

ОСОБЕННОСТИ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ВО II ТРИМЕСТРЕ

ПРОБЛЕМЫ ВНЕДРЕНИЯ

В статье рассмотрены особенности прерывания прогрессирующей маточной беременности во II триместре. Установлено, что эффективность медикаментозного метода прерывания беременности во II триместре составляет 94–98%. Высокая эффективность, низкая частота побочных эффектов и возникновения ранних и поздних осложнений, доступная экономическая составляющая демонстрируют перспективность и безопасность данного метода, что позволяет рекомендовать его в качестве приоритетного при выборе метода прерывания беременности во II триместре.

Ключевые слова: пороки развития плода, прерывание беременности во II триместре, мифепристон, мизопропрост.

S.V. APRESYAN, MD, Prof., V.I. DIMITROVA, PhD in Medicine, O.A. SLYUSAREVA, PhD in Medicine
City Clinical Hospital named after F.I. Inozemtsev, Moscow Healthcare Department
SECOND TRIMESTER MEDICAL TERMINATION OF PREGNANCY. CHALLENGES OF IMPLEMENTATION

The article describes the specific features of termination of progressive uterine pregnancy in the II trimester. It was found that the efficacy of medical abortion in the II trimester of pregnancy is 94–98%.

High efficacy, low incidence of side effects or early and late complications and economic feasibility demonstrate that the method is promising and safe; therefore, it can be recommended as a priority when choosing a method for medical termination of pregnancy in the II trimester.

Keywords: fetal malformations, termination of pregnancy in the II trimester, mifepristone, misoprostol.

АКТУАЛЬНОСТЬ

Ежедневно от осложнений, связанных с беременностью или родами, умирает около 830 женщин в мире. По оценкам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в 2015 г. примерно 303 тыс. женщин погибло во время и после беременности и родов. Материнская смертность в РФ в 2015 г., по данным Росстата, составила 10,1 на 100 тыс. живорождений, по сравнению с 2014 г. – 10,8; по данным Минздрава РФ, – 11,0 на 100 тыс. живорождений, по сравнению с 2014 г. – 11,3 [1]. По оценкам экспертов ВОЗ, в мире проводится около 46 млн аборт, из них 20 млн – нелегально, причем в 8% случаев вмешательство приводит к смерти женщины. В структуре причин материнской смертности в РФ в 2015 г. осложнения после абортов составили 11%, причем 50% женщин погибло после прерывания беременности по медицинским показаниям. В г. Москве в 2015 г., по данным Департамента здравоохранения, от осложнения аборта умерла одна женщина [2]. В 2015 г., по данным Минздрава РФ, произведено 746 736 абортов, причем медикаментозным методом – 86 885, что составляет 11,6% от общего числа абортов [3].

Несмотря на то, что основная часть прерываний беременности выполняется в I триместре, тем не менее имеется потребность в этой процедуре и во II триместре. Это связано с задержкой диагностики пороков развития плода, воз-

никновением медицинских показаний со стороны матери, а также несвоевременным (поздним) выявлением нежелательной беременности при наличии медицинских или социальных показаний для ее прерывания [4, 5].

Аборты во II триместре в мире составляют около 10–15% всех абортов, но являются причиной двух третей основных осложнений, связанных с ними, что актуально и для России. В течение последнего десятилетия около 40% летальных исходов наступало после прерывания беременности по медицинским показаниям [1, 6].

В РФ, согласно приказу № 572н, искусственное прерывание беременности по медицинским показаниям при сроке до 22 нед. проводится в условиях гинекологического отделения многопрофильной больницы, имеющей возможность оказания специализированной, в т. ч. реанимационной, помощи женщине, при обязательном наличии врачей-специалистов соответствующего профиля, по которому определены показания для искусственного прерывания беременности [7].

Для прерывания беременности сроком более 12 нед. Министерство здравоохранения РФ, ВОЗ, Британская Королевская коллегия акушеров-гинекологов (RCOG) и Американский конгресс акушеров и гинекологов (ACOG) рекомендуют как хирургический (дилатация и эвакуация), так и медикаментозный методы.

На основании многочисленных исследований, проведенных в последние годы, были разработаны, изучены,

внедрены и рекомендованы ВОЗ 2012 г. [8] схемы медикаментозного прерывания для использования в странах, где аборт разрешен законом, во всех сроках беременности (до 22 нед.). Эти рекомендации объединили исследования, основанные на доказательствах, и клинические руководства (Guidelines) таких авторитетных организаций, как ACOG (2011) [9], RCOG (2004) [10], National Abortion Federation (NAF, 2011), Европейское медицинское агентство (EMA, 2007) [11], Gynuity, Ipas, Международная федерация планируемого родительства (IPPF, 2008) [12].

Медикаментозное прерывание беременности с применением антипрогестинов и синтетических аналогов простагландинов в настоящее время является современным, эффективным и безопасным методом прерывания беременности (уровень доказательности IA) во всех сроках [4, 13, 14], разрешенных Федеральным законом Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Аборты во II триместре в мире составляют около 10–15% всех абортов, но являются причиной двух третей основных осложнений, связанных с ними, что актуально и для России

Учитывая особую значимость препаратов для эффективного и безопасного прерывания нежелательной беременности, ВОЗ включила мифепристон (с 2005 г.) и мизопростол (с 2009 г.) в перечень основных лекарственных средств (Model List of Essential Medicines) [15].

Несмотря на высокую эффективность и безопасность медикаментозного прерывания беременности во II триместре, метод недостаточно широко внедрен в практику гинекологических отделений.

Цель исследования: проанализировать особенности медикаментозного прерывания беременности во II триместре, выявить проблемы внедрения данного метода.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В исследование было включено 286 женщин репродуктивного возраста, прервавших беременность медикаментозным методом во II триместре в гинекологическом стационаре ГКБ им. Ф.И. Иноземцева.

Критерии включения: беременные пациентки со сроком гестации более 12 и до 22 нед., которым рекомендовано завершение беременности во II триместре.

Критерии исключения из исследования:

- аллергические реакции на мифепристон и мизопростол;
- противопоказания к применению мифепристона и мизопростола;
- отягощенный соматический анамнез;
- надпочечниковая недостаточность и/или длительная глюкокортикоидная терапия;
- острая или хроническая печеночная или почечная недостаточность;
- наследственная порфирия.

До применения препарата проводился сбор данных, подтверждающих возможность участия пациенток в исследовании: критерии включения/исключения; антропометрические данные; факт курения и употребления алкоголя, потому что курящие женщины старше 35 лет входят в группу риска сердечно-сосудистых заболеваний, в связи с этим необходима консультация терапевта для исключения противопоказаний к проведению медикаментозного аборта; жалобы; анамнез; сопутствующие заболевания; общий осмотр; термометрия; гинекологический статус; общеклинические лабораторные исследования (клинический анализ крови, биохимический анализ крови, коагулограмма, определение антител классов М, G к вирусу иммунодефицита человека (ВИЧ-1 и ВИЧ-2) в крови, определение антител классов М, G к антигену вирусного гепатита В и вирусному гепатиту С в крови; определение антител к бледной трепонеме в крови; определение основных групп крови (А, В, 0) и резус-принадлежности, общий анализ мочи, микроскопическое исследование отделяемого женских половых органов; бактериологическое исследование отделяемого женских половых органов); регистрация электрокардиограммы.

В зависимости от показаний к прерыванию беременности женщин разделили на 2 группы: 1-я группа – 90 женщин, прерывавших беременность по медицинским показаниям (пороки развития плода); 2-я группа – 196 женщин, поступивших в гинекологический стационар с преждевременным разрывом плодных оболочек – до 22 нед. гестации.

НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЗАВЕРШЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ В ПОЗДНИЕ СРОКИ

В гинекологическом стационаре ГКБ им. Ф.И. Иноземцева, как и в других учреждениях здравоохранения г. Москвы, медикаментозное прерывание беременности осуществляется в рамках локального клинического протокола, утвержденного руководителем медицинского учреждения, разработанного на основании приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12 ноября 2012 г. № 572н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» (глава IX) [7]; письма Министерства здравоохранения Российской Федерации «Клинические рекомендации (протокол лечения) «Медикаментозное прерывание беременности» от 15.10.2015 г. № 15-4/10/2-6120 [16] и приложения к нему, разработанного в соответствии со статьей 76 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и рекомендованного для использования в работе руководителями гинекологических стационаров и амбулаторно-поликлинических подразделений при организации медицинской помощи [17]; и материалов, опубликованных в издании «Акушерство: национальное руководство» [18]. Локальный клинический протокол следует считать норма-

тивным документом, разрешающим применение методики медикаментозного аборта в указанных сроках до 22 нед., вне инструкций, при дополнительном оформлении заключения врачебной комиссии на ее использование и применение препаратов мифепристон и мизопростол в необходимых дозах в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 5 мая 2012 г. № 502н «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации» с изменениями и дополнениями от 2 декабря 2013 г. (зарегистрирован в Министерстве юстиции Российской Федерации, регистрационный № 24516 от 09.06.2012 г.) [19], согласно которым в функции врачебной комиссии входит принятие решения о назначении лекарственных препаратов при наличии медицинских показаний (индивидуальная непереносимость, по жизненным показаниям), не входящих в соответствующий стандарт медицинской помощи. Использование препаратов для медикаментозного прерывания беременности во II триместре осуществляется после заключения врачебной комиссии [4, 14]. Условием для искусственного прерывания беременности является наличие подписанного пациенткой информированного добровольного согласия женщины (в соответствии с Федеральным законом № 323 от 21 ноября 2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации № 572н и рекомендуемым образцом, утвержденным приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 12.05.2007 г. № 335 с изменениями от 2012 г.) [20].

Для прерывания беременности сроком более 12 нед. Министерство здравоохранения РФ, ВОЗ, Британская Королевская коллегия акушеров-гинекологов (RCOG) и Американский конгресс акушеров и гинекологов (ACOG) рекомендуют как хирургический (дилатация и эвакуация), так и медикаментозный методы

Согласно международным клиническим рекомендациям, основанным на доказательствах, протокол прерывания беременности поздних сроков (13–22 нед.) предусматривает прием препарата мифепристон в дозе 200 мг (1 таблетка) однократно внутрь под контролем врача. Динамическое наблюдение за пациенткой осуществляется в течение 24–48 ч. Через 24–48 ч проводится осмотр пациентки, и если аборт не произошел, то с целью усиления эффекта мифепристона вводят препарат мизопростол 400 мг внутрь или 800 мкг однократно во влагалище, затем мизопростол вводят повторно в дозе 400 мкг сублингвально каждые 3 ч (максимальное число доз – 4). Динамическое наблюдение за пациенткой осуществляется врачом до изгнания плода в стационарных условиях.

Основным параметром эффективности применения медикаментозного прерывания беременности во II триместре считали изгнание плода из полости матки.

Оценку переносимости препаратов пациентками проводили на основании частоты возникновения побочных эффектов.

Проводили оценку частоты возникновения ранних осложнений: кровотечение, неполный выкидыш, гематометра, острый эндометрит; и поздних: плацентарный полип, эндометрит и анализировали их зависимость от факторов риска.

Полученные данные подвергали статистической обработке с использованием пакета программ Statistica 12,0; SPSS. Использовали метод описательной статистики с определением среднего арифметического (дисперсия, стандартное отклонение, 95% доверительный интервал). Достоверность различий оценивали с помощью непараметрического U-критерия Манна – Уитни.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

При анализе анамнеза и течения беременности выявлены: невынашивание у $12 \pm 1,8\%$ пациенток 1-й группы, у $25 \pm 4,6\%$ – во 2-й ($p < 0,05$); нарушение биоценоза влагалища в 1-й группе – у $20 \pm 4,6\%$, во 2-й – у $48 \pm 5,4\%$ ($p < 0,05$); соматическая патология в 1-й группе – у $9 \pm 1,8\%$, во 2-й – у $15 \pm 2,3\%$ ($p < 0,05$). Находились на стационарном лечении по поводу угрозы прерывания беременности $28 \pm 3,4\%$ пациенток 1-й группы, 2-й – $73 \pm 1,8\%$ ($p < 0,05$); в 1-й группе у $70 \pm 4,4\%$ и у $8 \pm 0,8\%$ во 2-й беременность протекала без осложнений. Во 2-й группе время от разрыва плодных оболочек до поступления пациенток в гинекологический стационар составило $30 \pm 6,6$ ч.

При анализе лабораторных показателей у женщин 1-й группы изменения в клиническом и биохимическом анализе крови, коагулограмме, общем анализе мочи, бактериологическом и бактериоскопическом исследованиях отделяемого из цервикального канала в $98 \pm 0,8\%$ случаев не регистрировались. Во 2-й группе изменения в клиническом анализе крови отмечались у $97 \pm 0,8\%$ пациенток по сравнению с 1-й группой ($p < 0,05$), характеризовались лейкоцитозом ($14,5 \pm 3,3 \times 10^9/\text{л}$), сдвигом формулы влево (нейтрофилы – $85 \pm 4,5\%$; лимфоциты – $10 \pm 5,7\%$, моноциты – $4 \pm 1,1\%$), увеличением СОЭ ($35 \pm 4,3$ мм/ч). В биохимическом анализе увеличение содержания С-реактивного белка отмечалось у $5 \pm 0,5\%$ ($p < 0,05$) пациенток по сравнению с 1-й группой и составило $30 \pm 5,4$ мг/л. В коагулограмме у $14 \pm 0,8\%$ пациенток отмечались признаки гиперкоагуляции. При бактериоскопическом исследовании отделяемого из влагалища выявлен кандидоз у $20 \pm 0,5\%$, бактериальный вагиноз – у $35 \pm 5,5\%$, вагинит – у $28 \pm 5,5\%$ по сравнению с 1-й группой ($p < 0,05$). При бактериологическом исследовании отделяемого из цервикального канала выявлен рост микрофлоры у $95 \pm 5,5\%$ пациенток ($p < 0,05$) (*Enterococcus faecalis* ($40 \pm 6,3\%$), *Staphylococcus epidermidis* ($30 \pm 3,2\%$), *Escherichia coli* ($55 \pm 3,2\%$)).

При УЗИ у 90 обследуемых женщин 1-й группы, кроме пороков развития плода, других патологических изменений выявлено не было. У $90 \pm 3,2\%$ ($p < 0,05$) беременных 2-й группы диагностировано выраженное маловодие, у

64 ± 5,4% (p < 0,05) – укорочение шейки матки по сравнению с 1-й группой.

На основании данных клинко-лабораторного и инструментального обследования 95% пациенткам 2-й группы выставлен диагноз «хориоамнионит».

Несмотря на то, что риск восходящей инфекции условно-патогенными микроорганизмами при выполнении аборта в лечебном учреждении низок, согласно рекомендациям RCOG (2011) [10], целесообразно проведение рутинной антибиотикопрофилактики женщинам с высоким риском развития инфекционных осложнений. Поэтому пациенткам 1-й группы назначались антибактериальные препараты и нитроимидазолы с целью профилактики инфекционно-воспалительных осложнений: согласно рекомендациям RCOG (2011) [10], азитромицин 1 г внутрь и метронидазол 800 мг внутрь в день аборта. Пациенткам 2-й группы с учетом наличия воспалительного процесса в матке назначалась антибактериальная терапия, включающая цефалоспорины III поколения (цефтриаксон 2,0 г внутривенно в течение 3–5 дней, в зависимости от тяжести воспалительного процесса), азитромицин 1 г внутрь, метронидазол (100,0 мл внутривенно), также проводилась санация влагалища антисептиками. Беременным с преждевременным разрывом плодных оболочек с учетом высокого риска инфекционно-воспалительных осложнений и с целью профилактики развития синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания и коагулопатических осложнений назначалась антикоагулянтная терапия (эноксапарин натрия 0,4 подкожно на протяжении 3–5 дней).

Интервал между приемом мизопростола и абортom у нерожавших пациенток 1-й группы составил 7,5 ± 2,4 ч, у рожавших – 3,5 ± 1,0 ч. У пациенток со сроком гестации 12–14 нед. аборт происходил через 5,4 ± 1,3 ч, 15–18 нед. – 6,7 ± 1,3 ч, 19–21 нед. – 7,5 ± 2,4 ч. Выкидыш в целом плодном пузыре произошел у 68% пациенток. Дополнительная повторная стимуляция потребовалась 5 нерожавшим пациенткам. Если медикаментозный аборт не происходит в течение 24 ч, мифепристон и мизопропрост вводятся повторно по схеме: мифепристон в дозе 200 мг (1 таблетка) однократно внутрь, через 24 ч препарат мизопропрост 400 мг внутрь или 800 мкг однократно во влагалище, затем мизопропрост вводят повторно в дозе 400 мкг сублингвально каждые 3 ч (максимальное число доз – 4). Если аборт не происходит в течение 2-х сут, возможно назначение 3-й дозы мифепристона с последующим введением простагландина. В случае отсутствия эффекта на 3-и сут следует завершить прерывание беременности путем дилатации и эвакуации. У 3-х пациенток выкидыш произошел после 2-й дозы препарата, у 1 – после 3-й, 1 пациентке потребовались дилатация и эвакуация.

Среди побочных эффектов у 3% отмечались озноб и повышение температуры до 38 °С, у 25% – диспепсические расстройства.

Среди ранних осложнений следует отметить неполный выкидыш у 1 (0,01%) пациентки, характеризовавшийся задержкой последа в полости матки, что потребовало проведения вакуум-аспирации. Прерывание беременно-

сти у 1 пациентки (0,01%) осложнилось кровотечением, причиной которого явилась задержка участков последа в полости матки, что также потребовало проведения вакуум-аспирации. Инфекционно-воспалительных осложнений как в ранний период, так и в поздний выявлено не было. Поздние осложнения в виде плацентарного полипа не регистрировались, что свидетельствовало об адекватном постабортном консультировании и отсутствии гипердиагностики в данной группе.

Медикаментозное прерывание беременности с применением антипрогестинов и синтетических аналогов простагландинов в настоящее время является современным, эффективным и безопасным методом прерывания беременности (уровень доказательности IA) во всех сроках

Во 2-й группе интервал между приемом мизопростола и выкидышем у нерожавших составил 3,0 ± 0,5 ч, у рожавших – 2,0 ± 1,0 ч. У пациенток со сроком гестации 12–14 нед. аборт происходил через 2,0 ± 0,5 ч, 15–18 нед. – 2,2 ± 0,6 ч, 19–21 нед. – 3,0 ± 0,5 ч. Дополнительная повторная стимуляция не потребовалась ни одной пациентке.

Среди побочных эффектов у 5% отмечались озноб и повышение температуры до 38 °С, у 20% – диспепсические расстройства.

У 8 пациенток произошел неполный выкидыш, характеризовавшийся задержкой последа в полости матки, кровотечение возникло у 4 пациенток, у 2 из них оно было связано с гипотонией матки, еще у 2 – с задержкой частей последа в полости матки, что потребовало проведения вакуум-аспирации. При отсутствии кровотечения и видимых дефектов последа после выкидыша проведение гистероскопии и вакуум-аспирации является нецелесообразным.

Поздние осложнения в виде плацентарного полипа возникли у 2 пациенток (0,01%), которым была произведена гистероскопия.

Как и в 1-й группе, ранние и поздние инфекционно-воспалительные осложнения во 2-й группе не были зарегистрированы, несмотря на то, что прерывание беременности во II триместре проводилось на фоне инфекционно-воспалительного процесса различной степени тяжести, что свидетельствует об адекватной своевременной антибактериальной терапии.

Эффективность медикаментозного прерывания беременности во II триместре оценивали на 3-и и 14-е сут после приема мизопростола с помощью УЗИ. Критериями эффективности на 3-и сут считали отсутствие остатков последа в полости матки. На 3-и сут после медикаментозного прерывания беременности при УЗИ в 1-й группе полость матки была расширена на 20 ± 10 мм за счет гипозоженного или гетерогенного содержимого, ЦДК не регистрировался. Во 2-й группе отмечалась аналогичная картина. На 14-е сут после медикаментозного прерывания беременности полость матки была расширена на 8 ± 10 мм за счет гипозоженного содержимого.

Полный медикаментозно индуцированный выкидыш в 1-й группе произошел в 98% случаев, во 2-й – в 94%.

При гистологическом исследовании плаценты в 1-й группе у $10 \pm 5,4\%$ пациенток, а во 2-й – у $96 \pm 1,4\%$ отмечались признаки воспалительного процесса.

Медикаментозный аборт следует рассматривать как резерв снижения материнской смертности и заболеваемости, а также улучшения репродуктивного здоровья женщины, напрямую связанный со снижением государственных затрат на ведение осложненных беременностей и выхаживание недоношенных новорожденных

На сегодняшний день проблемы внедрения медикаментозного прерывания беременности во II триместре в гинекологические стационары связаны, во-первых, с отсутствием осведомленности врачей акушеров-гинекологов об эффективности и безопасности данного метода; во-вторых, с отсутствием адекватного нормативно-правового обеспечения, касающегося локального клинического протокола; в-третьих, с отсутствием препарата мифепристон в перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для оказания первичной медико-санитарной помощи, специализированной, в т. ч. высокотехнологичной, медицинской помощи в стационарных условиях. Самое главное – экономическая составляющая, характеризующаяся более низкой стоимостью медикаментозного аборта по сравнению с хирургическим.

ОБСУЖДЕНИЕ ПОЛУЧЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ

Медикаментозный аборт следует рассматривать как резерв снижения материнской смертности и заболеваемости, а также улучшения репродуктивного здоровья женщины, напрямую связанный со снижением государственных затрат на ведение осложненных беременностей и выхаживание недоношенных новорожденных [21].

Последние 30 лет ведется работа по улучшению технологии аборта с точки зрения эффективности, безопасности (снижение риска осложнений), технической простоты выполнения, приемлемости, улучшения контроля над болью и кровопотерей [4, 22–24].

Эффективность медикаментозного завершения беременности во II триместре составляет 94–98%, что подтверждается данными литературы [25–27].

Интервал между приемом мизопростола и абортom у нерожавших пациенток 1-й группы составил $7,5 \pm 2,4$ ч, 2-й – $3,0 \pm 0,5$ ч; у рожавших в 1-й группе – $3,5 \pm 1,0$ ч и во 2-й – $2,0 \pm 1,0$ ч, что свидетельствует о его зависимости от целостности плодных оболочек. В исследованиях [14, 24] средний интервал между началом стимуляции и абортom составляет 5,9–6,6 ч. Он увеличивался с ростом срока беременности (95% ДИ от -2,52 до -0,89, $p = 0,0001$), паритета (первобеременные) (95% ДИ от -0,25 до -1,01, $p = 0,0001$), увеличением возраста ($p = 0,0001$).

До недавнего времени вопрос о необходимости назначения антибиотиков при медикаментозном абортe оставался дискуссионным. Однако было показано, что при рутинной антибиотикопрофилактике инфекционные осложнения снижаются с 0,093% до 0,006% [4, 14, 28]. Мнения экспертов единодушны: аборт сам по себе не служит причиной отдаленных последствий в виде невынашивания беременности, предлежания плаценты, низкой массы тела новорожденных, причем они происходят с той же частотой, что и у женщин, перенесших воспалительные заболевания органов малого таза, вне связи с процедурой прерывания беременности [4]. В свою очередь риск восходящей инфекции патогенными микроорганизмами непосредственно во время аборта, выполненного в лечебном учреждении, ничтожно мал. Все случаи тяжелых инфекционных осложнений признаны результатом внебольничных вмешательств, что наиболее актуально для стран с высоким уровнем небезопасных абортов [29]. В исследовании не было зарегистрировано ни в раннем, ни в позднем постабортном периоде инфекционно-воспалительных осложнений, несмотря на проведение аборта на фоне воспалительного процесса различной степени тяжести. Поэтому адекватная и рациональная антибиотикотерапия позволяет избежать ранних и поздних инфекционно-воспалительных осложнений в раннем и позднем постабортном периоде.

Среди ранних осложнений у 1 (0,01%) пациентки 1-й группы, у 8 пациенток 2-й группы произошел неполный выкидыш, характеризовавшийся задержкой последа в полости матки. Прерывание беременности осложнилось кровотечением у 1 пациентки (0,01%) 1-й группы, причиной которого явилась задержка участков последа в полости матки, и у 4 пациенток 2-й группы: у 2 оно было связано с гипотонией матки, у 2 – с задержкой частей последа в полости матки, что потребовало проведения вакуум-аспирации. При отсутствии кровотечения и видимых дефектов последа после выкидыша проведение гистероскопии и вакуум-аспирации является нецелесообразным. После медикаментозного аборта во II триместре в большинстве случаев инструментальная ревизия стенок полости матки проводится при наличии показаний (признаки неполного аборта, кровотечение) (уровень В) [8, 30, 31]. По данным S. Rowlands et al. [30], такая необходимость была в 8,1% случаев, а в исследованиях E.G. Sakkas et al. [31] – в 9,4–11,5% случаев, в проведенном исследовании проведение гистероскопии потребовалось в 1% случаев.

Учитывая высокую эффективность, безопасность, приемлемость медикаментозного аборта, данный метод международные эксперты рассматривают как существенный резерв снижения материнской смертности при прерывании беременности во всех сроках

Поэтому, учитывая высокую эффективность, безопасность, приемлемость медикаментозного аборта, данный метод международные эксперты рассматривают как

существенный резерв снижения материнской смертности при прерывании беременности во всех сроках [8].

Резюмируя полученные данные, следует сделать следующие выводы:

1. Эффективность медикаментозного метода прерывания беременности во II триместре составляет 94–98%.
2. Исход прерывания беременности во II триместре зависит от срока беременности, паритета, целостности плодных оболочек, наличия восходящей инфекции.
3. Возникновение ранних и поздних осложнений не зависит от срока гестации, паритета, а зависит от длительности разрыва плодных оболочек, выраженности воспалительного процесса в матке, коагулопатических нарушений.
4. Имяющаяся нормативно-правовая база позволяет широко внедрить метод медикаментозного прерывания беременности во II триместре в гинекологические стационары с целью завершения беременности в поздние сроки с учетом его высокой эффективности и безопасности.
5. Высокая эффективность, низкая частота побочных эффектов и возникновения ранних и поздних осложнений, доступная экономическая составляющая демонстрируют перспективность и безопасность данного метода, что позволяет рекомендовать его в качестве приоритетного при выборе метода прерывания беременности во II триместре.
6. Устранение проблем, препятствующих широкому внедрению метода медикаментозного прерывания беременности во II триместре в гинекологических стационарах, позволит применять данный метод в повседневной практике.



ЛИТЕРАТУРА

1. О материнской смертности в Российской Федерации в 2012 году. Методическое письмо Минздравсоцразвития РФ от 19.09.2013 г. №15-4/10/2-7065. 37 с.
2. Коноплянников А.Г. Отчет главного акушера-гинеколога ДЗ г. Москвы. М., 2016.
3. <https://www.rosminzdrav.ru>.
4. Кан Н.Е., Баранов И.И., Дикке Г.Б., Тютюнник В.Л. Медикаментозное завершение беременности в поздние сроки. Показания, методы и результаты. *Акушерство и гинекология*, 2016, 4: 9-13.
5. Основные показатели здоровья матери и ребенка, деятельность службы охраны детства и родовспоможения в Российской Федерации. М., 2014..
6. Andersson IM, Benson L, Christensson K, Gemzell-Danielsson K. Paracervical block as pain treatment during second-trimester medical termination of pregnancy: an RCT with bupivacaine versus sodium chloride. *Hum. Reprod.*, 2016, 31(1): 67-74.
7. Приказ Минздрава России от 12 ноября 2012 г. № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)».
8. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. Second edition. World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research. 2012. <http://www.who.int>.
9. ACOG. A Clinician's Guide to Medical and Surgical Abortion, NAF's textbook. 2012.
10. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). The care of women requesting induced abortion. London (England): Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG), 2011 Nov. 130 p. (Evidence-based Clinical Guideline; no. <http://www.rcog.org.uk>)
11. European Medicines Agency in 2007. Summary of the thirteenth annual report of the EMEA. <http://www.ema.europa.eu>.
12. Countries Abortion Profile. ICMA. <http://www.medicalabortionconsortium.org/country>.
13. Дикке Г.Б. Медикаментозный аборт: Руководство для практических врачей. Под ред. В.Е. Радзинского. М.: МЕДпресс-информ, 2015. 344 с.
14. Дикке Г.Б., Сахаутдинова И.В. Современные методы прерывания беременности в поздние сроки. *Акушерство и гинекология*, 2014, 1: 83-89.
15. Lohr PA, Hayes JL, Gemzell-Danielsson K. Surgical versus medical methods for second trimester induced abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2008, Issue 1. Art. No.: CD006714.pub2.
16. Письмо Министерства здравоохранения Российской Федерации «Клинические рекомендации (протокол лечения) «Медикаментозное прерывание беременности» от 15.10.2015 г. №15-4/10/2-6120.
17. Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
18. Акушерство: национальное руководство. Коллектив авторов. Под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, В.Н. Серова, В.Е. Радзинского. 2-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. 1080 с.
19. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 5 мая 2012 г. № 502н «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации» с изменениями и дополнениями от 2 декабря 2013 г. (зарегистрирован в Минюсте России, регистрационный № 24516 от 09.06.2012).
20. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 декабря 2012 г. № 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» (зарегистрирован в Минюсте России 28 июня 2013 г., регистрационный № 28924). Перечень определяется приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (зарегистрирован в Минюсте Российской Федерации 5 мая 2012 г., регистрационный № 24082).
21. Дикке Г.Б. Досрочное завершение беременности без кюретки. *Практическая медицина*, 2016, 1: 151-157.
22. Andersson IM, Christensson K, Gemzell-Danielsson K. Experiences, feelings and thoughts of women undergoing second trimester medical termination of pregnancy. *PLoS One*, 2014, 9(12): e115957.
23. Mark AG, Wolf M, Edelman A, Castleman L. What can obstetrician/gynecologists do to support abortion access? *Int. J. Gynaecol. Obstet.*, 2015, 131(Suppl. 1): S53-5.
24. Nautiyal D, Mukherjee K, Perhar I, Banerjee N. Comparative study of misoprostol in first and second trimester abortions by oral, sublingual, and vaginal routes. *J. Obstet. Gynaecol. India*, 2015, 65(4): 246-50.
25. Chen YP, Wang PH, Tsui KH. Comment on the combination of mifepristone and misoprostol for the termination of second-trimester pregnancy. *Taiwan J. Obstet. Gynecol.*, 2015, 54(4): 469-70.
26. Ouerdiane N, Othmani K, Daaloul W, Ben Hamouda S, Bouguerra B. Efficacy of misoprostol for medical termination of pregnancy in second trimester: prospective study. *Tunis. Med.*, 2015, 93(4): 212-6.
27. Ramesh S, Roston A, Zimmerman L, Patel A, Lichtenberg ES, Chor J. Misoprostol 1 to 3 h preprocedure vs. overnight osmotic dilators prior to early second-trimester surgical abortion. *Contraception*, 2015, 92(3): 234-40.
28. Lederle L, Steinauer JE, Montgomery A, Aksel S, Drey EA, Kerns JL. Obesity as a risk factor for complications after second-trimester abortion by dilation and evacuation. *Obstet. Gynecol.*, 2015, 126(5): 585-92.
29. Winikoff B, Dzuba IG, Chong E et al. Extending outpatient medical abortion services through 70 days of gestational age. *Obstet. Gynecol.*, 2012, 120(5): 1070-6.
30. Rowlands S, Gemzell-Danielsson K, Aubeny E, Fiala C. International Federation for Professionals in Abortion and Contraception (FIAPAC). *J. Fam. Plann. Reprod. Health Care*, 2011, 37(4): 251-2.
31. Sakkas EG, Detriche O, Buxant F. Rare complication of a late abortion: a case. *Rev. Med. Brux.*, 2014, 35(6): 504-6.