект в отношении биопленок, образованных патогенными анаэробами.

В работе других авторов клиническое применение метронидазола по 500 мг внутрь 2 раза в сутки в течение 7 дней в сочетании с пробиотиком 2 раза в сутки в течение 30 дней (одна капсула, содержащая  $10^9$  *L. rhamnosus* GR-1 и  $10^9$  *L. Reuteri* PK-14 при приеме внутрь) показало более высокую эффективность по сравнению с приемом только метронидазола.

Второе предлагаемое использование пробиотиков в предотвращении рецидивов БВ - применение их после первого этапа лечения антибактериальными средствами - показало переменные результаты, но с общим выводом в пользу такого подхода.

Полученные в последние годы данные о большом разнообразии микрофлоры во влагалище при БВ могут оказаться другой причиной его рецидивирующего течения. Имеются сведения о достижении лучшего эффекта терапии при применении комбинированных средств (например, вагинальных свечей, содержащих метронидазол 500 мг и миконазол 100 мг) при одновременном присутствии возбудителей БВ и ВК или наличии кокковой микрофлоры и для профилактики ВК после лечения.

Некультивируемые или труднокультивируемые микроорганизмы могут оказаться устойчивыми к метронидазолу. И, если эти микроорганизмы не были идентифицированы до назначения терапии, лечение может оказаться неэффективным. Так, например, в Европейском руководстве по лечению заболеваний, сопровождающихся вагинальными выделениями, у пациенток с персистирующими и рецидивирующими симптомами, связанными с БВ или урогенитальным трихомонозом, перед повторным курсом лечения метронидазолом рекомендуется провести эмпирическую терапию против кокковой микрофлоры, которая может захватывать активную нитрогруппу и приводить к снижению концентрации действующего вещества, провоцируя, таким образом, относительную резистентность к терапии метронидазолом.

В ряде публикаций было показано, что *A. vaginae* в исследованиях *in vitro* демонстрировали большую чувствительность к клиндамицину, чем к метронидазолу (Burton J.P. et al., 2004; Beigi R.H. et al., 2004). Между тем те же авторы предостерегают от назначения клиндамицина при первом эпизоде БВ, поскольку анаэробная микрофлора быстрее формирует устойчивость к клиндамицину, чем к метронидазолу. Так, R. Beigi и соавт. проанализировали чувствительность 1059 изолятов анаэробных бактерий: менее 1% были резистентны к метронидазолу, 17% были резистентны к клиндамицину изначально и 53% стали резистентными после терапии клиндамицином.



*Комбинированные препараты для лечения бактериального вагиноза и полимикробных ассоциаций*

Сведения из инструкций к препаратам приводятся по данным, представленным компаниями-производителями в справочнике РЛС. Показания указаны применительно к рассматриваемой теме. С полным списком показаний к применению можно ознакомиться в инструкции к препаратам.

**Метромикон-Нео\*, Нео-Пенотран\*.** *Действующие вещества.* Метро-нидазол + миконазол. Препарат с антибактериальным, противопротозойным и противогрибковым действием для местного применения в гинекологии.

*Состав и форма выпуска.* Метронидазол 500 мг + миконазол 100 мг, суппозитории вагинальные 14 шт.

В состав препарата Метромикон-Нео\* входит запатентованная глицеридная основа Суппоцир АМ, которая после введения позволяет свече быстро вспениваться и способствует равномерному распределению активных веществ по слизистой влагалища. Это обеспечивает эффективность лечения и снижает риск развития рецидивов.

*Показания.* Влагалищные инфекции: вагинальный кандидоз; трихомонадный вагинит и вульвовагинит, БВ; смешанная вагинальная инфекция.

*Способ применения и дозы.* Интравагинально. Острые вагиниты, БВ: по одному суппозиторию утром и на ночь в течение 7 дней подряд.

Хронические вагиниты: по одному суппозиторию 1 раз в сутки непосредственно перед сном в течение 14 дней подряд. Часто рецидивирующие вагиниты или при отсутствии положительной клинической динамики при лечении другими методами: по одному суппозиторию утром и на ночь в течение 14 дней.

**Клиндацин Б пролонг\*.** *Действующие вещества.* Клиндамицин + бутоконазол. Препарат с антибактериальным и противогрибковым действием для местного применения в гинекологии.

*Состав и форма выпуска.* Крем вагинальный: бутоконазола нитрат 2 г, клиндамицин (в форме фосфата) 2 г, 6 г - тубы алюминиевые (1) в комплекте с аппликатором - пачки картонные.

*Показания.* Бактериальные, грибковые и смешанные вагинозы, вызванные чувствительными к лекарственному средству микроорганизмами.

*Способ применения и дозы.* Вводят интравагинально с помощью аппликатора. Применяется однократно, предпочтительно перед сном. Рекомендуемая доза составляет один полный аппликатор (5 г крема, что соответствует 100 мг

бутоконазола нитрата и 100 мг клиндамицина). Курс лечения - ежедневно в течение 3 дней.

## **Иммуномодулирующая терапия**

Некоторые авторы свидетельствуют о необходимости назначения иммуномодулирующей терапии женщинам с бесплодием и невынашиванием беременности, имеющим ХЭ и/или недостаточный рост эндометрия. В ряду подобных средств рассматриваются азоксимера бромид (Полиоксидоний\*), дезоксирибонуклеат натрия (Деринат\*), гидролизат плаценты человека: Лаеннек\*, Пирогенал\*, Галавит\*, бензокаин + интерферон  $\alpha$ -2b + таурин (Генферон\*), меглюмина акридоняцетат (Циклоферон\* и многие другие.

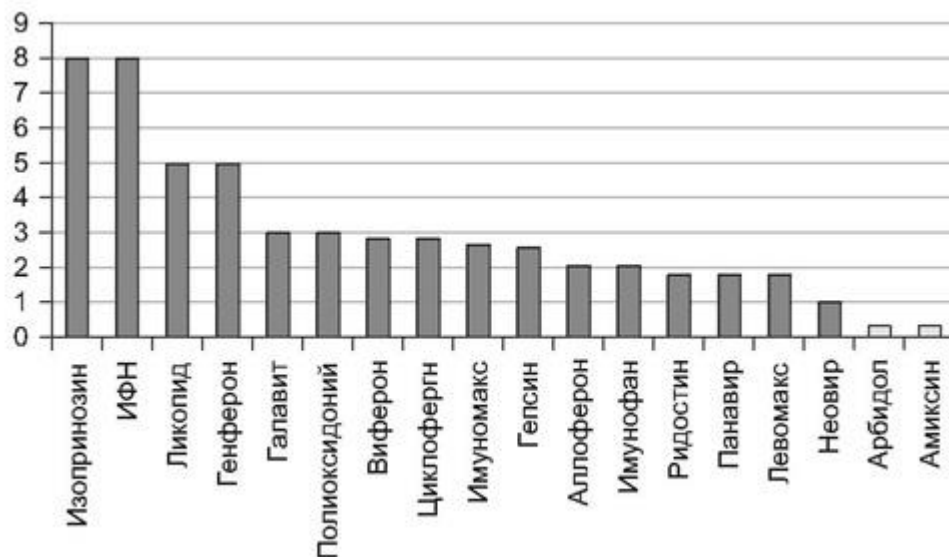
Однако прямых показаний к назначению при ХЭ и тонком эндометрии в инструкциях к препаратам нет, равно как и рандомизированных клинических исследований по изучению их эффективности как в российской, так и зарубежной литературе.

То же касается и методик аутогемотерапии (местное иммунное воздействие внутримышечно или парацервикально).

С другой стороны, при выявлении изменений клеточного и гуморального иммунитета (определение субпопуляционного состава лимфоцитов в периферической крови, количественного уровня иммуноглобулинов IgA, и IgG) коррекция обнаруженных нарушений представляется целесообразной.

Наиболее выраженные изменения в иммунном статусе обнаруживаются при вирусной инвазии. Именно поэтому необходимо снизить его активность, для чего используются этиотропные препараты и иммуномодулирующие средства, необходимость использования которых при лечении больных хроническими инфекционными процессами является доказанной (Зароченцева Н.В. и др., 2013).

Степень доказательности эффективности иммуномодуляторов представлена в работе А.А. Хрянина и соавт. (2013) (рис. 5.2).



**Рис. 5.2.** Степень убедительности результатов исследования по изучению эффективности иммуномодуляторов с позиции доказательной медицины по балльной системе (0-9) (цит. по: Хрянин А.А. и др., 2013)

## Препараты для иммуномодулирующей терапии

Показания указаны применительно к рассматриваемой теме. С полным списком показаний к применению можно ознакомиться в инструкции к препаратам.

**Генферон\*.** *Действующее вещество.* Интерферон- $\alpha$ -2b, оказывает противовирусное, антибактериальное и иммуномодулирующее действие. Под воздействием интерферона- $\alpha$ -2 усиливается активность естественных киллеров, Т-хелперов, фагоцитов, а также интенсивность дифференцировки В-лимфоцитов. Активизация лейкоцитов, содержащихся во всех слоях слизистой оболочки, обеспечивает их активное участие в ликвидации первичных патологических очагов и восстановление продукции секреторного иммуноглобулина А.

*Состав и форма выпуска.* Свечи, содержащие 250000, 500000 или 1000000 МЕ интерферона- $\alpha$ -2b.

*Показания.* В составе комплексной терапии при инфекционно-воспалительных заболеваниях урогенитального тракта, таких как генитальный герпес, хламидиоз, уреаплазмоз, микоплазмоз, рецидивирующий вагинальный кандидоз, гарднереллез, трихомониаз, папилломавирусные инфекции, БВ, цервицит, вульвовагинит, аднексит.

*Способ применения и дозы.* По одному суппозиторию (250 000, 500 000 или 1 000 000 МЕ в зависимости от тяжести заболевания) вагинально или ректально (в зависимости от характера заболевания) 2 раза в сутки ежедневно в течение 10 дней. При затяжных формах - 3 раза в неделю через день по одному суппозиторию в течение 1-3 мес.

При выраженном инфекционно-воспалительном процессе во влагалище возможно применение одного суппозитория (500 000 МЕ) интравагинально утром и одного суппозитория (1 000 000 МЕ) ректально на ночь одновременно с введением во влагалище суппозитория, содержащего антибактериальные/фунгицидные агенты.

**Ликопид\***. *Действующее вещество.* Глюкозаминилмурамилдипептид.

Биологическая активность препарата обусловлена наличием специфических центров связывания (рецепторов) к глюкозаминилмурамил-дипептиду, локализованных в цитоплазме фагоцитов (нейтрофилов, макрофагов, дендритных клеток). Препарат стимулирует функциональную (бактерицидную, цитотоксическую) активность фагоцитов, усиливает пролиферацию Т- и В-лимфоцитов, повышает синтез специфических антител. Фармакологическое действие осуществляется посредством усиления выработки интерлейкинов (интерлейкина-1, интерлейкина-6, интерлейкина-12), фактора некроза опухоли- $\alpha$ ,  $\gamma$ -интерферона, колониестимулирующих факторов. Препарат повышает активность естественных киллерных клеток.

*Форма выпуска.* Таблетки с дозировкой 1 и 10 мг.

*Показания.* Для комплексной терапии состояний, сопровождающихся вторичными иммунодефицитами: хронические инфекционно-воспалительные заболевания любой локализации, вызванные возбудителем бактериальной, грибковой или вирусной природы, в том числе при герпетической инфекции, папилломавирусной инфекции.

*Способ применения и дозы.* При герпетической инфекции в легкой форме Ликопид\* назначают по 2 мг 1-2 раза в сутки под язык в течение 6 дней; при тяжелых формах - по 10 мг 1-2 раза в сутки под язык в течение 6 дней. При офтальмогерпесе Ликопид\* применяют внутрь в дозе по 10 мг 2 раза в сутки в течение 3 дней. После перерыва 3 дня курс лечения повторяют. При поражениях шейки матки вирусом папилломы человека Ликопид\* назначают в дозе по 10 мг внутрь 1 раз в сутки в течение 10 дней.

**Галавит\***. *Действующее вещество.* Аминодигидрофталазиндион натрия.

Иммуномодулирующий препарат с противовоспалительным действием. Механизм действия связан со способностью влиять на функционально-метаболическую активность макрофагов. Приводит к восстановлению антигенпредставляющей и регулирующей функции макрофагов, снижению уровня аутоагрессии. Препарат стимулирует бактерицидную активность нейтрофильных гранулоцитов, усиливая фагоцитоз и повышает неспецифическую резистентность организма к инфекционным заболеваниям.

*Состав и форма выпуска.* Суппозитории ректальные 50 и 100 мг; таблетки подъязычные 25 мг.

*Показания.* В качестве иммуномодулятора и противовоспалительного средства в комплексной терапии иммунодефицитных состояний.

*Способ применения и дозы.* При хронической рецидивирующей герпетической инфекции назначают по одному суппозиторию в течение 5 дней, затем - по одному суппозиторию через день в течение 15 дней.

При заболеваниях, вызванных вирусом папилломы человека, препарат назначают в течение 5 дней по одному суппозиторию 1 раз в сутки, затем - по одному суппозиторию через день. Курс составляет 20 суппозиторияев.

При урогенитальных инфекциях препарат назначают по одному суппозиторию 2 раза в сутки в течение 1 дня, затем - по одному суппозиторию через день. Курс составляет 10-15 суппозиторияев в зависимости от тяжести патологического процесса.

При хроническом эндометрите его назначают внутримышечно в дозе 100 мг ежедневно в течение 5 дней, затем по 100 мг через день в течение 10 дней одновременно с применением антибиотиков и других антибактериальных препаратов.

**Полиоксидоний\***. *Действующее вещество.* Азоксимера бромид. Повышает резистентность организма в отношении локальных и генерализованных инфекций. Основой механизма иммуномодулирующего действия полиоксидония является прямое воздействие на фагоцитирующие клетки и естественные киллеры, а также стимуляция антителообразования. Обладает выраженной детоксикационной и антиоксидантной активностью.

*Состав и форма выпуска.* Таблетки 12 мг; лиофилизат для приготовления раствора для инъекций и местного применения 3 и 6 мг; суппозитории 6 и 12 мг.

*Показания.* В составе комплексной терапии для коррекции иммунной недостаточности у взрослых: при хронических рецидивирующих

инфекционно-воспалительных заболеваниях, не поддающихся стандартной терапии, как в стадии обострения, так и в стадии ремиссии; при воспалительных заболеваниях урогенитального тракта, в том числе сальпингоофорите, эндомиометрите, кольпите, цервиците, цервикозе, бактериальных вагинозах, в том числе вирусной этиологии.

*Способ применения и дозы.* При гинекологических заболеваниях препарат предназначен для ректального и интравагинального введения по одному суппозиторию 1 раз в сутки. Способ и режим дозирования определяются врачом в зависимости от диагноза, остроты и тяжести процесса. Препарат можно применять ежедневно, через день или 2 раза в неделю.

**Виферон\***. *Действующее вещество.* Интерферона-2 $\beta$  человеческий рекомбинантный. Обладает противовирусными, иммуномодулирующими, антипролиферативными свойствами, подавляет репликацию РНК<sup>-1</sup> и ДНК-

Источник KingMed.info

содержащих вирусов. Иммуномодулирующие свойства интерферона-а-2b, такие как усиление фагоцитарной активности макрофагов, увеличение специфической цитотоксичности лимфоцитов к клеткам-мишеням, обуславливают его опосредованную антибактериальную активность.

*Состав и форма выпуска.* Суппозитории для ректального применения по 150 000, 500 000, 1 000 000 и 3 000 000 МЕ.

*Показания.* Инфекционно-воспалительные заболевания урогенитального тракта (хламидиоз, цитомегаловирусная инфекция, уреаплазмоз, трихомониаз, гарднереллез, папилломавирусная инфекция, БВ, рецидивирующий влажный кандидоз, микоплазмоз) у взрослых в составе комплексной терапии; первичная или рецидивирующая герпетическая инфекция кожи и слизистых оболочек, локализованная форма, легкое и среднетяжелое течение, в том числе урогенитальная форма у взрослых.

*Способ применения и дозы.* По одному суппозиторию по 500 000 МЕ 2 раза в сутки через 12 ч ежедневно в течение 5-10 сут. По клиническим показаниям терапия может быть продолжена. При лечении рецидивирующего герпеса желательно начинать лечение в продромальном периоде или в самом начале проявления признаков рецидива.

**Циклоферон\***. Действующее вещество. Меглюмина акридонацетат. Циклоферон является низкомолекулярным индуктором интерферона, что определяет широкий спектр его биологической активности (противовирусной, иммуномодулирующей, противовоспалительной). Эффективен в отношении вирусов герпеса. Обладает прямым противовирусным действием, подавляя репродукцию вируса на ранних сроках

<sup>1</sup> РНК - рибонуклеиновая кислота.

(1-5 сут) инфекционного процесса, снижая вирулентность вирусного потомства, приводя к образованию дефектных вирусных частиц. Повышает неспецифическую резистентность организма в отношении вирусных и бактериальных инфекций.

*Состав и форма выпуска.* Раствор для внутривенного и внутримышечного введения.

*Показания.* Иммунодефицит неуточненный; вторичные иммунодефициты, ассоциированные с острыми и хроническими бактериальными и грибковыми инфекциями; хламидийная инфекция; в составе комплексной терапии герпетической инфекции.

*Способ применения и дозы.* При иммунодефицитных состояниях курс лечения - 10 внутримышечных инъекций по базовой схеме (через день) в разовой дозе 0,25 г. Суммарная доза - 2,5 г. Повторный курс проводят через 6-12 мес. При хламидийной инфекции препарат вводят по базовой схеме. Курс лечения - 10 инъекций по 0,25 г.

Источник KingMed.info

Суммарная доза - 2,5 г. Повторный курс лечения проводят через 10-14 дней. Целесообразно сочетание циклоферона с антибиотиками. При герпетической инфекции препарат следует принимать на 1, 2, 4, 6, 8, 11, 14, 17, 20, 23-и сутки (курс лечения - 40 таблеток). Лечение наиболее эффективно при появлении первых симптомов заболевания.

**Лаеннек\***. *Действующее вещество.* Гидролизат плаценты человека\*<sup>3</sup>. Препарат проявляет иммуномодулирующие свойства за счет способности стимулировать гуморальный иммунитет и повышать функциональную активность фагоцитов и естественных киллеров. Увеличивает бактерицидную активность лейкоцитов периферической крови, проявляющуюся в их способности уничтожать захваченный возбудитель.

*Состав и форма выпуска.* Раствор для инъекций 112 мг/2 мл, ампулы 10, 50 или 200 шт.

*Показания.* Хронический рецидивирующий герпес (в составе комплексной терапии).

*Способ применения и дозы.* При хроническом рецидивирующем герпесе препарат вводят внутривенно капельно: 10 мл (560 мг гидролизата плаценты) препарата (5 ампул) растворяют в 250-500 мл 5% раствора декстрозы или физиологического раствора и вводят через локтевую вену в течение 1,5-2 ч. Инъекции проводят 3 раза в неделю с интервалом 2 дня. Курс лечения - 10 инъекций.

**Амиксин\***. *Действующее вещество.* Тилорон. Индуктор интерферона, стимулирующий образование в организме интерферонов- $\alpha$ , - $\beta$ , - $\gamma$ .

*Состав и форма выпуска.* Таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 60 и 125 мг.

*Показания.* Для лечения герпетической, цитомегаловирусной инфекции; в составе комплексной терапии урогенитального и респираторного хламидиоза.

*Способ применения и дозы.* Для лечения герпетической, цитомегало-вирусной инфекции доза препарата в первые 2 сут составляет 125 мг, затем принимают по 125 мг через 48 ч. Курсовая доза составляет 1,25- 2,5 г (10-20 таблеток). При урогенитальном хламидиозе Амиксин\* назначают в дозе 125 мг/сут в течение первых 2 дней, затем по 125 мг через 48 ч. Курсовая доза - 1,25 г (10 таблеток).

**Деринат\***. *Действующее вещество.* Дезоксирибонуклеат натрия.

Иммуномодулятор, влияющий на клеточный и гуморальный иммунитет.

Иммуномодулирующий эффект Дерината\* обусловлен стимуляцией В-лимфоцитов, активацией Т-хелперов. Активирует неспецифическую резистентность организма, оптимизируя воспалительные реакции и иммунный ответ на бактериальные, вирусные и грибковые антигены. Стимулирует репаративные и регенераторные процессы.

Источник KingMed.info

*Состав и форма выпуска.* 1 мл раствора для наружного применения содержит дезоксирибонуклеат натрия 2,5 мг; во флаконах-капельницах по 10 мл или во флаконах (типа пенициллиновых) по 10 мл, в коробке один флакон. 1 мл раствора для инъекций - 15 мг; в ампулах по 2 и 5 мл, в коробке 5 шт.

*Показания.* Хламидиоз, уреаплазмоз, микоплазмоз; эндометрит, сальпингоофорит, эндометриоз, миомы.

*Способ применения и дозы.* В гинекологии (эндометрит, хламидиоз, уреаплазмоз, микоплазмоз, сальпингоофорит, миомы, эндометриоз) применяется внутримышечно 5 мл раствора 15 мг/мл через 24-48 ч, курс лечения - 10 инъекций. При хронических воспалительных заболеваниях - внутримышечно 5 мл раствора 15 мг/мл: первые 5 инъекций с интервалом 24 ч каждая, последующие - каждая с интервалом 72 ч, общий курс лечения - 10 инъекций.

**Пирогенал.** *Действующее вещество.* Бактериальный липополисахарид. Вследствие активации клеток макрофагально-моноцитарного ряда и секретируемых ими цитокинов усиливается функциональная активность как клеточного, так и гуморального иммунного ответа. В соединительной ткани под воздействием пирогенала происходит подавление процесса развития фибробластов и образования коллагеновых волокон, что приводит к омоложению клеточного состава рыхлой соединительной ткани, а в нервной ткани - к торможению образования глиальных рубцеваний.

*Состав и форма выпуска.* Суппозитории для ректального применения, один суппозиторий по 50, 100, 150 и 200 мкг в упаковке контурной ячейковой, комплект из 12 шт. (три суппозитория по 50 мкг, три суппозитория по 100 мкг, три суппозитория по 150 мкг, три суппозитория по 200 мкг); в пачке картонной 1 упаковка. Раствор для внутримышечного введения 1 мл 10 мкг, 25 мкг, 50 мкг и 100 мкг в ампулах по 1 мл (в комплекте с ножом ампульным), в коробке картонной 10 ампул.

*Показания.* Препарат предназначен для неспецифической терапии воспалительных процессов придатков матки, бесплодия, спаечной болезни брюшной полости, венерических заболеваний, в случаях повышенной резистентности микроорганизмов к химио- и антибиотикотерапии.

*Применение.* Терапевтические дозы пирогенала индивидуальны. Начальная разовая доза для взрослых - 2,5 мкг. В последующие дни инъекции дозу постепенно увеличивают на 2,5-5,0 мкг. Максимальная разовая доза - 100 мкг. Курс лечения - от 10 до 30 инъекций в зависимости от заболевания. Ректально один суппозиторий в сутки ежедневно или через день, начальная доза - 50 мкг, максимальная доза - 200 мкг. На курс лечения - 12-15 суппозиториев. Рекомендовано лечение по схеме: 50, 50, 50, 100, 100, 100, 150, 150, 150, 200, 200, 200 мкг. При применении суппозиториев в виде монотерапии для иммунореабилитации при неполном выздоровлении после



перенесенного острого бактериального или вирусного заболевания следует использовать суппозитории 50 или 100 мкг. На курс лечения - 5-10 суппозиториев.

**Суперлимф\***. *Действующее вещество.* Представляет собой естественный комплекс природных антибактериальных пептидов и цитокинов - универсальных стимуляторов иммунной системы с активностью фактора, угнетающего миграцию макрофагов, интерлейкина-1, - 6, фактора некроза опухоли, трансформирующего фактора роста, секретируемых лейкоцитами периферической крови свиньи. Наряду с этим препарат обладает противовирусным и антибактериальным действием. Препарат стимулирует функциональную активность клеток фагоцитарного ряда (моноцитов и нейтрофилов): активизирует фагоцитоз, выработку цитокинов (интерлейкина-1, фактора некроза опухоли), индуцирует противоопухолевую цитотоксичность макрофагов, способствует гибели внутриклеточных паразитов, регулирует миграцию клеток в очаг воспаления, увеличивает активность естественных киллеров. Препарат обладает антиоксидантной активностью, снижает развитие воспалительных реакций, стимулирует регенерацию и эпителизацию раневых дефектов.

*Состав и форма выпуска.* Суппозитории вагинальные и ректальные 25 ЕД.

*Показания.* Иммунодефицитные состояния, вирусные инфекции.

*Способ применения и дозы.* Для лечения вирусной инфекции в стадии обострения Суперлимф\* в дозе 25 ЕД применяют вагинально или ректально в зависимости от локализации, при необходимости чередуя способ введения, по одному суппозиторию 1 раз в сутки. Длительность курса - до 10 дней. Для профилактики рецидива вирусной инфекции применяют Суперлимф\* по одному суппозиторию 1 раз в сутки, возможно чередование ректального и вагинального способов введения. Длительность курса - до 10 дней.

## **Коррекция метаболических нарушений и последствий ишемии**

Данный этап реабилитации ставит своей целью восстановление морфофункционального потенциала ткани и устранение последствий вторичных повреждений: усиление тканевого обмена, активацию энергетических процессов в клетках, коррекцию нарушений, вызванных гипоксией ткани, восстановление гемодинамики и активности рецепторного аппарата.

С этой целью применяют препараты метаболической терапии, ферменты, гормоны и физические факторы.

## **Препараты метаболического действия**

Широта спектра и разноплановость метаболических влияний (усвоение глюкозы и кислорода тканями, перекисное окисление липидов и др.) не позволяют создать более или менее последовательную классификацию метаболических средств. Именно поэтому большинство из них рассматривается в соответствии с преимущественным

Источник KingMed.info

влиянием на тот или иной орган (гепатопротекторы, кардиопротекторы, ноотропы) или по преимущественному механизму действия (антиоксиданты, антигипоксанта, анаболики).

Существуют и препараты комплексного действия, в состав которых входит целый ряд биологически активных веществ, влияющих на различные звенья клеточного метаболизма. К таким лекарственным средствам можно отнести депротенинизированные диализаты крови, дериваты эмбриональной ткани и ткани мозга, препараты анаболического действия и витамины. Многокомпонентность этих лекарственных средств затрудняет конкретизацию механизма действия и ориентирует врача исключительно на клинические эффекты их применения.

Дилемма метаболической терапии заключается в том, что, с одной стороны, практически отсутствует доказательная база улучшения прогноза при использовании этих препаратов, а с другой - клинический эффект в отношении симптомов целого ряда заболеваний, обусловленных хронической гипоксией и ишемией, отчетливо фиксируется врачами.

Именно поэтому, несмотря на критику в научных статьях излишней увлеченности медиков метаболической терапией, они являются широко назначаемыми средствами.

#### *Препараты для метаболической терапии*

Сведения из инструкций к препаратам приводятся по данным, представленным компаниями-производителями в справочнике РЛС. Показания указаны применительно к рассматриваемой теме. С полным списком показаний к применению можно ознакомиться в инструкции к препаратам.

**Рибоксин\***. *Действующее вещество.* Инозин. Относится к группе лекарственных средств, регулирующих метаболические процессы. Препарат является предшественником синтеза пуриновых нуклеотидов: аденозинтрифосфата и гуанозинтрифосфата. Оказывает антигипоксическое, метаболическое и антиаритмическое действие. Повышает энергетический баланс миокарда, улучшает коронарное кровообращение, предотвращает последствия интраоперационной ишемии почек. Принимает непосредственное участие в обмене глюкозы и способствует активизации обмена в условиях гипоксии и при отсутствии аденозинтрифосфата. Активирует метаболизм пировиноградной кислоты для обеспечения нормального процесса тканевого дыхания, а также способствует активированию ксантиндегидрогеназы.

*Состав и форма выпуска.* Таблетки, покрытые оболочкой: в 1 таблетке содержится 0,2 г инозина, в упаковке по 10, 20, 30, 40, 50 шт. Рибоксин\* капсулы: в 1 капсуле содержится 0,2 г инозина, в упаковке по 20, 30, 50 шт.

*Способ применения и дозы.* Суточная доза при приеме внутрь составляет 0,6-2,4 г. В первые дни лечения суточная доза равна 0,6-0,8 г (по 200 мг 3-4 раза в день). В случае хорошей переносимости дозу повышают (на 2-3-й день) до 1,2 г (0,4 г 3 раза в сутки), при необходимости - до 2,4 г в сутки. Длительность курса - от 4 нед до 1,5-3 мес.

**Цитофлавин\***. *Действующее вещество.* Янтарная кислота 300 мг, инозин (рибоксин) 50 мг, никотинамид 25 мг, рибофлавина мононуклеотид 5 мг. Обладает антигипоксическим и антиоксидантным действием, оказывает положительный эффект на процессы энергообразования в клетке, уменьшает продукцию свободных радикалов и восстанавливает активность ферментов антиоксидантной защиты. Установлено, что Цитофлавин\* улучшает окислительный метаболизм в условиях ишемии, препятствуя резкому снижению уровня аденозинтрифосфата, стимулирует активность аденилатциклазы, что позволяет осуществлять анаэробный метаболизм глюкозы без образования лактата. Обладает антигипоксическими свойствами, улучшает оксигенацию крови, ограничивает зону ишемического повреждения и стимулирует репаративные процессы. Никотинамид защищает мембраны клеток от разрушения радикальными частицами. Рибофлавин имеет прямое антигипоксическое действие, связанное с восстановлением уровня аденозинтрифосфата, и антиоксидантное действие.

*Состав и форма выпуска.* Комбинированный препарат, 10 шт. - упаковки ячейковые контурные (5) - пачки картонные. 10 шт. - упаковки ячейковые контурные (10) - пачки картонные.

*Способ применения и дозы.* Используется по схеме: 10 мл на 200 мл 0,9% раствора натрия хлорида внутривенно капельно 1 раз в сутки 10 дней, затем 2 таблетки 2 раза в сутки внутрь 20 дней.

**Метионин\***. *Действующее вещество.* Метионин - незаменимая аминокислота, донатор подвижных метальных групп. Участвует в синтезе адреналина, белков и др. Участвует в обмене аминокислот, адреналина, креатинина, цианокобаламина, аскорбиновой и фолиевой кислот, гормонов, ферментов. Обладает дезинтоксигирующим действием. Оказывает метаболическое, гепатопротекторное действие.

*Состав и форма выпуска.* Одна таблетка, покрытая оболочкой, содержит метионина 0,25 г; в контурной ячейковой упаковке 10 шт., в картонной коробке пять упаковок.

*Способ применения и дозы.* Внутрь по 0,5-1,5 г 3-4 раза в сутки за 30-60 мин до еды. Курс лечения - 10-30 дней или курсами по 10 дней с 10-дневными перерывами.

**Глутамин.** *Действующее вещество.* Комбинированный препарат. Глутамин - самая распространенная в организме аминокислота, которая участвует в синтезе белка, улучшает работу ЦНС, а также обладает мощным антиоксидантным действием.

Источник KingMed.info

*Состав и форма выпуска.* Одна упаковка содержит гранулы фармакологически чистого L-глутамин - 10 г, витамин С - 200 мг, β-каротин - 600 МЕ, витамин Е - 100 МЕ, селенометионин - 50 мкг, наполнитель мальтодекстрин - 50 мкг, усилитель вкуса с апельсиновым ароматом (Orange Flavor); в упаковке 227 г.

*Способ применения и дозы.* Внутрь за 15-30 мин до еды по 1 г 2-3 раза в сутки. Курс - 1-2 мес.

**Омега-3. Действующее вещество.** Комбинированный препарат, содержащий полиненасыщенные жирные кислоты семейства омега-3 - эйкозапентаеновую кислоту, докозагексеновую кислоту и витамин Е. Биологически активная добавка к пище. По заключению Института питания Российской академии медицинских наук, рекомендуемый прием обеспечивает поступление 100% суточной потребности в незаменимых жирных кислотах омега-3. Оказывает терапевтическое действие при нарушениях липидного обмена, обусловленных выраженной гипертриглицеридемией, обладает противовоспалительным действием. Способствует нормализации содержания липопротеидов низкой плотности и липопротеидов очень низкой плотности, изменению жидкостных свойств мембран клеток и повышению функциональной активности мембранных рецепторов, что улучшает липидно-клеточное взаимодействие липопротеидов с ферментами и метаболизм липопротеидов.

*Состав и форма выпуска.* Капсулы 1 капс. (710 мг) жир лососевых рыб 500 мг (с высоким содержанием полиненасыщенных жирных кислот: эйкопентаеновой - не менее 16%, декозогексаеновой - не менее 11%) во флаконах пластиковых по 30 шт.; в коробке один флакон.

*Способ применения и дозы.* С лечебной целью применяют по 2-3 капсулы в сутки. Курс лечения - не менее 3 мес.

**Аскорбиновая кислота. Действующее вещество.** Аскорбиновая кислота. Активно участвует во многих окислительно-восстановительных реакциях, оказывает неспецифическое общестимулирующее влияние на организм. Повышает адаптационные способности организма и его сопротивляемость к инфекциям, способствует процессам регенерации.

*Состав и форма выпуска:* Порошок для приготовления раствора для приема внутрь. 1 пак. аскорбиновая кислота 2,5 г в пакете из бумаги, ламинированной полиэтиленом, по 2,5 г. Таблетки 25 мг.

*Способ применения и дозы.* Внутрь (после еды) для профилактики по 50-100 мг 1 раз в сутки. Лечебные дозы для взрослых составляют при приеме внутрь 50-100 мг 3-5 раз в сутки.

**Витамин Е.** *Действующее вещество.* Токоферол (Витамин Е). Оказывает антиоксидантное действие, участвует в биосинтезе гема и белков, пролиферации клеток, тканевом дыхании, других важнейших процессах тканевого метаболизма, предупреждает гемолиз эритроцитов, препятствует повышенной проницаемости и ломкости капилляров.

*Состав и форма выпуска.* Одна желатиновая капсула содержит  $\alpha$ -токоферола ацетата 200 МЕ; во флаконе 100 шт.

*Способ применения и дозы.* Обычно назначают по 100-300 мг/сут. При необходимости дозу можно увеличить до 1 г/сут (в исследованиях при тонком эндометрии показана эффективность дозы 600 мг при приеме на протяжении всего менструального цикла).

**Пентоксифиллин\*.** *Действующее вещество.* Пентоксифиллин. Средство, улучшающее микроциркуляцию, ангиопротектор, производное диметилксантина. Пентоксифиллин уменьшает вязкость крови, вызывает дезагрегацию тромбоцитов, повышает эластичность эритроцитов (за счет воздействия на патологически измененную деформируемость эритроцитов), улучшает микроциркуляцию и увеличивает концентрацию кислорода в тканях. Повышает концентрацию цАМФ в тромбоцитах и аденозинтрифосфата в эритроцитах с одновременным насыщением энергетического потенциала, что, в свою очередь, приводит к вазодилатации.

*Состав и форма выпуска.* Таблетки, покрытые кишечнорастворимой оболочкой. Таблетки 100 мг. В контурной ячейковой упаковке из пленки ПВХ и фольги 10 таблеток. Шесть контурных ячейковых упаковок помещают в картонную пачку.

*Способ применения и дозы.* Доза и схема лечения устанавливаются индивидуально. Комбинированная метаболическая терапия пенток-сифиллином по 800 мг/сут и витамином Е в дозе 1000 мг/сут внутрь с 5-25 дни цикла в течение двух циклов продемонстрировала повышение эффективности в циклах ЭКО на 9,5%.

## **Энзимотерапия**

Фиброз представляет собой универсальный процесс, основу которого составляют накопление протеинов внеклеточного матрикса и уплотнение соединительной ткани с появлением рубцовых изменений, возникающий, как правило, в результате хронического воспаления, а склероз - замена паренхимы органов плотной соединительной тканью, то есть уплотнение органов, вызванное гибелью функциональных элементов и заменой их фиброзной тканью.

Ключевым механизмом формирования продуктивной фазы воспаления является стимуляция фибробластов как продуктами деструкции соединительной ткани, так и цитокинами, синтезируемыми макрофагами и другими продуктами деструкции соединительной ткани.

Источник KingMed.info

Хронический воспалительный процесс приводит к нарушению функций клеток и межклеточного вещества соединительной ткани и в итоге - к гиперплазии (патологическому росту) соединительной ткани.

Подавление фиброобразования - одна из первоочередных задач терапии фиброзирующих процессов при ХЭ, помимо коррекции иммунитета и микроциркуляции.

Анализ данных литературы подтверждает, что наиболее распространенным способом воздействия на соединительную ткань в целях предупреждения ее гиперплазии является деполимеризация внеклеточного матрикса ферментами типа гиалуронидазы (Унанян А.Л. и др., 2012).

## **Препараты ферментативного действия**

Сведения из инструкций к препаратам приводятся по данным, представленным компаниями-производителями в справочнике РЛС. Показания указаны применительно к рассматриваемой теме. С полным списком показаний к применению можно ознакомиться в инструкции к препаратам.

**Лонгидаза.** *Действующее вещество.* Бовгиалуронидаза азоксимер гиалуронидаза. Представляет собой конъюгат гиалуронидазы с активированным производным N-оксида поли-1,4-этиленпиперазина. Проявляет противофиброзные свойства, ослабляет течение острой фазы воспаления, регулирует (повышает или снижает в зависимости от исходного уровня) синтез медиаторов воспаления (интерлейкина-1 и фактора некроза опухоли-а), повышает гуморальный иммунный ответ и резистентность организма к инфекции. Выраженные противо-фиброзные свойства лонгидазы обеспечиваются конъюгацией гиалуронидазы с носителем, что значительно увеличивает устойчивость фермента к денатурирующим воздействиям и действию ингибиторов.

*Состав и форма выпуска.* Суппозитории по 3000 МЕ.

*Показания.* Спаечный процесс (профилактика и лечение) в малом тазу при хронических воспалительных заболеваниях внутренних половых органов после гинекологических манипуляций, в том числе искусственных абортов, перенесенных ранее оперативных вмешательств на органах малого таза: внутриматочные синехии, трубно-перитонеальное бесплодие, хронический эндомиометрит.

*Способ применения и дозы.* В форме суппозиторий рекомендуется для ректального или интравагинального применения 1 раз в сутки на ночь (или через день, а также 2-3 раза в неделю). Курс - 10-20 введений.

**Вобэнзим\*.** *Действующее вещество.* Комбинированный препарат. Представляет собой комбинацию высокоактивных ферментов растительного и животного

Источник KingMed.info

происхождения. Оказывает иммуномодулирующее, противовоспалительное, фибринолитическое, противо-отечное, антиагрегантное и вторичное анальгезирующее действие. Вобэнзим\* оказывает положительное воздействие на ход воспалительного процесса, ограничивает патологические проявления аутоиммунных и иммунокомплексных процессов, положительно влияет на показатели иммунологической реактивности организма. Стимулирует и регулирует функциональную активность моноцитов-макрофагов, естественных киллеров, стимулирует противоопухолевый иммунитет, цитотоксические Т-лимфоциты, фагоцитарную активность клеток.

Под воздействием Вобэнзима\* снижается количество циркулирующих иммунных комплексов и происходит выведение мембранных депозитов иммунных комплексов из тканей. Вобэнзим\* регулирует механизмы неспецифической защиты (выработка интерферонов), тем самым проявляя противовирусное и антибактериальное действие.

*Состав и форма выпуска.* Таблетки, покрытые кишечнорастворимой оболочкой красно-оранжевого цвета. 20 шт. - блистеры (2) - пачки картонные; 20 шт. - блистеры (10) - пачки картонные; 800 шт. - флаконы из полиэтилена высокой плотности. Одна таблетка содержит: панкреатин 345 прот.ЕД.Ph.Eur., папаин 90 ЕД.FIP, рутозид 50 мг, бромелаин 225 ЕД.FIP, трипсин 360 ЕД.FIP, липазу 34 ЕД.FIP, амилазу 50 ЕД.FIP, химотрипсин 300 ЕД.FIP.

*Показания.* Хронические инфекции половых органов, аднексит.

*Способ применения и дозы.* В зависимости от активности и тяжести заболевания назначают в дозе от 3 до 10 таблеток 3 раза в сутки. В первые 3 дня приема препарата рекомендуемая доза составляет 3 таблетки 3 раза в сутки. При средней активности заболевания препарат назначают в дозе 5-7 таблеток 3 раза в сутки в течение 2 нед. В дальнейшем дозу препарата следует уменьшить до 3-5 таблеток 3 раза в сутки. Курс - 2 нед. При высокой активности заболевания препарат назначают в дозе 7-10 таблеток 3 раза в сутки в течение 2-3 нед. В дальнейшем дозу следует уменьшить до 5 таблеток 3 раза в сутки. Курс - 2-3 мес.

## **Гормональная терапия**

Дискуссионными остаются вопросы о целесообразности использования в комплексном лечении ХЭ циклической гормональной терапии.

В настоящее время считается, что при ХЭ оправдано только дифференцированное назначение гормонотерапии при наличии гипофункции яичников, НЛФ или ановуляции (Зароченцева Н.В. и др., 2013; Кузнецова И.В. и др., 2015).

Потенциал к патологической регенерации ткани, который таит в себе хроническое воспаление, при назначении циклической заместительной гормональной терапии может быть усилен и реализован.

Эндогенные и экзогенные эстрогены усиливают процессы пролиферации, одновременно активируя воспалительную реакцию, что препятствует лечению ХЭ, но необходимо для осуществления имплантации. В этой связи следует проводить подготовку эндометрия к беременности поэтапно. Предварительный этап подразумевает исключение вероятных причин недостаточного роста и восстановление рецептивности, основной - собственно восстановление способности к зачатию в предполагаемом фертильном цикле (Кузнецова И.В. и др., 2015).

При наличии избыточной пролиферации в сочетании с ХЭ представляется закономерным использование прогестагенов или проге-стагенсодержащих средств (после элиминации вероятного возбудителя инфекционного воспаления).

В предполагаемом фертильном цикле, особенно при стимуляции функций яичников, обосновано применение эстрогенных препаратов. При этом трансдермальные формы эстрогенов обладают рядом преимуществ перед оральным приемом эстрадиола ввиду высокой биодоступности по сравнению с оральным приемом, создания постоянной концентрации в кровотоке, отсутствия конверсии в неактивные метаболиты и возможности легкого варьирования дозы. Препараты эстрадиола можно назначать также и на этапе подготовки к фертильному циклу в случаях, когда причиной тонкого эндометрия является овариальная недостаточность. Доза подбирается индивидуально под контролем УЗИ (величина переднезаднего размера М-эха).

## **Выбор метода гормональной терапии**

Пациенткам, имеющим нормальную толщину эндометрия (более 8 мм) после овуляции и нормальный кровоток в сосудах эндометрия (индекс резистентности в базальных артериях - не более 0,48, в спиральных артериях - 0,38, в аркуатных артериях - 0,64, в маточной артерии - 0,8), при доплерометрии на 20-22-й день менструального цикла в качестве прегравидарной подготовки назначают дидрогестерон внутрь в дозе 10 мг 2 раза в сутки с 16-го по 25-й день менструального цикла.

Гестагены не следует назначать при обострении процесса или наличии персистирующей инфекции.

У пациенток со сниженной толщиной эндометрия после овуляции (менее 6-8 мм) и при овариальной недостаточности препаратами выбора являются эстроген/дидрогестерон в дозе 2 мкг/10 мг с 1-го дня менструального цикла в течение 21 дня по 1 таблетке 1 раз в сутки с добавлением дидрогестерона внутрь по 10-20 мг 1 раз в сутки с 16-го по 25-й день менструального цикла (могут также применяться микро-низированный прогестерон 200 мг/сут, раствор прогестерона 1% - 2 мл или 2,5% - 1 мл внутримышечно через день).



При нормальных функциях яичников применение эстрогенов допускается только в цикле планируемой беременности. Обычно такая необходимость возникает при стимуляции яичников с помощью кло-мифена цитрата, обладающего антиэстрогенным свойством. Для того чтобы не снизить эффективность стимуляции овуляции, эстрогены рекомендуют принимать не ранее 9-го дня цикла при диаметре лидирующего фолликула 14-15 мм. В протоколах программ вспомогательных репродуктивных технологий, использующих агонисты гонадолиберина, назначение препаратов эстрадиола является обязательным.

## **Препараты, используемые для циклической гормональной терапии**

Сведения из инструкций к препаратам приводятся по данным, представленным компаниями-производителями в справочнике РЛС. Показания указаны применительно к рассматриваемой теме. С полным списком показаний к применению можно ознакомиться в инструкции к препаратам.

### **Эстрогены**

**Дивигель\***. Действующее вещество. Эстрадиол (*Oestradiolum*).

*Состав и форма выпуска.* Гель трансдермальный, содержит активный ингредиент эстрадиола гемигидрат, соответствует эстрадиола 1 мг.

*Показания.* Заместительная гормональная терапия при симптомах дефицита эстрогена.

*Способ применения и дозы.* Дивигель\* - гель для трансдермального применения. Дивигель\* может использоваться для длительной и циклической терапии. Обычная стартовая доза составляет 1 мг эстрадиола (1 г геля соответственно) в сутки, но выбор начальной дозы может основываться на выраженности симптомов. В зависимости от клинической картины доза может быть изменена после 2-3 циклов индивидуально от 0,5 г до 1,5 г в сутки, что соответствует от 0,5 до 1,5 мг эстрадиола в сутки.

**Прогинова\***. Действующее вещество. Эстрадиола валерат (*Oestradioli valeras*).

*Состав и форма выпуска.* Драже, содержащие эстрадиола валерат 2 мг. В блистере 21 шт., в пачке картонной один блистер.

*Показание.* Эстрогенная недостаточность.

*Способ применения и дозы.* Внутрь после еды, не разжевывая и запивая небольшим количеством жидкости, по 1 драже ежедневно в течение 21 дня, затем перерыв 7 дней. При наличии менструации следует принимать Прогинова\* на 5-й день менструального кровотечения.

**Эстрожель\***. Действующее вещество. Эстрадиол (*Oestradiolum*).

Источник KingMed.info

*Состав и форма выпуска.* Гель трансдермальный по 0,5 или 1,0 г геля в однодозовых трехслойных пакетах из ламинированного алюминия по 28 или 91 однодозовому пакету в картонной коробке.

*Показания.* Заместительная гормональная терапия при симптомах дефицита эстрогенов.

*Способ применения и дозы.* Наружно, непрерывно или циклами. Дозы и длительность терапии устанавливают индивидуально. Обычно начальная доза препарата составляет 2,5 г геля 1 раз в сутки, что соответствует 1,5 мг эстрадиола.

При применении препарата в форме тубы для определения суточной дозы используют пластмассовый аппликатор-дозатор: 1 доза аппликатора соответствует 2,5 г геля (что соответствует 1,5 мг эстрадиола).

При применении препарата в форме флакона при одном нажатии на помпу-дозатор высвобождается 1,25 г геля (что соответствует 0,75 мг эстрадиола), равные половине суточной дозы. Средняя суточная доза препарата составляет 2,5 г геля (два нажатия на помпу-дозатор).

**Эстрофем\***. Действующее вещество. Эстрадиол (*Oestradiolum*).

*Состав и форма выпуска.* Одна таблетка, покрытая оболочкой голубого цвета, содержит эстрадиола 2 мг; в календарном пластиковом диске 28 шт.

*Показания.* Эстрогенная недостаточность после гинекологических операций.

*Применение.* Внутрь по 1 таблетке 1 раз в сутки ежедневно без перерывов. При сохраненном менструальном цикле первую таблетку принимают на 5-й день менструального цикла.

## **Гестагены**

**Дидрогестерон.** Действующее вещество. Дидрогестерон (*Dydrogesteronum*).

*Состав и форма выпуска.* Одна таблетка содержит дидрогестерона 10 мг.

*Показания.* Прогестероновая недостаточность, в том числе бесплодие, обусловленное лютеиновой недостаточностью; выкидыш (привычный, угрожающий) на фоне установленного дефицита прогестерона.

*Способ применения и дозы.* При угрожающем аборте используют 40 мг средства 1 раз. Затем в качестве поддерживающей терапии назначают по 10 мг препарата каждые 8 ч, пока симптомы не исчезнут.

В качестве профилактики аборта применяют по 10 мг средства 2 раза в сутки до 20-й недели беременности.

Для лечения бесплодия назначают по 10 мг/сут с 14-го по 25-й день цикла. Курс лечения - около 6 мес (циклов). Терапию продолжают в I триместре беременности.

**Крайнон\***. *Действующее вещество.* Прогестерон (*Progesteronum*).

*Состав и форма выпуска.* Гель вагинальный 8%. По 1,125 г геля в полипропиленовых аппликаторах белого цвета с отламывающимся колпачком. По одному аппликатору в пакетах из ламинированной фольги. По 6 или 15 пакетов в картонной пачке.

*Показания.* Поддержание лютеиновой фазы в процессе применения вспомогательных методов репродукции, дефицит прогестерона.

*Способ применения и дозы.* Поддержание лютеиновой фазы в процессе применения вспомогательных методов репродукции. Начиная со дня переноса эмбриона гель в количестве 1,125 г (90 мг прогестерона - 1 аппликатор) вводят ежедневно интравагинально. При наступлении беременности терапию продолжают до 12 нед или в течение 10-12 нед с момента подтвержденной беременности.

**Праджисан\***. *Действующее вещество.* Прогестерон (*Progesteronum*).

*Состав и форма выпуска.* Капсулы по 100 мг 10 или 30 шт.

*Показания.* Нарушения, связанные с дефицитом прогестерона. Пероральный путь введения: бесплодие вследствие лютеиновой недостаточности. Вагинальный путь введения: поддержка лютеиновой фазы во время подготовки к ЭКО, поддержка лютеиновой фазы в спонтанном или индуцированном менструальном цикле, бесплодие вследствие лютеиновой недостаточности, профилактика привычного и угрожающего аборта вследствие прогестероновой недостаточности.

*Способ применения и дозы.* В большинстве случаев при недостаточности прогестерона суточная доза Праджисана\* составляет 200-300 мг, разделенных на два приема (утром и вечером).

Поддержка лютеиновой фазы во время подготовки к ЭКО: рекомендуется принимать от 200 до 600 мг/сут, начиная со дня инъекции хорионического гонадотропина в течение I и II триместра беременности.

Поддержка лютеиновой фазы в спонтанном или индуцированном менструальном цикле, при бесплодии, связанном с нарушением функции желтого тела рекомендуется принимать 200-300 мг/сут, начиная с 17-го дня цикла на протяжении 10 дней; в случае задержки менструации и диагностики беременности лечение должно быть продолжено.

В случаях угрозы аборта или в целях профилактики привычных аборт, возникающих на фоне недостаточности прогестерона, по 200-400 мг ежедневно в два приема в I и II триместре беременности.

**Утрожестан\***. Действующее вещество. Прогестерон (*Progesteronum*).

*Состав и форма выпуска.* Прогестерон (натуральный микронизированный) в капсулах по 100 и 200 мг. В блистере из ПВХ/алюминиевой фольги или ПВХ/ПВДХ/алюминиевой фольги, 14 шт. - два блистера или 7 шт. - два блистера в картонной пачке (28 или 14 капсул в потребительской упаковке).

*Показания.* Прогестерондефицитные состояния у женщин.

*Способ применения и дозы.* Внутрь: в большинстве случаев при недостаточности прогестерона суточная доза препарата составляет 200- 300 мг, разделенных на два приема (утром и вечером). Интравагинально: поддержка лютеиновой фазы во время проведения цикла ЭКО - рекомендуется принимать от 200 до 600 мг/сут начиная со дня инъекции ХГ в течение I и II триместра беременности. Интравагинально: поддержка лютеиновой фазы в спонтанном или индуцированном менструальном цикле, при бесплодии, связанном с нарушением функции желтого тела, - рекомендуется принимать 200-300 мг/сут, начиная с 17-го дня цикла на протяжении 10 дней. В случае задержки менструации и диагностики беременности лечение должно быть продолжено, в случаях угрозы аборта или в целях профилактики привычных абортов, возникающих на фоне недостаточности прогестерона, - 200-400 мг/сут в два приема в I и II триместре беременности.

## **Физиотерапевтические методы**

Традиционно в комплексной терапии ХЭ применяются физические факторы. Наиболее часто применяют электроимпульсную терапию, интерференционные токи, переменное магнитное поле низкой частоты, ток надтональной частоты, иглорефлексотерапию.

Задачи физиотерапии при ХЭ заключаются в улучшении гемодинамики органов малого таза, стимуляции функции рецепторов, ускорении процессов регенерации эндометрия, повышении иммунологических свойств.

Одним из новых методов, применяемых в нашей стране для лечения ХЭ и тонкого эндометрия, является электроимпульсная терапия. Электроимпульсная терапия является видом электростимуляции внутренних органов. В результате действия изменяется биоэлектрическая активность мышечных элементов и нервов внутренних органов, клетка приходит в состояние возбуждения, при этом происходит двигательная реакция мышцы или нерва. Ускорению регенерации периферических нервов, восстановлению их проводимости и возбудимости способствует активация метаболизма.

При электростимуляции происходит сокращение и расслабление мышечных волокон, что приводит к активации кровотока посредством расширения периферических сосудов, нормализации соотношения про- и антиангиогенных факторов роста. У

больных с нарушением репродуктивной функции, у которых морфологически был подтвержден ХЭ, была доказана клиническая эффективность электроимпульсной терапии - 83% [26]. Отмечались позитивные эхографические изменения, усиление регионарного кровообращения, снижение концентрации VEGF, нормализация соотношения его рецепторов и, как следствие, восстановление репродуктивной функции.

По данным К.У. Алиевой (2007), применение интенсивной низкочастотной магнитотерапии у пациенток в программе ЭКО позволяет повысить ее результативность до 37,5% и снизить частоту репродуктивных потерь до 8,3%. Указанный эффект обусловлен улучшением маточной гемодинамики на всех трех изучаемых уровнях: маточных, аркуатных и радиальных артериях.

Схожие данные были получены в исследовании Е.С. Силантьевой (2008) на пациентках с маточным фактором нарушения репродуктивной функции. Было показано, что при применении лечебных физических факторов происходят активация капиллярного кровотока, снижение периферического сопротивления сосудов, увеличение числа функционирующих артериальных сосудов субэндометриальной зоны, повышение конечной диастолической скорости в маточных артериях, что приводит к восстановлению симметричной перфузии на всех уровнях сосудистого дерева матки. Было продемонстрировано, что в эндометрии снижается количество макрофагов, уровень коллагенов III и IV типа, эпидермального и трансформирующего факторов роста, а также происходит регуляция соотношения рецепторов стероидных гормонов. Учитывая, что одним из основных факторов для успешной имплантации эмбриона является морфологическое состояние эндометрия, в последнее время особое внимание уделяют его оценке в период окна имплантации. Существуют работы, в которых освещены вопросы действия физического фактора на состояние эндометрия, включая его эхографические, морфологические и иммуногистохимические параметры. В работах Е.С. Силантьевой указывается, что в результате применения электроимпульсной терапии при исходном истончении эндометрия менее 8 мм происходит его значимое увеличение без активации процессов пролиферации, фибрирования или подавления процессов апоптоза в эндометрии на стадии пролиферации.

## **Методика низкочастотной электроимпульсной терапии**

**Аппаратура.** Аппаратно-программный комплекс «Андро-Гин».

**Параметры воздействия.** Стимуляция - внутрисполостная; полярность - прямая (положительная) и обратная (отрицательная) по 10 мин; амплитуда - от 5% с последующим увеличением (показатели индивидуально желаемой амплитуды определяют по безболезненным ощущениям вибрации, распространяющейся вглубь, и/или сокращениям мышц передней брюшной стенки). Режим 3; частота - 10 Гц;

Источник KingMed.info

девиация - 20%; возбуждение - 6 с; пауза - 2 с. Общая продолжительность воздействия - 20 мин. Курс лечения - 10 процедур.

**Порядок выполнения.** Расположение электродов - абдоминально-вагинальное: полостной электрод вводят в задний свод влагалища до появления сопротивления тканей дальнейшему продвижению, пластинчатый (пассивный) электрод размером 6x9 см располагают горизонтально в надлобковой области.

Лечение проводят с 5-7-го дня менструального цикла ежедневно, без сочетания с какими-либо иными видами лечения.

### **Противопоказания:**

- тромبوоблитерирующие процессы;
- желчнокаменная и почечнокаменная болезнь;
- острые нарушения мозгового и коронарного кровообращения;
- пороки сердца;
- острые гнойно-воспалительные заболевания;
- лихорадящие состояния;
- переломы костей в первые дни после иммобилизации;
- дерматиты, экзема;
- кровотечение;
- новообразования;
- спастические параличи и парезы.

**Результаты.** Применение электроимпульсной терапии позволяет улучшить имплантационный потенциал эндометрия [увеличить толщину эндометрия с  $0,61 \pm 0,13$  до  $0,92 \pm 0,12$  см ( $p < 0,05$ ) у 87,2% женщин, нормализовать маточную гемодинамику у 84,6% пациенток, добиться регресса остаточных проявлений ХЭ по данным гистологического исследования в 78,9% случаев] и увеличить частоту наступления беременности в цикле ЭКО в 3,4 раза (32,1%) по сравнению только с медикаментозной терапией.

### **Методика интенсивной низкочастотной магнитотерапии**

**Аппаратура.** Используют аппаратно-программный комплекс КАПЭЛМ-01 «Андро-Гин» в комплекте с индукторами - накожный магнитно-лазерный стимулятор (№ 1), вагинальный зонд (№ 2).

**Параметры воздействия.** Методика - влагалищно-абдоминальная. Биполярное бегущее магнитное поле, частота - 50 Гц, частота модуляции в режиме «стохас» по

Источник KingMed.info

схеме: процедуры № 1, 2, 3 - 1 Гц; № 4 - 5 Гц; № 5 - 9 Гц; № 6-15 - 11 Гц.

Продолжительность процедуры - 15 мин. Ежедневно по три процедуры в день с интервалами не менее 2 ч. Курс - 15 процедур.

**Порядок выполнения.** Индуктор № 1 (накожный) располагают контактно в надлобковой области, индуктор № 2 (внутриполостной) вводят в задний свод влагалища до появления сопротивления тканей дальнейшему продвижению. Лечение начинают на 5-7-й день менструального цикла.

### **Противопоказания:**

- индивидуальная непереносимость;
- гипертония и болезни крови различной этиологии;
- эпилепсия;
- гипертермия;
- истощение.

**Результаты.** Применение методики у пациенток в программе ЭКО позволяет повысить ее результативность до 37,5% и снизить частоту репродуктивных потерь до 8,3%.

### **Методика лечения интерференционными токами**

**Аппаратура.** Используют аппараты «Интердин-79 ИД» и «АИТ-01».

**Параметры воздействия.** Частота - от 0 до 100 Гц, сила тока - до ощущения безболезненной вибрации в глубине малого таза, режим автоматический, продолжительность - 20 мин 2 раза в день (интенсивный режим). Курс - 20 процедур.

**Порядок выполнения.** Прокладки 7x7 см, смоченные водой, располагают паравертебрально на уровне S1-S2 и на животе справа и слева от средней линии живота ниже уровня пупка.

### **Противопоказания:**

- новообразования;
- кровотечение;
- нарушение кожной чувствительности;
- кахексия;
- индивидуальная непереносимость метода;
- острые воспалительные процессы;

Источник KingMed.info

- туберкулез легких и почек в активной фазе;
- психические заболевания в фазе обострения;
- тромбофлебит;
- эпилепсия.

**Результаты.** После комплексного лечения интерференционными токами все пациентки отмечают улучшение психоэмоционального состояния, у 91,8% пациенток купируются или значительно уменьшаются боли, у 38,9% - наступает беременность. При наблюдении от 1 мес до 3 лет результаты лечения остаются стабильными, обострения хронических ВЗОМТ не наблюдается. Особенно важно, что сопутствующая миома и/или генитальный эндометриоз не претерпевают отрицательной динамики, что подтверждено эхографическими исследованиями; у ранее оперированных по поводу гормонально-зависимых образований половых органов рецидивов заболевания не отмечается.

Контроль за эффективностью терапевтических мероприятий должен проводиться не ранее чем через 2 мес после окончания лечения с учетом эффекта последствия физиотерапии. При этом оценивается динамика клинических симптомов, проводится УЗИ матки (доплерометрия сосудов матки) и аспирационная биопсия эндометрия (на 7-10-й день менструального цикла) с последующим морфологическим исследованием эндометрия.

### **Внутриматочный лаваж (орошение полости матки)**

Недавно был предложен метод лечения путем орошения эндометрия смесью из углекислого газа и азота, в результате чего значительно усиливается кровообращение в слизистой оболочке и увеличивается толщина базального и функционального слоев эндометрия (Шнейдерман М.Г. и др., 2014). Углекислый газ оказывает сосудорасширяющее действие, которое сопровождается усилением метаболизма и восстановлением рецепторной чувствительности. Азот, один из основных химических элементов биологически активных веществ, необходим для обеспечения дыхания и жизнедеятельности клеток.

Методика предусматривает проведение трех орошений в течение первой фазы менструального цикла и демонстрирует положительный эффект в отношении роста эндометрия, достигающего приемлемой величины к моменту переноса эмбриона.

### **Методика орошения эндометрия газовой смесью (CO<sub>2</sub> и N<sub>2</sub>)**

**Аппаратура.** Устройство представляет собой одноразовый баллончик со сжатой стерильной газовой смесью и одноразовым пластиковым катетером с шестью микроскопическими отверстиями в дистальном отделе для создания равномерного давления на стенки полости матки.



**Состав газовой смеси:** CO<sub>2</sub> - 6% и N<sub>2</sub> - 94%. Давление в баллончике - 1,3-1,5 атм, объем смеси - 6-8 см<sup>3</sup>.

**Порядок выполнения.** В полость матки через катетер под давлением 1,3 атм. вводится дозированная воздушная смесь (CO<sub>2</sub> и N<sub>2</sub>) в количестве 6-8 куб. см, которая, заполняя полость матки, воздействует на эндометрий.

Орошение эндометрия газовой смесью проводится на 7, 9, 13-й день менструального цикла.

**Противопоказания.** В доступной литературе не представлены.

**Результаты.** После третьего орошения (14-й день) толщина эндометрия соответствует 8,3-12,8 мм.

### **Внутриматочное орошение растворами кавитированными низкочастотным ультразвуком**

К инновационным методикам можно отнести орошение полости матки кавитированными лекарственными растворами, которая более изучена.

Под кавитацией понимают образование микроскопических пузырьков газа и/или пара в среде, подвергшейся воздействию ультразвука. За счет высокочастотной вибрации в жидкости образуются участки с пониженным давлением, на месте которых мгновенно формируются пузырьки, наполненные негорячим паром. Особенно выражен этот процесс в жидкости, прилегающей к границе сред, различных по своей акустической плотности. Именно кавитация обеспечивает наиболее ценные биологические эффекты ультразвука, такие как разрушение бактериальных пленок и усиление поступления в ткани лекарственных веществ.

*Бактерицидное действие* низкочастотного ультразвука и вызванной им кавитации обусловлено механическим разрушением клеточных мембран бактерий и грибов, а инактивация вирусов происходит за счет их окисления свободными радикалами и перекисью водорода, на короткий срок образующимися в кавитированной жидкости.

Кроме прямого губительного воздействия, повреждение мембран нарушает метаболизм патогенов, в результате чего устойчивость микроорганизмов к антибиотикам и дезинфектантам снижается. Именно поэтому при использовании обычных дозировок препаратов наблюдается более заметный терапевтический эффект.

*Противовоспалительное и регенераторное действие.* Воздействие низкочастотного ультразвука на ткани приводит к активации синтеза протеинов фибробластами и факторов роста макрофагами. Другие ценные эффекты - расширение кровеносного русла, в 2-3 раза повышающее регионарный кровоток, развитие коллатеральных сосудов.

Источник KingMed.info

Противовоспалительный эффект связан с сокращением в 2-3 раза фазы гидратации воспалительного процесса, снижения микробной контаминации и улучшения микроциркуляции.

*Восстановление рецепторного поля эндометрия* изучено на основании иммуногистохимического исследования рецепторов эстрогенов и прогестерона. Увеличивалась экспрессия ER- $\alpha$  в железах эндометрия, PR в строме и в железах и значительно превышало контрольные значения.

Использование метода кавитационного орошения полости матки приводит к восстановлению окна имплантации за счет нормализации морфофункциональной структуры эндометрия, снижения локального уровня первичных медиаторов воспалительного ответа.

Наилучших результатов в плане восстановления морфофункциональной структуры эндометрия удается добиться, используя метод в первом цикле после выскабливания эндометрия по поводу НВ.

*Методика внутриматочного орошения кавитированными растворами*

**Аппаратура.** Используется мобильный кавитационный аппарат «Фотек АК101» (производитель ООО «ФОТЕК», Россия; рег. удостоверение от 23.10.2014 № РЗН 2014/2028). Локальное воздействие на эндометрий посредством внутриматочного орошения физиологическим (или иным) раствором под воздействием ультразвука низкой частоты выполняется с использованием стержня аппарата с защитным кожухом, разработанного для внутриматочного применения (акустический узел АА211), который вводится в полость матки.

Для ультразвуковой обработки полости матки при ХЭ и тонком эндометрии используются:

- 0,05% раствор водного хлоргексидина (хлоргексидин - антисептик);
- раствор имунофана со стерильным физиологическим раствором в соотношении 1/50.

**Параметры воздействия.** Расход лекарственного раствора составляет 70-150 мл/мин при частоте ультразвуковых колебаний 25 кГц, мощности 8-9 ед., экспозиции 3-7 мин. На курс проводится 3-5 процедур через день или ежедневно. Количество курсов - 1-3 с интервалом 1 мес.

Во время 1-го курса используют раствор хлоргексидина, в 2-3-м - раствор имунофана. Между курсами лечения делают перерыв на протяжении одного менструального цикла.

**Порядок выполнения.** Перед тем как вводить инструмент в цервикальный канал проводят краткий тест на распыление во внешней среде (струя лекарственного

раствора, проходящая через ирригационный канал инструмента, должна превращаться в направленное мелкодисперсное облако).

После этого инструмент вводят в цервикальный канал за внутренний зев и проводят орошение полости матки в течение 3 мин (что соответствует расходу 200 мл раствора).

### **Противопоказания:**

- аллергические реакции на используемые при проведении процедуры лекарственные средства;
- злокачественные новообразования любой локализации.

**Результаты.** После 2-го и 3-го курса лечения М-эхо достоверно увеличивается на  $52 \pm 0,1\%$ , а средняя толщина эндометрия составляет 8,4 мм. По результатам гистологического исследования ни в одном случае после лечения не выявляются признаки ХЭ. В течение первых 6 мес после лечения беременность наступает у 34,4% женщин.

### **Пелоидотерапия во внекурортных условиях**

Известно, что одним из наиболее физиологических природных факторов, нормализующих генеративную функцию, являются пелоиды, особенно их интравагинальное применение. Однако традиционная процедура пелоидотерапии является достаточно трудоемкой, требует наличия подготовленного персонала, специальных помещений и дорогостоящего оборудования. В связи с этим была разработана специальная лечебная форма - одноразовые инъекторы с гелем на основе лечебной грязи Мертвого моря (ЛГММ), для амбулаторного применения во внекурортных условиях.

ЛГММ обладают наиболее высокой минерализацией (содержанием активных веществ - 242,4 г/л), что определяет особенности их лечебного действия. По основным физико-химическим критериям ЛГММ соответствуют среднесульфидным соленасыщенным иловым лечебным грязям Карачинской разновидности. Результаты клинических исследований применения ЛГММ при ХЭ представлены несколькими отечественными публикациями (Носкова И.Н., 2011; Белокриницкая Т.Е. и др., 2014; Кира Е.Ф. и др., 2010; Василенко Г.И. и др., 2013) и характеризуются высокой степенью доказательности (II-B), что позволяет рекомендовать их для использования в клинической практике.

В исследовании И.Н. Носковой (2011) в течение года после завершения реабилитации у женщин после СПА беременность наступила у 85% женщин, применявших ЛГММ, и у 40% - в контроле ( $p=0,008$ ). Повышение абсолютной пользы при применении пелоида составило 45%, повышение относительной пользы - 113%. Для того чтобы

Источник KingMed.info

достичь беременность у одной женщины в течение 1 года необходимо лечить данным способом двух пациенток. ОШ вероятности получения положительного результата при использовании пелоида по сравнению с традиционным лечением составило 8,5 (95% ДИ - 1,88-38,47). Беременность завершилась срочными родами у 65% пациенток, применявших пелоиды, и у 30% женщин в контроле ( $p=0,058$ ).

В исследовании Т.Е. Белокрыницкой и соавт. (2014) обследованы 118 пациенток с трубно-перитонеальным бесплодием, маточной причиной бесплодия (ХЭ) и НЛФ в различных сочетаниях. При этом часть женщин готовились к процедуре ЭКО. Сорок четыре женщины получили лечение ЛГММ, 47 - отказались от него и получали фонофорез с лидазой и ультразвуковую терапию, 27 - отказались от всех видов физиотерапии, мотивируя это тем, что они планируют ЭКО.

Отмечено улучшение состояния эндометрия у женщин 1-й и 2-й группы при ХЭ - у 57 и 6% соответственно (ОШ - 19,3; 95% ДИ - 3,0-11,6). Частота морфологических признаков ХЭ после лечения снизилась в 2,5 раза - с 52 до 21% ( $p=0,0139$ ).

Благодаря достигнутым первичным эффектам в течение 1 года после проведенного лечения наступление беременности констатировано у 39% женщин в 1-й группе и у 11% - в 2-й ( $p=0,004$ ), ОШ - 5,3 (95% ДИ - (1,7-7,5), из них беременность наступила спонтанно у 21 и 2% соответственно ( $p=0,014$ ). Лечение бесплодия с помощью ЭКО прошли 52% пациенток. В 1-й группе беременность наступила у 40% пациенток против 29% - в 2-й (ОШ - 1,7; 95% ДИ 0,5-5,4) и 15% - в 3-й (ОШ - 3,8; 95% ДИ 1,3-6,8).

Таким образом, один курс интравагинального введения грязей Мертвого моря повышал шанс наступления беременности в 5,3 раза по сравнению с теми, кто получал другое физиотерапевтическое лечение, при ЭКО - в 1,7 раза по сравнению с применением фонофореза и в 3,8 раза - по сравнению с отказавшимися от физиотерапии.

Улучшение гормональной функции яичников, восстановление овуляции и секреторной трансформации эндометрия отмечают все авторы, за счет повышения уровней эстрадиола и прогестерона в среднем в 2 раза, равно как и наступление среди них беременности - в 5,3 раза чаще (Кира Е.Ф. и др., 2010; Василенко Г.И. и др., 2013).

Полученные результаты позволяют предположить, что грязелечение оказывает не только прямое нормализующее влияние на гормонообразование в яичниках, но и, по-видимому, воздействует на рецепторный аппарат половых органов и восстанавливает его чувствительность к половым стероидам (Дикке Г.Б., 2015).

Объяснение механизма лечебного действия пелоидов в настоящее время базируется на теориях обратной связи, рефлекторного кольца и функциональных систем адаптации. Они дополняются механическим фактором: пелоиды воздействуют на

Источник KingMed.info

рецепторный аппарат слизистых оболочек, усиливают отток крови и лимфы, рефлекторно влияют на нервно-эндокринные и нервно-сосудистые механизмы, что улучшает функциональные и метаболические сдвиги в тканях, обуславливая конечные саногенетические эффекты.

На основании проведенного анализа отечественных исследований можно констатировать, что дефиброзирующее (адгезиолитическое) действие ЛГММ превосходит другие физиотерапевтические воздействия в 1,5 раза. Особенно выражен адгезиолитический эффект в отношении эндометрия - частота морфологических признаков ХЭ у женщин с бесплодием снижается в 2,5 раза после проведенного лечения, а у женщин с выкидышами в анамнезе - в 3,3 ниже по сравнению с плацебо.

*Методика пелоидотерапии с использованием лечебной грязи Мертвого моря* **Материальное обеспечение.** Гель на основе ЛГММ в инъекторах по 60 мл в комплекте с одноразовыми катетерами («БиЛайфМед», Израиль). **Параметры воздействия.** Объем геля на одну процедуру - 30-60 мл.

Экспозиция - 20-25 мин, на курс - 10-12 процедур, начиная с 6-8-го дня менструального цикла. Возможно проведение повторного курса через 2-3 мес.

**Порядок выполнения.** Гель на основе ЛГММ вводится во влагалище из инъекторов в необходимом объеме с помощью катетера в условиях процедурного кабинета. По окончании процедуры препарат удаляется из влагалища механическим путем с использованием ватного тампона или марлевой салфетки с последующим спринцеванием кипяченой водой температуры 36-37 °С в домашних условиях.

### **Противопоказания:**

- общие противопоказания к лечению (кровотечение и склонность к кровотечению; системные заболевания крови; доброкачественные и злокачественные новообразования; заболевания сердечно-сосудистой системы с недостаточностью кровообращения выше II степени, нарушения ритма сердечных сокращений; острые воспалительные заболевания и гнойные процессы; хронический гепатит, хронический панкреатит в стадии обострения; желчнокаменная болезнь; туберкулез; тиреотоксикоз; тромбоз; беременность и лактация);
- индивидуальная непереносимость компонентов продукта;
- злокачественные новообразования и подозрение на них;
- острые воспалительные заболевания влагалища, матки, придатков матки, прямой кишки, мочевого пузыря.

**Результаты.** Изложены выше.

## **КОНТРАЦЕПЦИЯ ПОСЛЕ САМОПРОИЗВОЛЬНОГО И НЕСОСТОЯВШЕГОСЯ ВЫКИДЫША**

Особое внимание в работе с пациенткой после СПВ/НВ следует уделять вопросам контрацепции, которая необходима женщине до наступления времени, как ее гинекологический и соматический статус, а также психологическое состояние позволят ей вступить в период гестации без повышенного риска. Надежная профилактика беременности в период восстановительного лечения дает необходимое время для восстановления энергетических и пластических ресурсов организма и эндометрия.

Планирование следующей беременности после СПВ возможно через 2-3 мес, однако более раннее наступление беременности дополнительно не повышает риск повторного СПВ (Goldstein R.R. et al., 2002).

После неосложненного СПВ может быть выбран любой метод контрацепции с учетом необходимой длительности интергенеративного интервала и критериев приемлемости.

После СПВ, осложненного инфекционными процессами, включая НВ, не показано использование внутриматочных средств.

Женщинам с ХЭ и нарушением репродуктивной функции в анамнезе (привычное невынашивание, неудачи ЭКО, бесплодие вследствие нарушения рецептивности эндометрия, тонкий эндометрий) следует признать нерациональным применение гормональных методов (КОК, гестагенных рилизинг-систем).

Они не только не восстанавливают структуру, секреторную функцию и рецептивность эндометрия, как это декларируется некоторыми авторами, но, напротив, подавляют ее вследствие торможения гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы.

**Качество консультирования** является определяющим фактором в выборе женщиной метода контрацепции, влияет на окончательное решение пациентки и увеличивает приемлемость. Именно поэтому консультирование по вопросам контрацепции должно быть интегрировано с услугами по охране репродуктивного здоровья на всех этапах оказания акушерско-гинекологической помощи.

## **ПРЕГРАВИДАРНАЯ ПОДГОТОВКА**

От информированности будущих родителей в наибольшей мере зависит успешная профилактика как повторных репродуктивных потерь, так и врожденных заболеваний у детей, о чем следует помнить врачу, консультирующему семейную пару с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом, в том числе после НрБ.

Периконцепционная профилактика эффективна за 3 мес до зачатия и в ранние сроки развития эмбриона и плода (до 12 нед).

**Общие мероприятия** прееонцепционной подготовки включают:

- выявление и лечение экстрагенитальных заболеваний: артериальной гипертензии, сахарного диабета, гипотиреоза, системных заболеваний соединительной ткани (АФС, системной красной волчанки и др.), болезней почек и мочевыводящих путей, в том числе инфекционно обусловленных;
- оценку состояния вагинального микробиоценоза, при необходимости его коррекцию;
- консультирование в целях отказа от курения, приема алкоголя, наркотиков;
- коррекцию нарушений пищевого поведения;
- дотацию фолиевой кислоты, йода, устранение дефицита других витаминов и микроэлементов.

### **Вмешательство, направленное на отказ от курения женщиной**

Курение табака женщинами репродуктивного возраста, в том числе беременными, ведет к снижению показателей их здоровья, осложненному течению беременности и родов, ухудшению исходов для плода и новорожденного.

В России курят на протяжении всей беременности 25-30% женщин.

Для беременной курение является наиболее значимым модифицируемым фактором неудовлетворительных исходов родов.

Особенности течения беременности и родов у курящих женщин, по данным А.И. Сащенко (2007): ранний токсикоз (47,5%), угроза прерывания на протяжении всей беременности (I триместр - 50%, II - 32,5%, III - 15%), плацентарная недостаточность (92,5%) и задержка роста плода (15,6%), преждевременное излитие околоплодных вод (47,5%), слабость родовой деятельности (52,5%), гипотрофия новорожденных (27,3%).

Курение повышает перинатальную смертность на 27%, причем установлена прямая зависимость данного показателя от количества выкуренных сигарет. Так, перинатальная смертность беременных, выкуривавших в день меньше пачки сигарет, повышалась на 20%, а выкуривавших больше пачки - на 35%.

У курящих женщин чаще, чем у некурящих, рождаются дети с пороками сердца и дефектами развития носоглотки, паховой грыжей, косоглазием. Курение неблагоприятно влияет на процесс закладки и развития нервной трубки у плода, ведет к рождению анэнцефалов, младенцев с врожденными аномалиями умственного развития, с волчьей пастью и заячьей губой.

Особенностями абстинентного синдрома у новорожденных при никотиновой зависимости матери являются преобладание признаков гипервозбудимости ЦНС: тремор при беспокойстве, нарушение сна, выраженный рефлекс Моро, спонтанный

тремор, болевой синдром, что требует дифференциальной диагностики с неонатальной гипогликемией.

Фенотипическая характеристика новорожденных от матерей с никотиновой зависимостью описывается малыми аномалиями развития (короткий фильтр, голубые склеры, длинная глазная щель, седловидный нос, низкое расположение ушей, диспластичные уши, сандалевидная щель), замедлением не только физического, но и интеллектуального, в том числе эмоционального, развития. По данным ВОЗ, вредное воздействие курения матерей во время беременности сказывается на детях в течение первых 6 лет жизни.

*Методика мотивационного интервью и краткосрочного вмешательства, направленного на отказ от курения женщиной (Американский конгресс акушеров и гинекологов, 2010)*

Краткая программа вмешательств, состоящая из пяти шагов, называемая моделью «5 А», рекомендуемая в клинической практике, включает следующие этапы: спросить (Ask) об употреблении табака; посоветовать (Advise) бросить курить; оценить (Assess) желание предпринять попытку бросить курить; помочь (Assist) при попытке бросить курить; организовать (Arrange) динамическое наблюдение. Данная модель медицинской помощи представляет собой полноценный ресурс для врачей в помощь беременным, бросающим курить.

Интеграция этой модели помощи в рутинную практику, затраты времени, измеренные в минутах, - допустимы в условиях клиники (амбулаторной практики) и с лихвой компенсируются потенциалом снижения значительного риска, которому курение подвергает матерей и их детей.

Комментарии к методике «5 А»

**A-1. Скрининг на употребление табака** следует проводить автоматически во время первичного сбора анамнеза. Стигма в обществе, касающаяся курения, особенно во время беременности, может вызвать дискомфорт при обсуждении того, курят ли они и как много. Некоторые данные свидетельствуют, что от 13 до 26% беременных курильщиц могут скрывать свою привычку. Манера, в которой врач задает вопрос относительно курения, способна значительно повлиять на точность ответов. Вместо того чтобы задавать пациентке вопросы, предполагающие ответ да или нет, такие как «Вы курите?», для улучшения раскрытия и получения полезной для консультирования информации следует применять подход, предполагающий несколько вариантов ответов, что улучшает раскрытие на 40%.

**A-2. Совет отказаться от курения** должен быть ясным, убедительным и персонализированным, с недвусмысленными призывами относительно преимуществ



отказа от курения и для пациентки, и для ее ребенка. Эффективным способом начала обсуждения отказа от курения может быть фраза: «Мой лучший совет вам и вашему ребенку - отказ от курения».

А-3. После того как пациентке посоветовали бросить курить и ответили на ее вопросы, клиницист **оценивает желание пациентки отказаться от курения** в течение последующих 30 дней. Временные рамки могут варьировать в зависимости от следующего визита или от срока беременности. В работе с женщинами, подтверждающими свое желание бросить курить и предпринять попытку в пределах оговоренного промежутка времени, врачу следует перейти к четвертому А. Для женщин, указывающих на то, что они еще не готовы отказаться от курения или попытаться бросить курить в определенный промежуток времени, - следует применять методики, разработанные для повышения мотивации пациентки.

А-4. На этапе **помощи** клиницист для отказа от курения призывает к применению методов и навыков разрешения проблем, оказывает социальную поддержку в качестве компонента лечения, помогает пациентке организовать социальную поддержку в пределах ее собственной среды проживания и предоставляет специфичные для беременности материалы для самопомощи.

А-5. Заключительный и постоянно действующий этап подхода «5 А» заключается в **организации диспансеризации**. Диспансерные визиты должны включать повторные оценки статуса относительно курения. Для пациенток, предпринимаящих попытку бросить курить, такие посещения должны предусмотреть время для отслеживания прогресса, подкрепления шагов, предпринятых для отказа от курения, и содействия навыкам разрешения проблем. В целях поддержания мотивации важно предоставление поощрения и позитивного подкрепления их усилий.

При каждой возможности пациентам, продолжающим курить, следует советовать бросить курить.

*Результативность отказа от курения во время беременности.* Успешное лечение табакокурения и табачной зависимости может оказать значительное воздействие на исходы беременности. Обзор клинических исходов беременных, отказавшихся от курения, выявляет 20% снижение количества детей с низкой массой тела при рождении, 17% уменьшение частоты ПР и среднее увеличение массы тела при рождении на 280 г.

*Финансовая эффективность вмешательства по отказу от табакокурения во время беременности.* Вмешательства по поводу никотиновой зависимости, направленные на беременных, особенно рентабельны, поскольку они уменьшают количество детей с низкой массой тела при рождении и перинатальных смертей, снижают

Источник KingMed.info

использование отделений интенсивной терапии и реанимации новорожденных, укорачивают продолжительность пребывания в стационаре и снижают интенсивность медицинского обслуживания.

Анализ, выполненный в 2006 г., показал, что проведение вмешательства по отказу от курения обойдется в 24-34 долл. США, а сэкономит 881 долл. на одну беременную курильщицу в Америке. При этом общая экономия составит до 8 млн долл. США за счет предотвращенных затрат на выхаживание новорожденных, исходя из предположения, что частота отказа от курения увеличится на 70%.

### **Вмешательство, направленное на отказ от употребления алкоголя**

При злоупотреблении алкоголем токсикозы беременных выявляются в 26% случаев, самопроизвольные аборт - в 29,1%, перинатальная гибель плодов - в 12%, выкидыши и ПР - в 22,3%, тяжелые и патологические роды - в 10,5%, родовые травмы в 8%, рождение недоношенных детей - в 34,5%, детей с проявлениями асфиксии - в 12,5%, ослабленных детей - в 19% случаев.

Употребление алкоголя может приводить к целому спектру нарушений у ребенка, называемых ФАСН. Одним из наиболее серьезных возможных последствий употребления алкоголя во время беременности является ФАС. Причем частота и выраженность ФАС не зависят от дозы и частоты приема алкоголя женщиной во время беременности.

В большинстве случаев негативные последствия употребления алкоголя встречаются у женщин, которые не являются зависимыми от алкоголя. Большинство женщин употребляют алкоголь умеренно и не являются пациентками специалистов-наркологов. Необходимо направить усилия на то, чтобы снизить количество и частоту употребления алкоголя женщинами, а не ограничиваться только лечением женщин с алкогольной зависимостью.

*Методика вмешательства, направленного на отказ от употребления алкоголя женщиной и профилактику фетального алкогольного синдрома/фетального алкогольного спектра нарушений (Профилактика фетального алкогольного синдрома в работе акушера-гинеколога, 2012)*

Воздействие фокусируется на двух направлениях - употреблении алкоголя и планировании беременности.

### **Цели краткосрочного вмешательства:**

- если женщина беременна или планирует беременность, цель вмешательства - полный отказ от употребления алкоголя;

Источник KingMed.info

- если женщина нерегулярно использует контрацепцию (может забеременеть), цель вмешательства зависит от выбора женщины: предупреждение беременности и/или отказ от употребления алкоголя.

**Шаги вмешательства** (краткое обозначение шагов вмешательства - СОС-ПП (цит. по: Балашова Т.Н. и группа профилактики ФАС, 2008): **С**просить; **О**братная связь; дать **С**овет; **П**омочь; **П**роследить.

## **Шаг 1. Спросить**

Оцените контрацепцию/планирование беременности, используемые женщиной.

Попросите разрешение обсудить проблему употребления алкоголя.

Спросите об употреблении алкоголя. Любая частота употребления 4 доз и более за один раз (вечер) - риск для здоровья. Можно дополнительно спросить о количестве доз при употреблении алкоголя за неделю либо применить одну из методик скрининга (ТОСО, ТОПАС или АУДИТ).

В здравоохранении введено понятие универсальной меры алкоголя - одна доза. Стандартная доза - это любой напиток, который содержит около 14 г чистого алкоголя. Эквиваленты стандартной дозы алкоголя приведены в приложении.

Вопрос о частоте употребления 4 доз является чувствительным инструментом оценки и в большинстве случаев является достаточным для оценки риска, связанного с употреблением алкоголя. При желании можно задать дополнительный вопрос о количестве доз за неделю или применить одну из методик скрининга.

## **Шаг 2. Обратная связь**

Предоставьте информацию/факты о влиянии алкоголя и узнайте мнение женщины по этому поводу.

- а) при беременности любое употребление алкоголя - вред здоровью ребенка, риск ФАС/ФАСН;
- б) при планировании беременности или нерегулярной контрацепции любое употребление алкоголя - риск ФАС/ФАСН;
- в) для любой женщины: употребление 4 доз или более за один раз или 7 доз и более за неделю - риск здоровью женщины, а в случае беременности - риск ФАС/ФАСН.

Как можно говорить об этом:

*Ваше употребление алкоголя может...*

*Данные показывают, что у вас высокий риск...*

*Я очень озабочен/а...*

*Во время беременности любое количество алкоголя...*

*Нет безопасного количества алкоголя во время беременности...*

*Когда вы пьете алкоголь - пьет и ваш ребенок...*

*Женщина обычно не знает о беременности в первые недели и алкоголь может...*

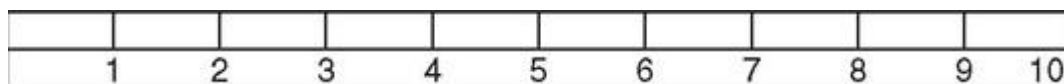
### **Шаг 3. Дать совет и помочь поставить цель**

А. Дайте совет.

Если риска нет, поддержите правильное поведение.

Если риск для плода или для женщины есть, обсудите изменение поведения: уменьшение употребления, воздержание от алкоголя и/или контрацепцию.

Б. Оцените готовность изменить поведение с помощью шкалы оценки готовности к изменению поведения (рис. 5.3), представляющую собой линейку с делениями от 1 до 10, где 1 - совершенно не готова изменить поведение (употребление алкоголя или использование контрацепции) и 10 - полностью готова изменить поведение.



**Рис. 5.3.** Шкала оценки готовности к изменению поведения

Задайте вопросы:

- Насколько Вы готовы уменьшить употребление алкоголя?
- Насколько Вы готовы регулярно применять контрацепцию?
- Как Вы узнаете (узнали бы), что Вы полностью готовы?
- Что может помочь Вам продвинуться по шкале?

Напомните, что большинство беременностей не запланированы и многие женщины решают рожать, даже если они не планировали это в данное время. Для предупреждения ФАС/ФАСН у будущего ребенка важно продвижение, по крайней мере, по одному из двух направлений изменения (отказ, уменьшение приема алкоголя или правильное применение контрацепции).

В. Помогите поставить цель - уменьшение, прекращение употребления и/или контрацепция.

Задайте вопрос: «Что Вы думаете по поводу риска ФАС для Вашего ребенка?»

Сообщите, что у женщины есть выбор для уменьшения риска: предохранение от беременности или отказ от алкоголя.

Если пациентка не готова изменить поведение, не настаивайте на постановке цели. Повторите Ваш совет, предложив Вашу помощь, когда понадобится (не переходите к шагу 4).

## **Шаг 4. Помочь**

Спросите о возможных препятствиях.

Обсудите способы достижения выбранной цели.

Выразите готовность помочь (если надо, назначьте прием, дайте направление к специалисту и т.п.).

Содержание работы на этом этапе зависит от выбранной цели. Если цель - отказ или снижение употребления алкоголя, то обсуждаются препятствия, которые могут возникнуть у женщины в связи с этим; способы достижения цели, например, как сказать «нет», если предлагают алкоголь, кто может быть поддержкой для женщины в трезвости и др.

Если цель - планирование семьи и контрацепция (то есть женщина не планирует в настоящее время беременность и хочет использовать контрацепцию), то при обсуждении трудностей речь идет о том, что препятствовало или может препятствовать правильному применению контрацепции, а также методы надежной контрацепции, которые могут не только быть показаны женщине по медицинским показаниям, но также подойдут ей с учетом ее образа жизни и предпочтений, то есть будут приемлемы и удобны для нее. В этом случае цель - разумное планирование семьи и помощь женщине в подборе метода, который будет для нее удобен и надежен.

## **Шаг 5. Проследить**

На следующем приеме оцените изменение поведения.

Подкрепите успех и/или предложите помощь при неудаче.

Обсудите, как женщине удалось выполнить поставленную цель, были ли трудности, нужно ли откорректировать методы и какая еще помощь может потребоваться женщине для достижения поставленной цели.

## **Коррекция массы тела**

Показатель массы тела - высокочувствительный индикатор соответствия питания энергетическим потребностям организма. При отсутствии такого соответствия вследствие избыточного или недостаточного потребления пищи наступает ожирение или истощение, что в обоих случаях является серьезным расстройством здоровья. Тот же эффект возможен при малой или повышенной физической активности без соответствующих изменений энергетического потенциала рациона питания.

Источник KingMed.info

Для диагностики ожирения в практической медицине наиболее часто используют индекс массы тела.

Индекс массы тела - величина, позволяющая оценить степень соответствия массы человека и его роста и тем самым косвенно оценить, является ли масса недостаточной, нормальной или избыточной.

Индекс массы тела важен при определении показаний к необходимости лечения.

Индекс массы тела измеряется в кг/м<sup>2</sup> и рассчитывается по формуле :

$$I = \frac{m}{h^2},$$

где m - масса тела, кг; h - рост, м.

Интерпретация показателей индекса массы тела в соответствии с рекомендациями ВОЗ представлена в табл. 5.3.

Таблица 5.3

### Интерпретация показателей индекса массы тела

Индекс массы тела	Соответствие между массой человека и его ростом
16 и менее	Выраженный дефицит массы тела
16-18,5	Недостаточная (дефицит) масса тела
18,5-24,99	Норма
25-30	Избыточная масса тела (предожирение)
30-35	Ожирение I степени
35-40	Ожирение II степени
40 и более	Ожирение III степени (морбидное)

**Патологические типы ожирения**, как правило, связаны с нарушениями в эндокринной системе человека, приводящими к нарушениям жирового обмена. Именно поэтому в первую очередь необходимо исключить эти формы избытка массы тела.

Основные способы лечения при избыточной массе тела и ожирении (Вознесенская Т.Г., 2004).

- Соблюдение диеты с повышенным содержанием клетчатки, витаминов и других биологически активных компонентов (злаки и цельнозерновые продукты, овощи, фрукты, орехи, зелень и др.) и ограничением употребления легкоусвояемых организмом углеводов (сахар, сладости, выпечка, хлебобулочные и макаронные изделия из муки высших сортов).
- Адекватная физическая нагрузка. Рекомендуется лечебная гимнастика (продолжительностью 30-60 мин) с многократным выполнением упражнений для крупных мышечных групп, включением упражнений с глубоким дыханием, с

предметами, на снарядах и подвижных игр. В вечерние часы целесообразны спортивные игры и прогулки.

- Лекарственное лечение ожирения состоит в испытании всех известных препаратов для лечения ожирения.
- Психотерапевтическое лечение (коррекция расстройств пищевого поведения).

*Диетотерапия ожирения.* Долгосрочные результаты тех видов лечения, которые основаны исключительно на снижении энергоценности рациона, разочаровывают (вне зависимости от того, проводится ли такое лечение под наблюдением врача или без медицинского контроля). Согласно исследованиям американских психологов, диеты вообще бесполезны как средство борьбы с ожирением.

Однако следует отметить, что без адекватного контроля калорийности пищи и учета адекватности количества поступающих калорий, физической нагрузке успешное лечение ожирения невозможно. ВОЗ для успешного снижения массы тела рекомендует рассчитать привычную калорийность пищи, а затем ежемесячно снижать калорийность на 500 ккал до достижения цифры на 300-500 ккал ниже адекватной энергопотребности. Для лиц, не занимающихся активным физическим трудом, это значение составляет 1500-2000 ккал.

*Психотерапия.* Методы поведенческой терапии, используемые при лечении ожирения, нацелены на выработку самоконтроля, изменение отношения к питанию и связанных с ним привычек, на введение постепенно возрастающих физических нагрузок и формирование надежной социальной поддержки. В ходе контролируемых испытаний было обнаружено, что пациенты, к которым применялись эти методы, в дальнейшем реже набирали прежнюю массу тела, чем те, к кому применялись другие виды лечения.

*Медикаментозное лечение ожирения.* Лекарственные средства, как правило, позволяют добиться лишь кратковременного улучшения, но не стойкого, долговременного эффекта. Если после прекращения курса медикаментозного лечения пациент не изменил образ жизни и не соблюдает диетических рекомендаций, то масса тела снова нарастает. Возможно, это связано с тем, что избыточная масса тела вызывает необратимые воспалительные процессы в гипоталамусе, которые нарушают работу регуляции жировой ткани. Каждый препарат подбирается врачом индивидуально.

#### *Лекарственные средства для лечения ожирения*

Сведения из инструкций к препаратам приводятся по данным, представленным компаниями-производителями в справочнике РЛС. Показания указаны применительно к рассматриваемой теме. С полным списком показаний к применению можно ознакомиться в инструкции к препаратам.

**Орлистат** (Орлистат\*, Орсотен\*, Ксеникал\*). *Действующее вещество.* Орлистат - ингибитор панкреатической липазы, приблизительно на 30% снижает всасывание жиров, не подавляет чувство голода, однако может вызвать недержание стула.

*Состав и форма выпуска.* Капсулы из гипромеллозы, 125 мг.

*Показания.* Для лечения ожирения, в том числе уменьшения и поддержания массы тела, в сочетании с гипокалорийной диетой пациентам с ожирением при индексе массы тела более 30 кг/м<sup>2</sup> или более 27 кг/м<sup>2</sup> при наличии других факторов риска (таких как сахарный диабет, артериальная гипертензия, дислипидемия). Препарат также показан для уменьшения риска повторной прибавки массы тела после ее первоначального снижения.

*Способ применения и дозы.* Рекомендуемая разовая доза орлистата составляет одну капсулу по 120 мг. Если прием пищи пропускают или пища не содержит жира, то прием орлистата можно пропустить. Продолжительность терапии - не более 2 лет.

**Сибутрамин** (Меридиа\*, Линдакса\*). *Действующее вещество.* Сибутрамин.

Ингибитор обратного захвата серотонина и норадреналина. Препарат воздействует на центры насыщения и термогенеза, расположенные в гипоталамусе.

*Состав и форма выпуска.* Одна твердая желатиновая капсула содержит сибутрамина гидрохлорида моногидрата 10 или 15 мг; в контурной ячейковой упаковке 14 шт., в картонной пачке одна или две упаковки.

*Показания.* Алиментарное ожирение с индексом массы тела от 30 кг/м<sup>2</sup> и более; алиментарное ожирение с индексом массы тела от 27 кг/м<sup>2</sup> и более при наличии других факторов риска, обусловленных избыточной массой тела, таких как сахарный диабет 2-го типа или дис-липопропротеинемия (нарушение обмена липидов).

*Способ применения и дозы.* Внутрь, капсулы следует принимать утром, не разжевывая и запивая достаточным количеством жидкости (стакан воды). Препарат можно принимать натощак или сочетать с приемом пищи.

Начальная доза - 1 капсула 10 мг ежедневно. У пациентов, слабо реагирующих на прием этой дозы (критерий - уменьшение массы тела менее чем на 2 кг за 4 нед), при условии хорошей переносимости, суточная доза может быть увеличена до 15 мг. У пациентов, слабо реагирующих на прием сибутрамина 15 мг (критерий - уменьшение массы тела менее 2 кг за 4 нед), дальнейшее лечение этим препаратом следует прекратить.

Препарат противопоказан пациентам с неконтролируемой артериальной гипертензией!



**Флуоксетин** (Прозак\*). *Действующее вещество.* Флуоксетин - антидепрессант, применяется некоторыми специалистами в целях подавления аппетита, однако нет информации о долгосрочных эффектах.

*Состав и форма выпуска.* Одна капсула содержит флуоксетина 20 мг (в форме гидрохлорида); в картонной коробке один блистер по 14 шт., одна растворимая таблетка 20 мг; в картонной коробке два блистера по 14 шт.

*Показания.* Нервная булимия.

*Способ применения и дозы.* Суточная доза - 60 мг (в три приема). Максимальная суточная доза не должна превышать 80 мг.

## **Применение витаминно-минеральных комплексов при подготовке к зачатию**

Исследования в последние 10 лет, проведенные лабораторией обмена витаминов и минеральных веществ Института питания РАМН, свидетельствуют о широком распространении дефицита витаминов среди беременных во всех регионах России. У 70-80% обследованных наблюдается сочетанный дефицит трех витаминов и более, то есть полигипо-витаминозные состояния, независимо от возраста, времени года, места проживания и профессиональной принадлежности. Дефицит витаминов группы В выявляется у 20-100% обследованных, аскорбиновой кислоты - у 13-50%, каротиноидов - у 25-94% при относительно хорошей обеспеченности витаминами А и Е (Громова О.А., 2014).

Среди беременных, не принимавших витаминно-минеральных комплексов в течение беременности, недостаточная обеспеченность фолиевой кислотой выявлена у 37,8%, цианокобаламином - у 59,4%, цинком - у 51,35%, тиаминном - у 21,6%, рибофлавином - у 24,32%, пиридоксинном - у 18,9%, витамином А - у 2,7%, витамином Е - у 8,1% пациенток.

Согласно данным ВОЗ, ежегодная частота рождения детей с врожденными пороками развития в мире составляет 4-6%. В России среднее число рождений детей с пороками развития составляет около 50 тыс. в год, более чем у 70% новорожденных наблюдаются различные отклонения в состоянии здоровья. Эффективная профилактика пороков развития подразумевает применение комплекса мер, среди которых немаловажное значение имеют сбалансированное питание и адекватное обеспечение витаминами и микроэлементами.

Согласно рекомендациям Минздрава России, витаминотерапию проводят при прегравидарной подготовке, нормальном и осложненном течении беременности, физиологическом и осложненном послеродовом периоде (приказ Минздрава России № 572н, 2012).

В настоящее время можно говорить о двух подходах к микронутриентной коррекции.

Источник KingMed.info

Первый подход предполагает прием какого-то определенного витамина, например, только фолиевой кислоты (монотерапевтический подход был предложен для России, стран Африки и Латинской Америки во время первой волны экономического кризиса 2007- 2009 гг.). Приверженцы монотерапевтического направления обосновывают такой подход необходимостью борьбы с полипрагмазией и экономией финансирования.

Второй подход - комплексное использование витаминов и микронутриентов. При дотации всех эссенциальных микронутриентов риск тератогенеза дополнительно снижается еще на 20%.

Негативные последствия монотерапевтического подхода к нутрици-альной коррекции подробно рассмотрены в многочисленных статьях и монографиях (Громова О.А., 2014).

### *Фолиевая кислота*

У беременных дефицит фолиевой кислоты и фолатов увеличивает риск развития невынашивания, частичной или полной отслойки плаценты, спонтанного аборта, мертворождения, развития врожденных пороков и гипотрофии плода, послеродового кровотечения.

Существуют два направления фармакотерапии фолиевой кислотой: первое - профилактическое, в целях восполнения суточной потребности организма, и второе - высокодозная витаминотерапия.

Положительный эффект умеренных доз фолиевой кислоты (до 400-800 мкг/сут) в отношении профилактики врожденных дефектов подтверждается многочисленными клиническими исследованиями (Кузнецова И.В. и др., 2014).

Высокодозная терапия фолатами (5000 мкг/сут) показана в следующих случаях:

- при компенсации фолатдефицита при химиотерапии антифолиевыми препаратами;
- глубоком гиповитаминозе или авитаминозе фолиевой кислоты;
- гипергомоцистеинемии;
- алкоголизме;
- нарушении процессов всасывания в желудочно-кишечном тракте;
- генетической предрасположенности к постоянному фолатгиповитаминозу: полиморфизм гена метилентетрагидрофолатредуктазы и другие полиморфизмы генов фолатного метаболизма.

## Йод

Наиболее неблагоприятные последствия дефицита йода и, как следствие, нехватки тиреоидных гормонов возникают во внутриутробном онтогенезе. В период эмбриогенеза под влиянием гормонов щитовидной железы матери происходят закладка нервной системы и дальнейшая дифференцировка на белое и серое вещество, миелинизация проводниковой системы, формирование подкорковых структур, линейный рост, формирование опорно-двигательного аппарата и сердечно-сосудистой системы. Спектр проявлений, ассоциированных с дефицитом йода, включает спонтанные аборт, мертворождение, врожденные аномалии, повышение перинатальной смертности и другую патологию в ближайшей и отдаленной перспективе (гипотиреоз у новорожденных, нарушения умственного и физического развития).

Суточная потребность в йоде для беременных составляет 200 мкг/сут.

## Магний

Недостаток магния сопряжен с широким спектром осложнений беременности и родов: повышением тонуса миометрия, ПР, преэклампсией и эклампсией, артериальной гипертензией беременных, аритмией и мышечными судорогами беременных, избыточной прибавкой массы тела, гестационным диабетом и метаболическим синдромом в послеродовом периоде и др.

По данным эпидемиологических исследований, дефицит магния - один из наиболее широко распространенных нутриентных дефицитов среди россиян.

Распространенность гипомагниемии в общей популяции - 14,5%, а субоптимальный уровень магния - у 33,7%. В ходе широкомасштабных исследований в России MAGIC и MAGIC 2 установлена высокая распространенность дефицита магния среди беременных женщин - более 80%.

Физиологическая суточная потребность в магнии для взрослых составляет в среднем 400 мг/сут (5 мг на 1 кг массы тела).

Жалобы при гипомагниемии: тревожность, астения, бессонница, ночные судороги в икроножных мышцах, аритмия, повышение тонуса матки.

Показанием к приему препаратов, содержащих магний (в том числе во время беременности), является **установленный дефицит магния** [содержание магния в сыворотке: 12-17 мг/л (0,5-0,7 ммоль/л) - умеренная недостаточность; ниже 12 мг/л (0,5 ммоль/л) - тяжелый дефицит]. Однако стоит отметить, что при снижении уровня магния в плазме крови константа долгое время может поддерживаться за счет выхода элемента из депо (кости, мышцы), что будет сопровождаться клиническими симптомами при отсутствии дефицита магния по биохимическому анализу крови.

Поэтому снижение уровня магния в крови является признаком выраженного дефицита магния.

Кокрейновский анализ (семь исследований, 2689 женщин) показал, что использование органических солей магния для внутреннего приема до 25 нед беременности снижает частоту ПР (ОР - 0,73; 95% ДИ - 0,57-0,94), частоту рождения детей с низкой массой тела (ОР - 0,67; 95% ДИ - 0,46-0,96) и детей с малыми для гестационного возраста размерами (ОР - 0,66; 95% ДИ - 0,16-0,90) (Makrides M. et al., 2001).

В другом, более позднем метаанализе, включавшем 10 исследований (9090 женщин и их детей), показано, что прием препаратов магния в дозе от 340 мг до 4 г внутрь связан с незначительной разницей в перинатальной смертности (ОР - 1,10; 95% ДИ - 0,72-1,67), малой массы тела новорожденного для гестационного возраста (ОР - 0,76; 95% ДИ - 0,54-1,07) или преэклампсии (ОР - 0,87; 95% ДИ - 0,58-1,32). Однако в группе женщин, применявших добавки магния, было значительно меньшее количество детей с оценкой Апгар менее 7 баллов за 5 мин (ОР - 0,34; 95% ДИ - 0,15-0,80), с околоплодными водами, окрашенными меконием (ОР - 0,79; 95% ДИ - 0,63-0,99), замедлением ритма сердечных сокращений у плода в родах (ОР - 0,68; 95% ДИ - 0,53-0,88) и гипоксически-ишемической энцефалопатией новорожденных (ОР - 0,38; 95% ДИ - 0,15-0,98). Женщины, получающие магний, значительно реже требуют госпитализации во время беременности (ОР - 0,65; 95% ДИ - 0,48-0,86) (Makrides M. et al., 2014).

Лечение или профилактика невынашивания беременности препаратами магния при отсутствии его дефицита в организме неэффективно.

Применение сульфата магния во время беременности в суточной дозе 25 г эффективно для женщин с эклампсией и преэклампсией (Grimes D.A. et al., 2006), однако с токолитической целью в настоящее время его использование не рекомендуется (магния сульфат не является токолитиком и дает много осложнений; высказываются также мнения, что его употребление недопустимо при преждевременной родовой деятельности; кроме того, есть доказательства, что высокие курсовые дозы сульфата магния связаны с увеличенной детской смертностью) (Azria E. et al., 2004). Внутривенное введение 25% магния сульфата в дозе 10-20 мл не восполняет дефицита микроэлемента магния.

Препаратами выбора для долговременной профилактики и лечения микроэлементоза магния являются лекарственные формы для приема внутрь.

Применение внутрь солей магния в комбинации с пиридоксином способствует более эффективной компенсации дефицита магния в организме.

В рекомендациях пленума президиума Российского общества акушеров-гинекологов (2014) отмечено, что препараты магния должны соответствовать следующим

требованиям: органические соли магния, позволяющие точно дозировать концентрацию магния (цитрат, пидо-лат, лактат); удобная форма применения; наличие магниевых протекторов (к таковым относится витамин В<sub>6</sub>); наличие клинических исследований, подтверждающих эффективность и безопасность применения препарата в акушерстве и гинекологии, а также оригинальное качество (О пленуме президиума Российского общества акушеров-гинекологов // Акушерство и гинекология. 2015. № 5. С. 113-115).

Применение оригинальных средств является особенно актуальным для такой популяции, как беременные, поскольку, как показывает клиническая практика, оригинальные и дженерические лекарственные средства могут существенно различаться как по терапевтической эффективности, так и по частоте и выраженности вызываемых ими неблагоприятных побочных реакций [Gallelli L. et al. Safety and efficacy of generic drugs with respect to brand formulation // J. Pharmacol. Pharmacother. 2013, Dec.; 4(Suppl1): S110-S114]. Именно поэтому при выборе лекарственного препарата следует принимать во внимание его доказательную базу и качество производства.

### **Препараты для восполнения дефицита магния.**

- Магне В6\* таблетки - магния лактат (470 мг, что эквивалентно Mg<sup>2+</sup> + 48 мг) + пиридоксина гидрохлорид (5 мг).
- Магне раствор для приема внутрь - магния лактат + магния пидолат (186 мг + 936 мг, что эквивалентно 100 мг магния) + пиридоксина гидрохлорид (10 мг).
- Магне Форте - магния цитрат (618,43 мг, что соответствует 100 мг магния) + пиридоксина гидрохлорид (10 мг).

Фармакологическая группа: препарат, восполняющий дефицит магния в организме.

Показания при беременности: только в случае необходимости (установленный дефицит магния).

Доза: общая суточная доза - 400 мг, курс - в среднем 1 мес (до нормализации содержания магния).

### **Магния оротат (Магния оротата дигидрат\*)**

Фармакологическая группа: препарат, восполняющий дефицит магния.

Другие указания: если его содержание не сбалансировано, это может привести к серьезным осложнениям, в том числе невынашиванию беременности.

Доза: 500 мг по 2 таблетки 3 раза в сутки в течение 7 дней, затем - по 1 таблетке 2-3 раза в сутки ежедневно. Продолжительность курса лечения - не менее 4-6 нед (общая суточная доза - 1,5-3 г).

У 80% взрослого населения наблюдается дефицит омега-3 [декозо-гексаеновая кислота (ДГК)].

Исследованиями показано, что среди тех беременных, кто употреблял менее 1,5 г омега-3 из морепродуктов в неделю, имели высокие уровни депрессивных симптомов после родов (ОШ - 1,54; 95% ДИ - 1,25-1,89) (Golding J. et al., 2009).

Омега-3 имеют большое значение в развитии плода и новорожденного. Они оказывают влияние на правильное формирование и развитие ЦНС и формирование зрительного анализатора будущего ребенка. ДГК улучшает работу мозга ребенка - умственные и языковые способности, моторику, коммуникацию и социальное развитие, что убедительно было продемонстрировано в наблюдательном исследовании, в котором приняли участие 11 875 беременных и их детей (период наблюдения - до 8 лет). Коэффициент интеллекта детей (IQ) был ниже (ОШ - 1,48; 95% ДИ - 1,16-1,90;  $p=0,004$ ) среди тех, чьи матери употребляли недостаточное количество ДГК во время беременности, по сравнению с матерями, которые потребляли ДГК больше, чем 340 мг в неделю. Для каждого критерия оценки чем ниже было потребление морепродуктов во время беременности, тем выше риск субоптимальных результатов развития (Hibbeln J.R. et al., 2007).

В другом исследовании полноценное стереоскопическое зрение было у детей, находящихся на грудном вскармливании (ОШ - 2,77; 95% ДИ - 1,54-4,97) и чьи матери ели жирную рыбу во время беременности (ОШ - 1,57; 95% ДИ - 1,00-2,45). Дородовое содержание ДГК в крови матери было выше и связано с потреблением жирной рыбы ( $p < 0,0001$ ) (Williams C. et al., 2001).

Если омега-3 жирных кислот мало в пище (норма потребления жирной рыбы или моллюсков - около 225-350 г в неделю), следует рассмотреть прием пищевых добавок (5-D) (RCOG: Nutrition in Pregnancy, 2010; ACOG: Nutrition During Pregnancy, 2015).

### **Препараты, содержащие декозогексаеновую кислоту «9 месяцев.**

**Омегамама»** - биологически активная добавка к пище для беременных и кормящих матерей на основе полиненасыщенных жирных кислот (ПНЖК) омега-3. Содержание ПНЖК в 1 капсуле составляет 150 мг, содержание докозогексаеновой кислоты - 105. Две капсулы «Омегамама» (300 мг ПНЖК) приблизительно соответствуют рекомендуемой суточной потребности в ПНЖК (200-400 мг) перед и во время беременности. Показания к назначению омега-3:

- в качестве дополнительного источника ПНЖК (ДГК) при недостаточном поступлении с пищей;
- привычное невынашивание;

- риск ПР;
- тромбофилические нарушения;
- задержка внутриутробного развития;
- фетоплацентарная недостаточность;
- риск развития преэклампсии и артериальной гипертензии;
- послеродовые депрессии.

Прием по 1 капсуле 2 раза в день во время еды. Продолжительность приема - 1 мес. При необходимости прием можно повторить.

### *Другие витамины и минералы*

## **Рекомендации на основе консенсуса ведущих профессиональных сообществ (RCOG, ACOG, RANZCOG, 2015).**

- **Здоровый, сбалансированный рацион** настоятельно рекомендуется до, во время и после беременности
- **Вегетарианцы и веганы** должны получать витамины В<sub>12</sub> в период беременности - 2,6 мкг/сут; в период лактации - 2,8 мкг/сут.
- **Витамин D.** Необходим контроль за уровнем витамина D. При уровне 30-49 нмоль/л он необходим в дозе 1000 МЕ (25 мкг)/сут; при уровне менее 30 нмоль/л - 2000 МЕ (50 мкг/сут). Повторный контроль - в 28 нед. Если он выше 50 нмоль/л, далее принимать по 400 МЕ витамина D в день.
- **Витамин К** следует назначать в конце беременности женщинам с подтвержденным холестаазом во время беременности в связи с сокращением всасывания витамина К.
- **Железо.** Рутинное добавление не рекомендуется. Необходим контроль за уровнем железа при первом посещении и в 28 нед. При анемии - назначают лечение.
- **Кальций** должен поступать с пищей в возрасте 19-50 лет - 1000 мг. Если женщина не потребляет продукты с высоким его содержанием, она должна принимать препараты кальция в дозе 1000 мг/сут.

## **Витамины, которые следует ограничить во время беременности**

- **Витамин А.** Избегать каких-либо добавок, которые содержат более 700 мкг витамина А, и не принимать продукты, такие как печень и продукты печени (паштет из рыбы) или масла печени, которые могут содержать этот витамин в высоких дозах.
- **Витамин Е.** В настоящее время нет доказательств, чтобы рекомендовать дополнительно витамин Е во время беременности.

• **Витамины группы В** (кроме фолиевой кислоты и пиридоксина). В настоящее время нет доказательств, чтобы рекомендовать их дополнительно. Пиридоксин (В<sub>6</sub>) может быть назначен, чтобы улучшить самочувствие в начале беременности.

Экспертами международных профессиональных сообществ подтверждается, что для большинства беременных и лактирующих женщин поливитаминовые препараты являются адекватными пищевыми добавками.

Наиболее распространенными исключениями являются вегетарианцы/веганы, которым необходим дополнительный прием железа, и женщины, для которых требуется высокая доза (5 мг) фолиевой кислоты или фармакологических доз витамина D, которые следует назначать дополнительно.

## **ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ В ГРУППАХ ВЫСОКОГО РИСКА**

Вторичная профилактика - комплекс мероприятий, направленных на устранение выраженных факторов риска, которые при определенных условиях (стресс, ослабление иммунитета, чрезмерные нагрузки на любые другие функциональные системы организма) могут привести к возникновению, обострению и рецидиву заболевания.

Данными доказательной медицины было показано, что меры вторичной профилактики преждевременного завершения беременности **эффективны:**

- при использовании цервикального пессария (А-1b) (Arabin B. et al., 2003; Abdel-Aleem H. et al., 2013; Alfirevic Z. et al., 2013; Zork N. et al., 2013);
- назначении прегненов (А-1а) (Dodd J.M. et al., 2006; Fonseca E.B. et al., 2007; Meis P.J. et al., 2005; Sanchez R.L. et al., 2005; Romero R. et al., 2012; Su L.L. et al., 2010);
- скрининге и лечении инфекций (бессимптомной бактериурии) (А-1а), сифилиса, гонококковой и хламидийной инфекции (В-2а) (Goldenberg R.L. et al., 2008; Martin D.H. et al., 1997);
- скрининге и лечении БВ у беременных с ПР в анамнезе (В-2а) (McDonald H.M. et al., 2007; Swadpanich U. et al., 2008);
- внедрении антитабачных программ среди беременных (А-1а) (Lumley J. et al., 2014; ВОЗ, 2001);

### **противоречивы:**

- при использовании серкляжа (Berghella V., 2005, 2011; Andrews W.W. et al., 2003): считается неэффективным наложение швов при короткой шейке матки всем беременным, кроме женщин из группы высокого риска ПР (А-1b) (Alfirevic Z. et al.,



Источник KingMed.info

2013); при беременности двойней наложение швов на укороченную шейку матки, наоборот, повышает риск ПР и перинатальной смертности (B-3a) (Berghella V., 2005);

- лечении заболеваний пародонта во время беременности (Polyzos NT. et al., 2009; Vergnes J.N. et al., 2007);

### **неэффективны:**

- при профилактическом использовании токолитиков (A-1b) (Kenyon S. et al., 2003);
- назначении белково-энергетических пищевых добавок в период беременности (A-1a) (Kramer M.S. et al., 2003);
- приеме кальция во время беременности (A-1a) (Hofmeyr G.J., 2006);
- приеме антиоксидантов - витаминов С и Е (A-1a) (Rumbold A.R. et al., 2006);
- постельном режиме (Bed-rest) (A-1b) (Sosa C. et al., 2004);
- гидратации (усиленный питьевой режим, инфузионная терапия), используемой в целях нормализации фетоплацентарного кровотока для предотвращения ПР (A-1b) (Stan C. et al., 2010);
- назначении антибиотиков при целом плодном пузыре (даже при положительном фибронектиновом тесте) (A-1a) (Andrews W.W. et al., 2003);
- рутинном скрининге на условно-патогенную микрофлору нижних отделов половых путей у беременных из группы низкого риска ПР, а также антибактериальной терапии при колонизации (A-1a) (McDonald H.M. et al., 2007).

## **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Улучшение демографической ситуации в России достижимо лишь при социальной и материальной поддержке, исходящей от государства. Преодолеть все множество проблем, связанное с абортами и их отрицательными последствиями, можно лишь, сосредоточившись на защите будущих родителей, на уходе от нежелательной беременности с помощью использования современных методов профилактики, акцентировавшись на улучшении качества медицинской помощи при ИПБ.

Ведение пациенток с привычным невынашиванием беременности и ХЭ является сложным процессом, и, безусловно, благоприятным исходом лечения больных служат наступление и благополучное вынашивание беременности.

В настоящее время разработка новых, более эффективных способов профилактики, лечения и прегравидарной подготовки женщин с невынашиванием беременности может стать одним из резервов повышения рождаемости, снижения материнской заболеваемости и репродуктивных потерь.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аванесян А.Р., Бегларян Г.А. Сравнительная оценка эффективности медикаментозного и хирургического аборта в ранние сроки беременности и оценка восстановления менструальной функции в послеабортном периоде // Вопросы теоретической и клинической медицины. 2011. Вып. 2. С. 9-14.
2. Акушерство: национальное руководство / Под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, В.Н. Серова, В.Е. Радзинского. 2-е изд. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. 1080 с.
3. Алиева К.У. Оптимизация подготовки эндометрия в программе ЭКО и ПЭ у пациенток с нарушениями маточной гемодинамики: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2007. 26 с.
4. Артымук Н.В. Медикаментозный аборт в России (на примере опыта внедрения в Кемеровской области). Доклад на XIV Всероссийском научном форуме «Мать и дитя». Москва, 25 сентября 2013 года.
5. Афонин А.В., Драпкина О.М., Колбин А.С. и др. Клинико-экономический анализ спазмолитиков для купирования абдоминальной боли, вызванной спазмом кишки // РМЖ. 2010. Вып. 18. № 13. С. 845-849.
6. Безопасность лекарств и фармаконадзор. 2010. № 1. С. 26. <http://www.regmed.ru> (со ссылкой на источник: <http://www.fda.gov>)
7. Безопасный аборт: рекомендации для систем здравоохранения по вопросам политики и практики. Всемирная организация здравоохранения. Женева, 2004. 138 с.
8. Белокриницкая Т.Е., Фролова Н.И., Глотова Е.Ю. и др. Эффективность интравагинальной пелоидотерапии грязями Мертвого моря у женщин с бесплодием // Акушерство и гинекология. 2014. № 7. С. 68-73.
9. Прилепская В.Н. Женщина вчера, сегодня, завтра // Гинекология. 2010. Экстра-выпуск: № 6-7.
10. Василенко Г.И., Дикке Г.Б. Курорт Мертвого моря на дому. Возможности повышения эффективности лечения трубно-перитонеального бесплодия у женщин // Фарматека. 2013. № 12. С. 74-79.
11. Вознесенская Т.Г. Расстройства пищевого поведения при ожирении и их коррекция // Ожирение и метаболизм. 2004. № 2. С. 1-6.
12. Волнейкина Е.С. Хочешь быть красивой? Принимай контрацептивы! Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярская межрайонная клиническая больница № 4: официальный сайт, 2010. Режим доступа: <http://gb4.sibmedport.ru>.

13. Гемзель-Даниэлссон К., Блэнчард К., Лалиткумар С. Осложнения после хирургического и медикаментозного аборта во втором триместре беременности // Проблемы репродуктивного здоровья. 2008. № 12. С. 88-100.
14. Глухов Е.Ю., Богданова А.М., Козырева Е.Н. Использование низкочастотного ультразвука в лечении пациенток с хроническим эндометритом, страдающих различными формами бесплодия // Российский вестник акушера-гинеколога. 2015. № 1. С. 32-37.
15. Гридчик А.Л., Тамазян Г.В. Социальные и медицинские проблемы аборта. Материалы пленума Российской ассоциации акушеров и гинекологов. М., 2000. С. 66-68.
16. Громова О.А. Физиологический подход к витаминно-минеральной коррекции у беременных // Эффективная фармакотерапия. 2012. № 1. С. 17-20.
17. Гроссман Д., Блэнгарт К., Блументаль П. Осложнения после хирургического и медикаментозного аборта во втором триместре беременности // Проблемы репродуктивного здоровья. 2008. № 12. С. 100-111.
18. Давыденко Н.Б., Мальгина Г.Б., Башмакова Н.В. Прерывание беременности как причина материнской смертности в Уральском федеральном округе // Акушерство и гинекология. 2014. № 9. С. 79-84.
19. Денисов Б.П., Сакевич В.И. Планирование семьи в трех славянских странах. Институт демографии Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики». Демоскоп Weekly № 505-506 от 2-15 апреля 2012 г. Электронный ресурс. Режим доступа: <http://demoscope.ru/>
20. Диагностика и лечение заболеваний, сопровождающихся патологическими выделениями из половых путей женщин: клинические рекомендации. М., 2013. 50 с.
21. Дикке Г.Б. Клинические эффекты и механизмы действия лечебных грязей Мертвого моря при использовании во внекурортных условиях у женщин с нарушением репродуктивной функции (Систематический обзор клинических исследований) // Акушерство и гинекология. 2015. № 10. С. 12-18.
22. Дикке Г.Б. Природные и преформированные физические факторы в восстановлении репродуктивного здоровья женщин. Обзор основных научных исследований в ТНИИКиФ за 10 лет (к 80-летию ТНИИКиФ) // Сибирский медицинский журнал. 2001. № 3-4. С. 94-100.
23. Дикке Г.Б., Яроцкая Е.Л., Ерофеева Л.В. Внедрение современных методов прерывания беременности в отечественную практику // Акушерство и гинекология. 2014. № 2. С. 67-73.

24. Дикке Г.Б., Яроцкая Е.Л., Ерофеева Л.В. Стратегическая оценка политики, программ и услуг в сфере непланируемой беременности, абортов

и контрацепции в Российской Федерации. Совместное исследование Минздравсоцразвития РФ и ВОЗ // Проблемы репродукции. 2010. № 3. С. 92-108.

25. Дикке Г.Б., Кутуева Ф.Р. Опыт прерывания беременности одной таблеткой мифепристона (200 мг) в комбинации с мизопростолом в амбулаторной практике женской консультации № 22 г. Санкт-Петербурга // Земский врач. 2012. Т. 4. Вып. 15. С. 25-31.

26. Европейский проект сотрудничества ВОЗ по снижению табачной зависимости. Научно обоснованные рекомендации ВОЗ по лечению табачной зависимости. Европейское бюро ВОЗ, 2001. Электронный ресурс. Режим доступа: <http://contactobinfo.narod.ru/>

27. Жовтун Л.М. Опыт применения медикаментозного аборта у подростков в республике Бурятия. Доклад на I Научно-практической конференции с международным участием «Национальный и международный опыт охраны репродуктивного здоровья девочек». 4 июня 2013 года, г. Москва.

28. Жук С.И., Чечуга С.Б., Захурдаева Л.Д. Применение иммунохромато-графических тестов INEXSCREEN? для диагностики прогрессирующей трубной беременности // Медицинские аспекты здоровья женщины. 2007. № 2. Электронный ресурс. Режим доступа: <http://www.health-ua.org/>

29. Зароченцева Н.В., Аршакян А.К., Меньшикова Н.С., Титченко Ю.П. Хронический эндометрит: этиология, клиника, диагностика, лечение // Российский вестник акушера-гинеколога. 2013. № 5. С. 21-27.

30. Карахалис Л.Ю., Рябинкина Т.С. Аборт и эндометриоз: прогулка по минному полю // Status Praesens. 2015. Вып. 2. № 25. С. 87-97.

31. Карева Е.Н. Молекулярные механизмы действия женских половых стероидов и их антагонистов: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 2003. 55 с.

32. Кира Е.Ф., Артымук Н.В., Кондратьева Т.А. Эффективность и безопасность интравагинального применения геля, изготовленного на основе грязи Мертвого моря, у женщин с недостаточностью лютеиновой фазы // Журнал акушерства и женских болезней. 2010. Т. LIX. № 4. С. 24-29.

33. Климов В.А., Чибисова И.В., Школа Л.И. Резус-конфликт и беременность. М., 2008. 68 с.

34. Колесникова О.М. Особенности течения беременности и исходов родов у первородящих после хирургического и медикаментозного абортов: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2013. 21 с.

35. Комова О.А. Безопасный аборт? // МедИнфо. 2014. Электронный ресурс. Режим доступа: [www.art-med.ru](http://www.art-med.ru). Дата обращения: 16.11.2014.
36. Конституция Российской Федерации (принята на всенародном голосовании 12 декабря 1993 г.) (с поправками). Российская газета. 25.12.1993. № 237.
37. Краснопольский В.И., Савельева И.С., Белохвостова Ю.Б., Соколова И.И., Ерофеева Л.В. Планирование семьи и репродуктивное здоровье девочек-подростков и молодых женщин // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. 1998. № 1. Электронный ресурс. Режим доступа: <http://medi.ru/doc/8680120.htm>.
38. Крылова Л.А. Современные технологии безопасного прерывания беременности II триместра в условиях регионального центра. Доклад на III Конференции с международным участием «Инфекции и инфекционный контроль в акушерстве и гинекологии» 7 ноября 2013 года, Москва.
39. Кузнецова И.В., Землина Н.С., Рашидов Т.Н., Коваленко М.А. Проблема тонкого эндометрия и возможные пути ее решения // Эффективная фармакотерапия. 2015. Т. 1. № 5. С. 42-50.
40. Кузнецова И.В., Коновалова И.В. Фолиевая кислота и ее роль в женской репродукции // Гинекология. 2014. № 4. С. 17-23.
41. Кулаков В.И., Фролова О.Ф. Репродуктивное здоровье в Российской Федерации // Народонаселение. 2004. № 3. С. 60-66.
42. Курбатова А.В., Егорова А.Т. Репродуктивное здоровье девочек-подростков. 2009. 14 с. Электронный ресурс. Режим доступа: [www.cyberleninka.ru](http://www.cyberleninka.ru)
43. Леонова М.В., Шишкина Т.И., Белоусов Ю.Б. Новая лекарственная форма но-шпа форте в клинической практике // Фарматека. 2001. № 12. С. 20-21.
44. Макаров И.О., Гомберг М.А., Боровкова Е.И. и др. Бактериальный вагиноз: состояние изученности проблемы // Акушерство, гинекология и репродукция. 2013. Вып. 7. № 4. С. 20-24.
45. Медикаментозное прерывание беременности в первом триместре. Клинический протокол (РОАГ) // Акушерство и гинекология. 2015. № 8 (спецвыпуск). 19 с.
46. Медикаментозный аборт: клинические рекомендации (протокол лечения). Утв. МЗ РФ 15.10.2015 № 15-4/10/2-6120.М., 2015. 34 с.
47. Мельник Т.Н. Медицинские и организационные аспекты медикаментозного прерывания беременности в поздние сроки: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 2009. 35 с.
48. Мельник Т.Н. Прерывание беременности во втором триместре // Материалы 9-го Всероссийского научного форума «Мать и дитя». М., 2007. С. 164.

49. Методическое письмо МЗ РФ № 15-4/10/2-1694 от 21 февр. 2011 г. О материнской смертности в Российской Федерации в 2009 году. М., 2011.
50. Методическое письмо МЗ РФ № 15-4/10/2-7-65 от 19.09.2013 г. О материнской смертности в РФ в 2012 году. М., 2013.
51. Мизулина Е. Интервью корреспонденту RFI в Москве Анастасии Беккио / Цит. по: Макарова А. Реальное число аборт в России.2011.Электронный ресурс. Режим доступа: <http://ru.rfl.fr.Дата> обращения: 23.11.14.
52. Носкова И.Н. Потеря беременности в ранние сроки: прогнозирование и профилактика: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Кемерово, 2011. 22 с.
53. Овчарук Э.А. Хронический аутоиммунный эндометрит как одна из главных причин нарушения репродуктивной функции // Вестник новых медицинских технологий. Электронный журнал. 2013. № 1. Электронный ресурс. Режим доступа: <http://medtsu.tula.ru/>.
54. Основные показатели здоровья матери и ребенка, деятельность службы охраны детства и родовспоможения в Российской Федерации. М., 2015.
55. Основные показатели здоровья матери и ребенка, деятельность службы охраны детства и родовспоможения в Российской Федерации. М., 2014.
56. Плотко Е.Э. Прогнозирование, профилактика, диагностика и лечение осложнений искусственного прерывания беременности: Автореф. дис. . д-ра мед. наук. М., 2013. 48 с.
57. Плотко Е.Э. Совершенствование схемы медикаментозного аборта // Акушерство и гинекология. 2013. № 3. С. 107-111.
58. Последствия прерывания беременности (абортов) // Женский журнал онлайн. 2011. Электронный ресурс. Режим доступа: <http://princefka.ru>
59. Предупреждение репродуктивных потерь: стратегия и тактика. Избранные материалы Образовательного семинара «Инновации в акушерстве и гинекологии с позиций доказательной медицины». Информационный бюллетень / Под ред. В.Е. Радзинского. М.: Редакция журнала StatusPreasens, 2014. 24 с.
60. Преждевременные роды: клинический протокол. Федеральное государственное учреждение «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова» Минздравсоцразвития России, Институт здоровья семьи. М., 2011. 29 с.
61. Приказ МЗ РФ от 12.11.2012№ 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)». Электронный ресурс. Режим доступа: <http://www.rosminzdrav.ru/>

62. Прилепская В.Н., Гус А.И., Белоусов Д.М., Куземин А.А. Тактика ведения женщин при подозрении на наличие остатков плодного яйца в полости матки после медикаментозного аборта // Гинекология. 2011. № 6. С. 42-46.
63. Проведение медикаментозного аборта в условиях нехватки ресурсов. Вводное руководство. 2-е изд. Нью-Йорк, 2009. 63 с.
64. Профилактика Фетального алкогольного синдрома в работе акушера-гинеколога: Методические рекомендации МЗ РФ, ГБОУ ДПО РМАПО / Под ред. Н.М. Подзолковой. М., 2012. 36 с.
65. Радзинский В.Е., Дмитрова В.И., Майскова И.Ю. Неразвивающаяся беременность. М.: ГЭОТАР-Мед, 2008. 200 с.
66. Радзинский В.Е., Костин И.Н. Аборты в России. Лекции для врачей общей практики. 23 мая 2009. Версия для интернет-редакции // Акушерство и гинекология. Практическая медицина. 2009. № 2 (9). Электронный ресурс. Режим доступа: <http://pmarchive.ru/aborty-v-rossii/>
67. Ранние сроки беременности / Под ред. В.Е. Радзинского, А.А. Оразмурадова. 2-е изд., испр. и доп. М.: Медиабюро Статус презенс, 2009. 480 с.
68. Региональная стратегия ВОЗ в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья. Европейское региональное бюро ВОЗ. Программа «Репродуктивное здоровье и беременность». Копенгаген (Дания), 2001. Электронный ресурс. Режим доступа: <http://www.euro.who.int/ru>
69. Российское общество дерматовенерологов. Инфекции, передаваемые половым путем. Клинические рекомендации. Дерматовенерология / Под ред. А.А. Кубановой. М.: ДЭКС-Пресс, 2010. С. 413-425.
70. Садвокасова Е.А. Социально-гигиенические аспекты регулирования размеров семьи. М.: Медицина, 1969. 30 с.
71. Сакевич В.И. Аборты и контрацепция в России: есть ли различия между регионами? // Демоскоп Weekly. № 623-624, 15-31 декабря 2014. Электронный ресурс. Режим доступа: <http://demoscope.ru/weekly/2014/0623/reprod01.php>.
72. Сакевич В.И., Денисов Б.П. Перейдет ли Россия от аборта к планированию семьи? // Демоскоп Weekly. № 465-466, 2-22 мая 2011. Электронный ресурс. Режим доступа: <http://www.demoscope.ru>. Дата обращения: 15.07.2014.
73. Сахаутдинова И.В. Аборт в II триместре. Сохраняя здоровье женщины. Доклад на VI Общероссийском семинаре «Репродуктивный потенциал России: версии и контрверсии». Сочи, 8 сентября 2013 г.
74. Сащенко А.И. Фетоплацентарная система при алкоголизме и табакокурении: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2007. 24 с.



75. Свитнев К.Н. Демография и власть // Россия и современный мир. 2010. № 1. С. 27-51.
76. Сергеев Ю.Д., Мурзабаева С.Ш., Павлова Ю.В. Некоторые проблемы механизма реализации правовых норм в сфере охраны репродуктивного здоровья и репродуктивных прав населения в Российской Федерации // Медицинское право. 2013. № 4. С. 71-74.
77. Серов В.Н. Гормональная контрацепция как метод реабилитации после абортов // РМЖ. Акушерство и гинекология. 2010. № 2. С. 26-28.
78. Серов В.Н., Кожин А.А. Эколого-генеративный диссонанс и патофизиологические аспекты нарушений генеративной функции центрального геноза // Акушерство и гинекология. 1988. № 8. С. 12-15.
79. Серов В.Н., Прилепская В.Н., Овсянникова Т.В. Гинекологическая эндокринология. М.: МЕДпресс-информ, 2004. 528 с.
80. Сидорова И.С., Кулаков В.И., Макаров И.О. Руководство по акушерству. М.: Медицина, 2006. 848 с.
81. Силантьева Е.С. Физические методы структурно-функционального ремоделирования эндометрия у женщин с нарушением репродуктивной функции: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. - М., 2008. - 42 с.
82. Сметник В.П., Бутарева Л.Б., Гус А.И. Совершенствование тактики ведения больных с артериовенозной аномалией матки // Проблемы репродукции. 2005. Т. 116. № 2. С. 66-69.
83. Сухих Г.Т., Яроцкая Е.Л. Стратегический подход к решению проблемы непланированной беременности в России // Современные медицинские технологии. 2010. № 5. С. 96-99.
84. Тихомиров А.Л., Батаева А.Е. Лучше поздно, чем никогда // РМЖ. Акушерство и гинекология. 2013. № 1. С. 26-30.
85. Указ Президента РФ от 9 октября 2007 г. № 1351 «Об утверждении Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года» // Собрание законодательства Российской Федерации от 15 октября 2007 г. № 42. Ст. 5009.
86. Ульянов А.С. Аборты в России: современное состояние проблемы и пути ее законодательного решения в свете мирового опыта. Доклад на XIX Международных Рождественских образовательных чтениях. 2011. Электронный ресурс. Режим доступа: <http://orenburgprolife.ru>

87. Унанян А.Л., Коссович Ю.М. Хронический эндометрит: этиопатогенез, диагностика, клиника и лечение. Роль антифиброзирующей терапии // Лечащий врач. 2012. № 11. С. 35-40.
88. Федеральная служба государственной статистики. Показатели здоровья матери и ребенка, деятельности службы охраны детства и родовспоможения. Сведения о прерывании беременности по Российской Федерации за 2013 год. Электронный ресурс. Режим доступа: <http://www.gks.ru>.
89. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Собрание законодательства Российской Федерации от 28 ноября 2011 г. № 48. Ст. 6724.
90. Хрянин А.А., Стецюк О.У., Андреева И.В. Хламидийная инфекция в гинекологии и акушерстве: тактика ведения пациенток в соответствии с современными зарубежными и российскими рекомендациями // Гинекология. 2012. № 3. С. 30-37.
91. Часто задаваемые вопросы о медикаментозном аборте. По итогам международной согласительной конференции по медикаментозному аборту в первом триместре беременности 1-5 ноября 2004 года. Беллаждио, Италия. ВОЗ, Женева, 2007. 33 с. <http://whqlibdoc.who.int>
92. Шарапова О.В., Баклаенко Н.Г. Медико-социальные и правовые аспекты абортов в Российской Федерации // Планирование семьи. 2003. № 3. С. 5-6.
93. Шишканова О.Л. Оптимизация тактики лечения хронического эндометрита у пациенток с нарушением репродуктивной функции с использованием импульсной электротерапии: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2008. 25 с.
94. Шнейдерман М.Г., Калинина Е.А., Смольникова В.Ю. и др. Тонкий эндометрий - негормональное лечение при подготовке к процедуре ЭКО. Материалы конгресса «Новые технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний» / Под ред. Г.Т. Сухих, Л.В. Адамян. М., 2014. С.100-102.
95. Шнейдерман Н.А. Откровенный разговор: рождаемость и меры ее регулирования. М.: Мысль, 1991. 60 с.
96. Эколого-репродуктивный диссонанс XXI века: предупредить негативные последствия. Информационный бюллетень / М.Б. Хамошина, М.Г. Лебедева, Х.Ю. Симоновская; под ред. В.Е. Радзинского. М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2015. 24 с.
97. A Clinician's Guide to Medical and Surgical Abortion, NAF's textbook. 2012. Retrieved from: <http://www.prochoice.org/>

98. Abdel-Aleem H., Shaaban O.M., Abdel-Aleem M.A. Using a cervical pessary to prevent preterm birth. Published on-line: May 31, 2013. Retrieved from: <http://summaries.cochrane.org/>
99. Abuabara K., Blum J., Bracken H. Gynuity Health Projects. Providing Medical Abortion in Low-resource Settings: An Introductory Guidebook, 2nd Edition // Gynuity Health Projects. [Online] December 2009. [Cited: June 24, 2011]. Retrieved from: <http://gynuity.org/>
100. Achilles S.L., Reeves M.F., Society of Family Planning. Prevention of infection after induced abortion: release date October 2010: SFP guideline 20102 // Contraception. 2011. N. 83. Vol. 4. P. 295-309.
101. ACOG. Nutrition During Pregnancy. FAQ001, April 2015.3 p. Retrieved from: <http://www.acog.org/>
102. ACOG. Smoking cessation during pregnancy. ACOG Committee Opinion № 71 // Obstet. Gynecol. 2010. Vol. 166. P. 1241-44.
103. Alfirevic Z., Owen J., Carreras E. et al. Vaginal progesterone, cerclage or cervical pessary for preventing preterm birth in asymptomatic singleton pregnant women with history of preterm birth and a sonographic short cervix // Ultrasound Obstet. Gynecol. 2013. Vol. 41. P. 46-151.
104. American College of Obstetricians and Gynaecologists (ACOG). A Clinician's Guide to Medical and Surgical Abortion, NAF's textbook. 2012. Retrieved from: <http://www.prochoice.org>
105. Amy McMillana et al. Disruption of urogenital biofilms by lactobacilli Colloids and Surfaces B: Biointerfaces. 2011. Vol. 86. P. 58-64.
106. Ancel P.Y., Lelong N., Papiernik E. et al. for EUROPOP. History of induced abortion as a risk factor for preterm birth in European countries: results of the EUROPOP survey // Hum. Reprod. 2004. Vol. 19. P. 734-740.
107. Andrews W.W., Sibai B.M., Thom E.A. et al. Randomized clinical trial of metronidazole plus erythromycin to prevent spontaneous preterm delivery in fetal fibronectin-positive women // Obstet. Gynecol. 2003. Vol. 101. P. 847-855.
108. Arabin B., Halbesma J.R., Vork F., Hubener M., van Eyck J. Is treatment with vaginal pessaries an option in patients with a sonographically detected short cervix? // J. Perinat. Med. 2003. Vol. 31. P. 122-133.
109. Aubeny E. A two-stage increase in the dose of misoprostol improves the efficacy of medical abortion with mifepristone and prostaglandins // Eur. J. Contracept. Reprod. Health Care. 2001. Vol. 6. P. 54-55.

110. Avraham S., Gat I., Duvdevani N.-R. et al. Pre-emptive effect of ibuprofen versus placebo on pain relief and success rates of medical abortion: a double-blind, randomized, controlled study // *Fertility and Sterility*. 2012. Vol. 97. N. 3. P. 612-615.
111. Azria E., Tsatsaris V., Goffinet F. et al. Magnesium sulfate in obstetrics: current data // *J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. (Paris)*. 2004. Vol. 33. N. 6. Pt. 1. P. 510-517.
112. Backman M., Hagman L., Lendahls L. Pain relief in induced abortion - considerable differences between hospital departments // *Lakartidningen*. 2002. Vol. 99. N. 16. P. 1825-1827.
113. Beigi R.H., Austin M.N., Meyn L.A. et al. Antimicrobial resistance associated with the treatment of bacterial vaginosis // *J. Obstet. Gyn.* 2004. Vol. 191. N. 4. P. 1124-1129.
114. Barclay L., Lie D. Physician-Patient Telephone Calls May Rise to Medical Communication Errors // *J. Gen. Intern. Med.* 2005. Vol. 2. P. 959-963.
115. Beral V., Bull D., Doll R. et al. Breast cancer and abortion: collaborative reanalysis of data from 53 epidemiological studies, including 83 000 women with breast cancer from 16 countries // *Lancet*. 2004. Vol. 363. N 9414. P. 1007-1016. Retrieved from <http://www.thelancet.com/>
116. Berghella V., Odibo A., To M.S. et al. Cerclage for short cervix on ultrasonography; meta-analysis of trials using individual patient data // *Obstet. Gynecol.* 2005. Vol. 106. P. 181-189.

## ПРИЛОЖЕНИЕ

16.04.2008 доклад «Доступ к безопасному и легальному аборту в Европе» был заслушан на Пленарной сессии ПАСЕ. В результате четырехчасовых дебатов большинством голосов (102 за, 69 против) была принята следующая резолюция (перевод портала «Демоскоп»: <http://www.demoscope.ru/>).

### **Резолюция ПАСЕ № 1607 (2008).**

1. Парламентская ассамблея подтверждает, что аборт ни при каких обстоятельствах не может рассматриваться как метод планирования семьи. Аборта следует избегать во всех возможных случаях. Все средства, не противоречащие правам женщин, должны быть использованы, чтобы снизить число как нежелательных беременностей, так и абортов.

2. В большинстве стран - членов Совета Европы закон разрешает производство аборта в целях спасения жизни женщины. Также в большинстве европейских стран аборт разрешен по ряду оснований, включая сохранение физического и психического здоровья, изнасилование, инцест, аномальное развитие плода, социально-экономические причины, а в некоторых странах - по просьбе женщины. Ассамблея, однако, обеспокоена тем, что во многих из этих стран поставлены многочисленные условия, которые ограничивают фактический доступ к безопасным, приемлемым по цене, допустимым и качественным услугам по производству аборта. Эти ограничения являются дискриминационными, поскольку женщины, которые лучше информированы и располагают финансовыми средствами, имеют лучший доступ к легальному и безопасному аборту.

3. Ассамблея также отмечает, что в странах, где аборт разрешен по ряду оснований, условия не всегда таковы. Так, женщинам на практике гарантировано это право, однако может отсутствовать медицинское учреждение возле места проживания, нет врача, готового сделать аборт, требуются повторные медицинские консультации, время на размышление и ожидание. Все это может сделать доступ к безопасным, приемлемым по цене, допустимым и качественным услугам по производству аборта более трудным или даже невозможным на практике.

4. Ассамблея считает, что аборт на обоснованных сроках беременности не следует запрещать. Запрет абортов ведет не к уменьшению их числа, а, главным образом, к нелегальным абортам, которые являются более травматичными и приводят к увеличению материнской смертности и/или к «абортному туризму», который требует финансовых затрат и приводит к откладыванию аборта и, как следствие, к социальному неравенству. Легитимность аборта не влияет на потребность женщины в аборте, зато влияет на доступ к безопасному аборту.

5. В то же время практика показывает, что соответствующие стратегии и политики в области репродуктивного здоровья и репродуктивных прав, включая обязательное образование, учитывающее гендерные особенности молодежи в вопросах секса и взаимоотношений, приводит к меньшему числу аборт. Образование должно включать такие вопросы, как самоуважение, здоровые отношения, свобода откладывать вступление в сексуальные отношения, противостояние давлению сверстников, контрацепция, учет последствий и ответственность.

6. Ассамблея подтверждает право всех людей, включая женщин, на уважение их физической неприкосновенности и на свободу контролировать собственное тело. В этой связи окончательное решение, делать аборт или нет, является делом самой женщины, и у нее должна быть возможность реализовать это право эффективным путем.

7. Ассамблея призывает страны - члены Совета Европы:

7.1. легализовать аборт на обоснованных сроках беременности, если они еще этого не сделали;

7.2. гарантировать женщинам возможность реализовать свое право на безопасный и легальный аборт;

7.3. предоставить женщинам условия для свободного и информированного выбора, не побуждая к аборту;

7.4. убрать ограничения, которые затрудняют, де-юре или де-факто, доступ к безопасному аборту, и, в частности, предпринять необходимые шаги для того, чтобы создать подходящие условия для медицинского и психологического обслуживания и соответствующего финансового обеспечения;

7.5. внедрить доказавшие свою эффективность стратегии и политики в области репродуктивного здоровья и репродуктивных прав, гарантируя постоянное усовершенствование и расширение глубокого информирования и образования в вопросах секса и взаимоотношений, а также контрацептивных услуг путем увеличения инвестиций из национальных бюджетов в улучшение систем здравоохранения, поставки необходимых компонентов для охраны репродуктивного здоровья и предоставление информации;

7.6. гарантировать женщинам и мужчинам доступ к контрацепции и к консультированию по контрацепции по разумной цене, приемлемой для них и выбранной ими самими;

7.7. ввести обязательное образование, соответствующее возрасту, учитывающее гендерные особенности молодежи в вопросах пола и взаимоотношений (в том числе в школах), обучающее, как избежать нежелательной беременности (и, следовательно, аборта);

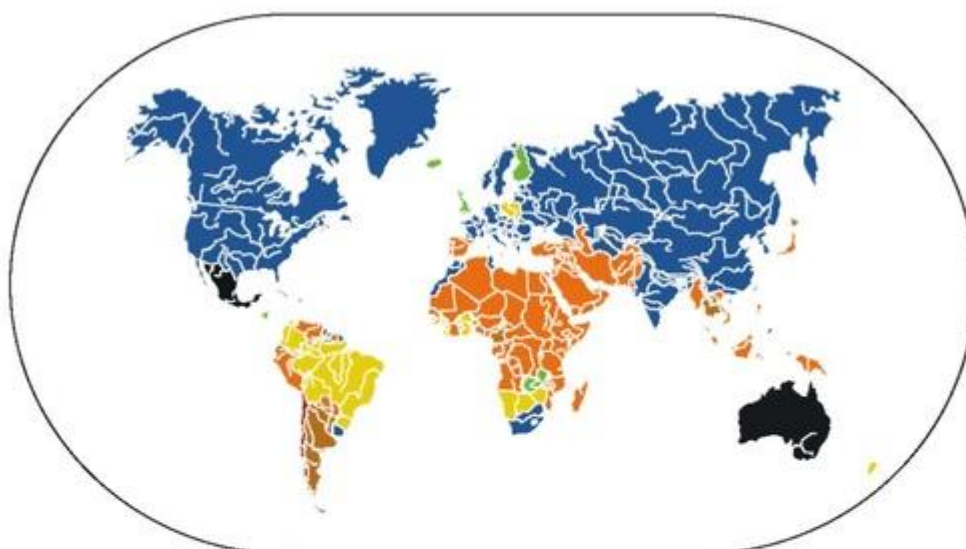
7.8. продвигать просемейные ценности в публичных информационных кампаниях, организовывать консультирование и практическую поддержку женщин, которые хотят сделать аборт из-за семьи или финансовых затруднений.

## Дополнительные иллюстрации



- |   |  |
|---|--|
| 1. Мир без нищеты                               | 10. Мир без неравенства                    |
| 2. Мир без голода                               | 11. Безопасность городов и доступное жилье |
| 3. Здоровый образ жизни                         | 12. Разумное потребление                   |
| 4. Качественное образование                     | 13. Борьба с изменением климата            |
| 5. Равные права мужчин и женщин                 | 14. Сохранение морских ресурсов            |
| 6. Доступ к чистой воде и канализации           | 15. Сохранение экосистем на суше           |
| 7. Возобновляемые источники энергии             | 16. Мир и верховенство закона              |
| 8. Достойные рабочие места и экономический рост | 17. Совместное достижение целей            |
| 9. Инновации и инфраструктура                   | 18. Глобальные цели                        |

**Рис. 1.** Графическое представление целей развития тысячелетия (ООН/ВОЗ, 2015)



- Разрешен
- Разрешен, при изнасиловании, по социо-экономическим факторам и медицинским показаниям
- Запрещен за исключением: изнасилования, по медицинским показаниям и/или наличию психических расстройств
- Запрещен за исключением: по медицинским показаниям и/или наличию психических расстройств
- По-разному, в зависимости от региона
- Запрещен без исключений

**Рис. 1.9.** Безопасные и небезопасные аборты в мире (правовой статус аборта) (<https://ru.wikipedia.org>)

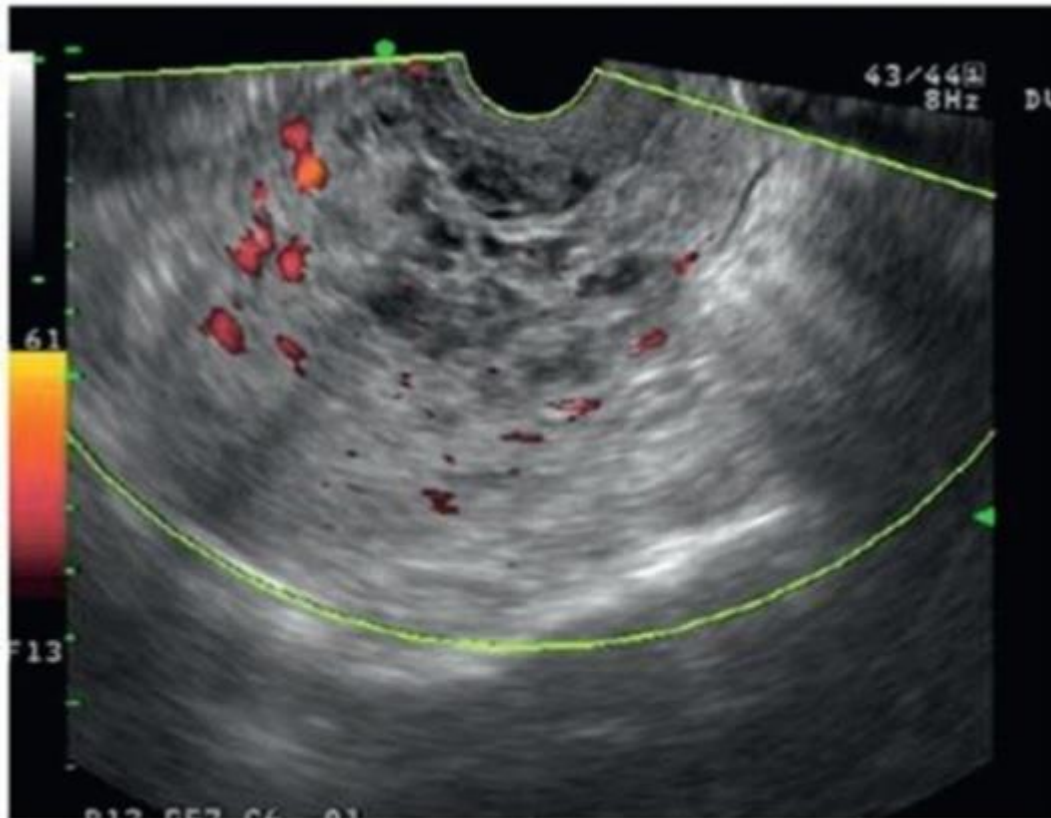


**Рис. 2.1.** Пациентка, больная порфирией (кожные проявления)

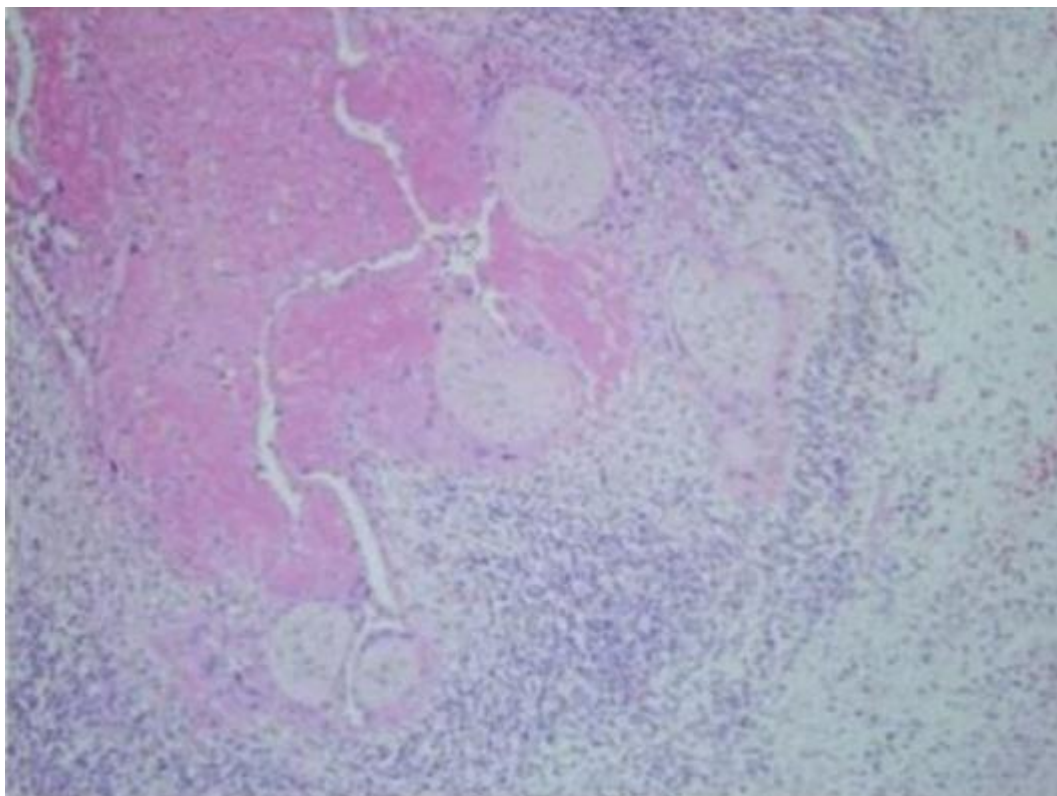




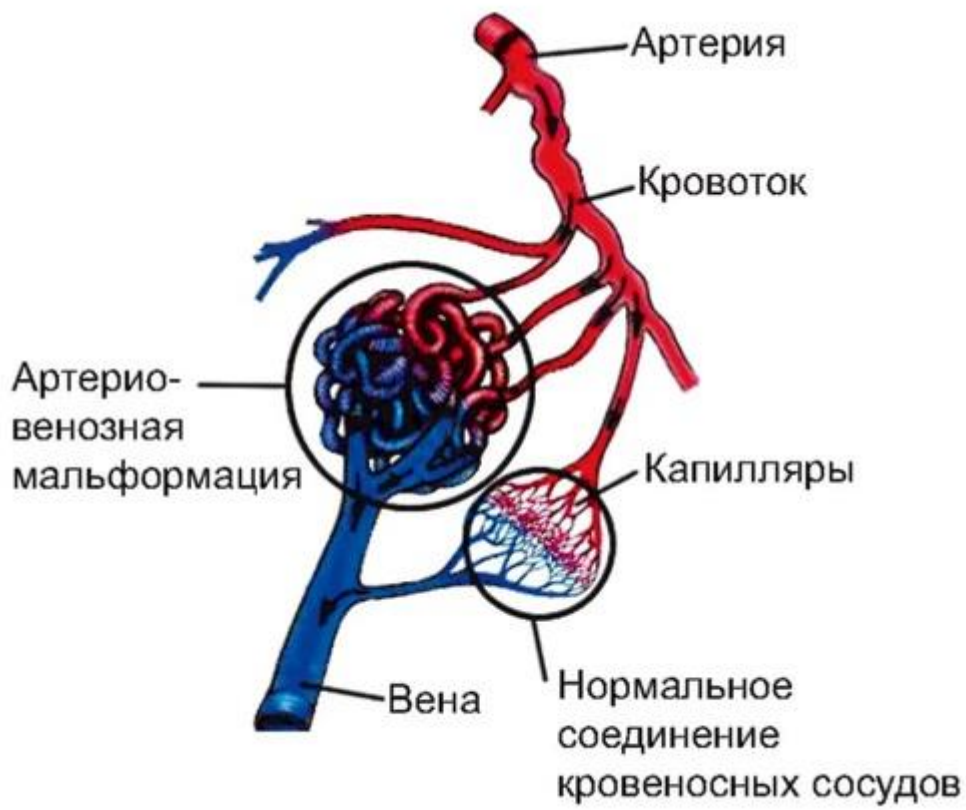
**Рис. 2.5.** Механизм действия опиоидных рецепторов на уровне спинного мозга



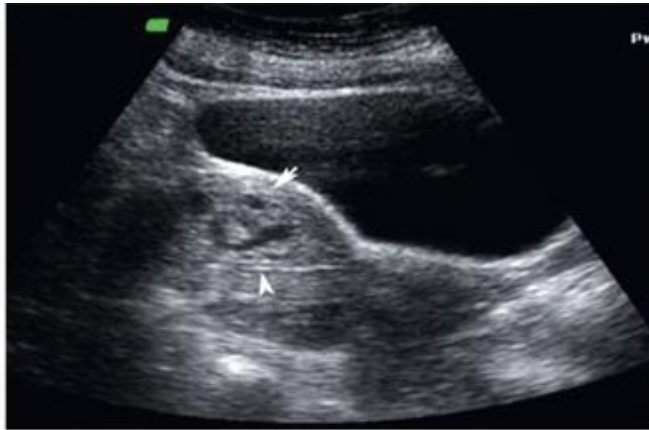
**Рис. 3.2.** УЗИ: сложная кистозная масса в стенке матки



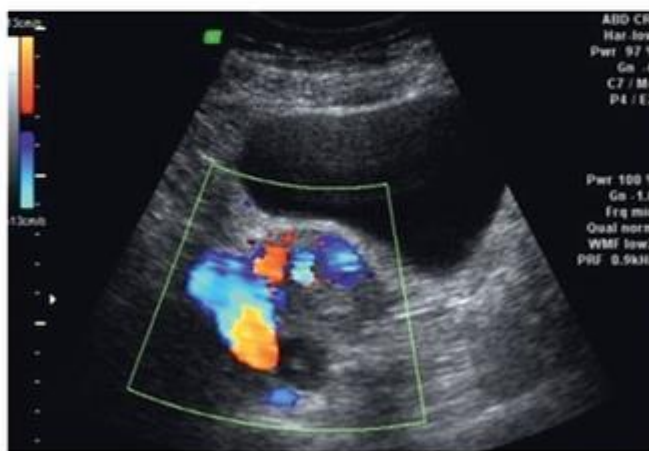
**Рис. 3.3.** Гистология: ворсинки хориона в миометрии без децидуальной оболочки (гематоксилин-эозин;  $\times 100$ )



**Рис. 3.4.** Артериовенозная мальформация (схема)

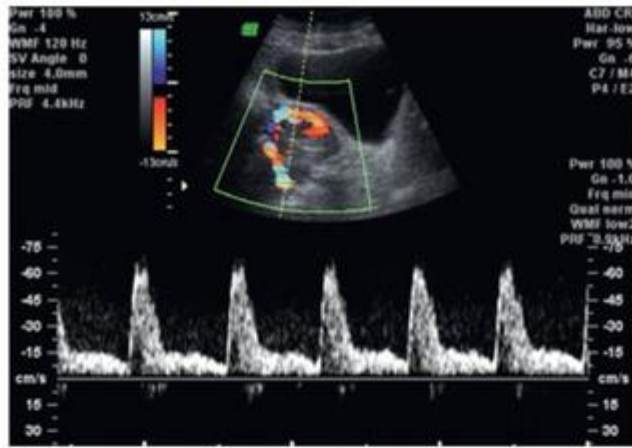


УЗИ: продольный вид матки. Несколько анэхогенных областей в миометрии передней стенки (указано стрелкой), оттеснен тонкий эндометрий (указано головкой стрелки)

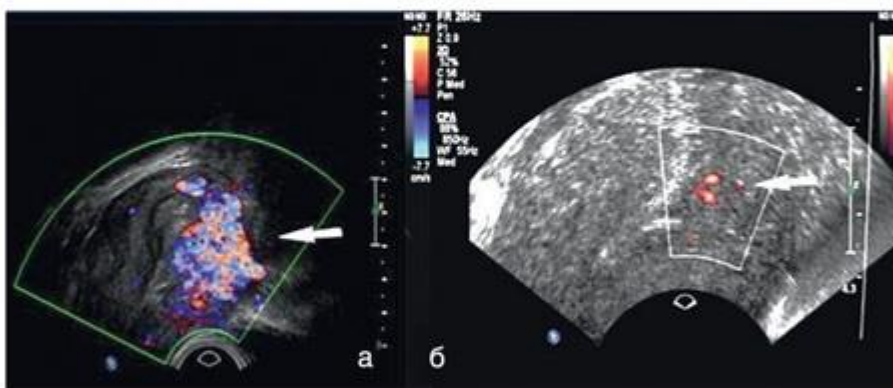


Цветовое доплеровское изображение: несколько цветных локусов — расширенные сосудистые каналы

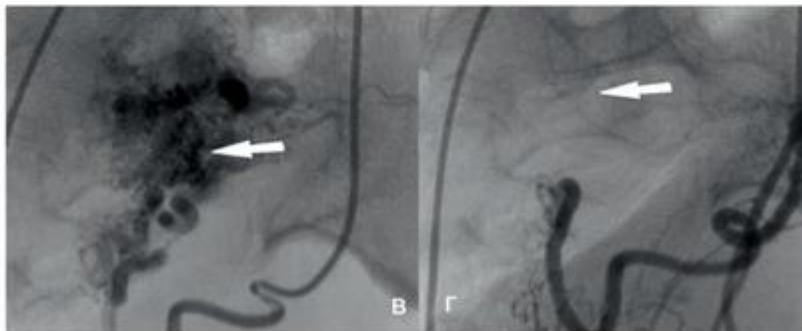
**Рис. 3.4.** (Продолжение). Артериовенозная мальформация



Спектральный анализ артериальных сосудов в поражении показывает поток высокой скорости с низким индексом резистентности (примерно 0,51–0,65)

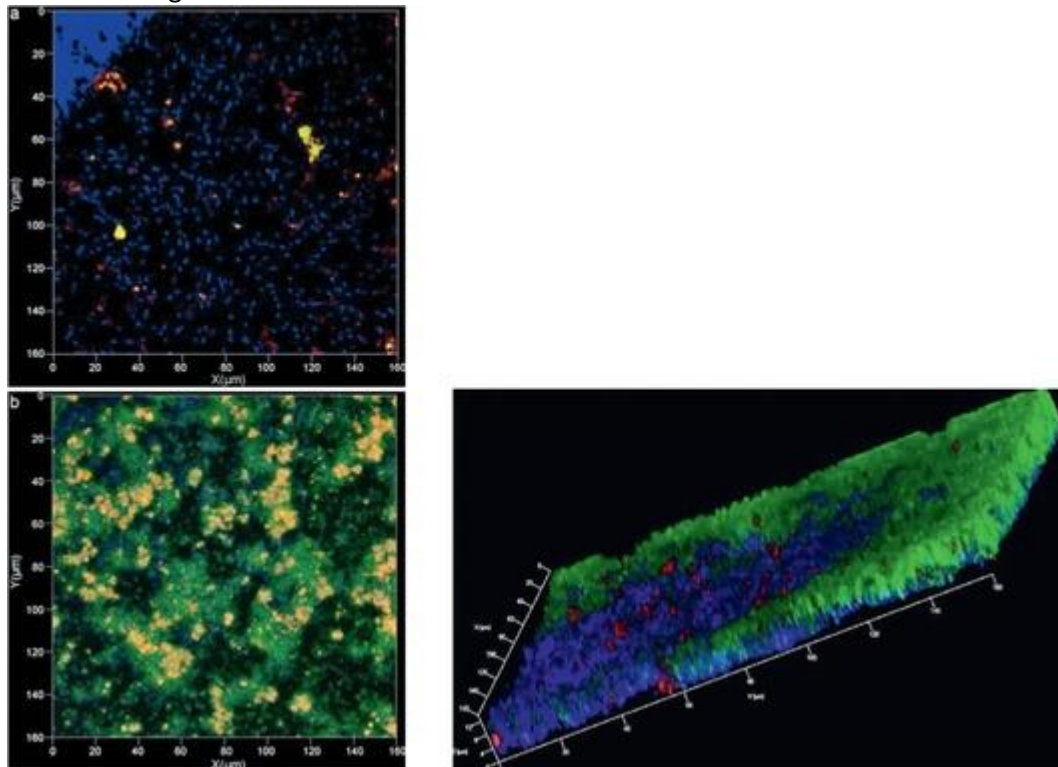


Цветовое доплеровское изображение АВМ до (а) и после (б) эмболизации



Артериограмма до (в) и после (г) эмболизации

**Рис. 3.4.** (Окончание). Артериовенозная мальформация



**Рис. 5.1.** Конфокальная микроскопия. Биопленки. Вверху: синий цвет - живые клетки, зеленый - мертвые клетки и красный - грамположительные клетки. Внизу: после обработки (обозначения цветов те же) метронидазол вызвал появление «отверстий» в биопленке, а также гибель клеток (зеленый). (A. Vaginae and G. Vaginalis; Amy McMillan et al., 2011)