

Плотко Е.Э.

Может ли хирургический аборт быть безопасным?

ГОУ ВПО Уральская государственная медицинская академия Росздрава, Медицинский центр «Гармония», г. Екатеринбург

Plotko E.E.

Whether surgical abortion be safe?

Резюме

Проведен анализ 3584 случаев хирургического аборта в сроках от 6 до 12 недель. У 1708 женщин использовался метод дилатации и кюретажа, у 1876 беременных - вакуум-аспирация. Дана медико-социальная характеристика женщин с непланируемой беременностью, сведения о факторах риска осложнений аборта у обследованных. Представлен комплекс профилактических мероприятий, направленных на повышение безопасности прерывания беременности, показана его эффективность. Дана сравнительная оценка частоты и структуры осложнений хирургического аборта в зависимости от использованной технологии. Сделан вывод о существенно большей безопасности метода вакуум-аспирации по сравнению с дилатацией и кюретажем при прерывании беременности в сроках до 12 недель.

Ключевые слова: хирургический аборт, вакуум-аспирация, дилатация и кюретаж, осложнения аборта

Summary

The analysis of 3584 cases of surgical abortion in terms from 6 till 12 weeks is carried out. At 1708 pregnant women the method of dilatation and curettage, at 1876 cases - vacuum-aspiration was used. The medico-social characteristics of the women with unplanned pregnancy, data on risk factors of complications of abortion is given. The complex of the preventive actions directed on increase of safety of pregnancy termination is presented, its efficacy is shown. Data on the incidence and structure of the complications after an abortion depending on the technology used are presented. The conclusion is drawn about higher efficiency and safety of the vacuum-aspiration method used in gestation age up to 12 weeks.

Keywords: an abortion, medicinal abortion, vacuum-aspiration, abortion complications, acceptability of abortion

Введение

Несмотря на стойкую тенденцию к снижению числа искусственных прерываний беременности (ИПБ), аборт в России по-прежнему представляет собой серьезную медико-социальную проблему [1]. Это связано с демографической ситуацией, высокой частотой аборт и их осложнений, существенным вкладом в структуру материнской смертности, ростом подростковой беременности [2].

Экспертами ВОЗ определено, что предпочтительными методами прерывания беременности в сроках до 12 недель являются электрическая или мануальная вакуум-аспирация без контрольного кюретажа и медикаментозный метод в сроках до 9 недель [3, 4].

В России в 2009 году по данным Росстата произведено около 1300 тысяч аборт. При этом на долю аборт, выполненных методом вакуум-аспирации, приходится всего 25,7%, а наиболее безопасным медикаментозным методом – 3,9% [5, 6]. Следует констатировать, что более 70% нежелательных беременностей в нашей стране прерывается небезопасным методом дилатации и кюретажа. Как следствие, различные осложнения ИПБ по данным отечественных исследователей встречаются у 16-18% женщин и могут

достигать 40% с наиболее высоким уровнем в группе первобеременных и подростков [7, 8, 9]. К наиболее значимым факторам риска осложнений аборта относят генитальные инфекции, рубец на матке, аборт в анамнезе [10].

В сложившейся ситуации сохранение репродуктивного здоровья женщин связано не только с дальнейшими усилиями по внедрению эффективных методов контрацепции, снижению числа аборт, но и с повышением доступности современных технологий ИПБ, отказом от устаревших небезопасных методов прерывания беременности [11].

Цель исследования – определить медико-социальную характеристику женщин, прерывающих беременность на сроках от 6 до 12 недель, возможности профилактики осложнений хирургического аборта, провести сравнительную оценку его эффективности и безопасности в зависимости от использованной технологии.

Материал и методы

В исследование были включены 3584 женщины, обратившиеся для искусственного прерывания беременности (ИПБ) на сроках от 6 до 12 недель в период с 2005 по 2010 годы. Средний возраст пациенток составил 28,99 ±

0,15 лет. При первичном консультировании беременных информировали об особенностях метода прерывания беременности, возможных осложнениях и неблагоприятных последствиях искусственного аборта, способах их предупреждения. Стандартное клинко-лабораторное обследование на этапе подготовки к прерыванию беременности включало исследование влагалищных мазков, крови на сифилис. Срок беременности и локализация плодного яйца уточнялись с помощью УЗИ трансвагинальным датчиком.

Прерывание беременности осуществляли в амбулаторных условиях в «стационаре одного дня» под внутривенной анестезией. Для прерывания беременности применялись следующие технологии: в период с 2005 по 2007 годы – дилатация и кюретаж, с 2008 по 2010 годы – вакуум-аспирация плодного яйца. Вакуум-аспирация проводилась аппаратом Eschmapp VP 35 при отрицательном давлении 80 кПа с использованием одноразовых пластиковых канюль.

Результаты и обсуждение

Средний возраст женщин первой группы составил $28,99 \pm 0,15$ лет. Анализ возрастной структуры беременных показал, преобладание пациенток молодого репродуктивного возраста (более 60%), при этом доля подростков (15-19 лет) в группе составила 10,0%, и была в 3 раза выше в подгруппе первобеременных (Таблица 1). В целом, возрастная структура обследованных женщин отражала статистику абортов в России.

Социальная структура беременных была представлена следующими основными группами – студенты и учащиеся 264 (7,4%), служащие 2924 (81,6%), рабочие 47 (1,3%) и домохозяйки 349 (9,7%).

Семейный статус пациенток характеризовался преобладанием зарегистрированных брачных отношений – 1620 (45,2%), в гражданском браке состояли 595 (16,6%). Беременность вне брака наступила у 1369 (38,2%) обследованных.

Изучение репродуктивного анамнеза пациенток позволило выявить следующие особенности. Первую беременность прерывали 923 (25,8%) женщин. Среди нерожавших предшествовавший опыт прерывания беременности имели 345 (9,6%) пациенток. Большинство женщин 2316 (64,6%) имели один и более родов в анамнезе, в том числе абдоминальное родоразрешение в 296 (12,8%) случаев. При этом прерывание беременности на первом году после родов планировали 166 (7,2%) пациенток.

Опыт предшествовавших абортов в группе в целом имели 1909 (53,3%), а среднее количество прерываний беременности в анамнезе составило $2,4 \pm 0,1$. Аналогичный показатель в подгруппе повторнобеременных нерожавших был равен $1,2 \pm 0,3$.

Обследованные женщины имели следующие гинекологические заболевания в анамнезе: доброкачественные заболевания шейки матки – 45,3%, воспалительные заболевания гениталий – 10,1%, ИППП – 10,3%, миому матки, эндометриоз – 6, 9%, нарушения менструального цикла – 1,9%, прочие – 6, 3%.

На основании клинической картины и данных бактериоскопического исследования были выявлены признаки воспалительных заболеваний нижних отделов гениталий (вагинит, эндоцервицит), бактериального вагиноза или других вариантов дисбиоза влагалища, генитального кандидоза у 1795 (50,1%) пациенток (Таблица 2).

С целью снижения риска осложнений хирургического аборта мы применяли комплекс профилактических мероприятий. Пациенткам с признаками воспалительных заболеваний нижних отделов гениталий и выраженными нарушениями вагинальной микрофлоры на этапе подготовки к прерыванию беременности проводилась санация влагалища – свечи «Гексикон», обработка влагалища водным раствором хлоргексидина с помощью аппарата «Гинетон», этиотропная терапия по показаниям. С целью избежать дилатации шейки матки и снизить травматичность аборта мы проводили предварительную подготов-

Таблица 1. Возрастная структура беременных, %

Возраст (лет)	15-19		20-24		25-29		30-34		35-39		40-44		45 и старше	
	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%
Всего n=3584	359	10,0	916	25,6	906	25,2	728	20,3	473	13,2	181	5,1	21	0,6
Первобеременные n=923	264	28,6	446	48,3	147	16,0	48	5,2	15	1,6	3	0,3	0	0

Таблица 2. Частота генитальных инфекций у обследованных, %

Характер патологии	Норма		Вагинит, эндоцервицит		Бактериальный вагиноз		Другие виды дисбиоза влагалища		Генитальный кандидоз		Всего
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	
Всего											
n=3584	1789	49,9	571	15,9	272	7,6	680	19,0	272	7,6	100%

Таблица 3. Частота осложнений в зависимости от метода ИПБ

Характер осложнений	Эндометриит		Остатки плодного яйца		Плацентарный полип		Гематометра		Перфорация матки		Всего	
	abc	%	abc	%	abc	%	abc	%	abc	%	abc	%
Группа I n = 1708	47	2,75	5	0,29	18	0,94	5	0,29	2	0,12	75	4,39
Группа II n = 1876	18	0,96	0	0	9	0,48	3	0,16	1	0,05	31	1,65
Всего n = 3584	65	1,81	5	0,14	25	0,70	8	0,22	3	0,08	106	2,96
Достоверность различий	p < 0,001		p < 0,05		p > 0,05		p > 0,05		p > 0,05		p < 0,001	

Таблица 4. Структура осложнений в зависимости от метода ИПБ, %

Характер осложнений	Эндометриит	Остатки плодного яйца	Плацентарный полип	Гематометра	Перфорация матки	Всего
Группа I n=75	62,7%	6,7%	21,3%	6,7%	2,7%	100%
Группа II n=31	58,1%	0%*	29,0%	9,7%	3,2%	100%
Всего n=106	61,4%	4,7%	23,6%	7,5%	2,8%	100%

Примечание * - уровень достоверности различий между группами p < 0,05

ку шейки матки мифепристоном или мизопроустолом, которую рекомендовали нерожавшим женщинам, беременным с рубцом на матке, а также имевшим длительный интервал после предшествовавших родов. Мифепристон в дозе 200 мг назначался за 36–48 часов, а Мизопроустол 400 мкг за 3 часа до манипуляции. С целью профилактики послеабортного эндометрита всем пациенткам проводилось интраоперационное введение антибиотиков, а в случаях высокого инфекционного риска – курсовая антибактериальная терапия. Выполнение ИПБ сопровождалось ультразвуковым контролем качества эвакуации продуктов зачатия. Сразу после манипуляции рекомендовали прием комбинированных оральных контрацептивов (КОК) при отсутствии противопоказаний, назначался контрольный осмотр на 10 – 14 день после аборта.

Нами изучены эффективность и безопасность ИПБ в зависимости от использованной технологии. Осложнения аборта регистрировали в течение последующих 8-10 недель после процедуры. Для проведения сравнительного анализа все беременные были разделены на две группы. В I группу вошли 1708 пациенток, которым прерывание беременности выполнено с помощью дилатации и кюретажа. II группу составили 1876 женщин, у которых использовался метод вакуум-аспирации плодного яйца.

На фоне низкой частоты осложнений хирургического аборта у обследованных в целом (2,96%), установлены статистически значимые различия между группами: общий уровень осложнений при использовании вакуум-аспирации был в 2,7 раза ниже по сравнению с «традиционным» методом дилатации и кюретажа (Таблица 3).

Наиболее существенные различия установлены в отношении частоты эндометрита – 2,75% в первой группе против 0,96% во второй, остатков плодного яйца, потребовавших повторного внутриматочного вмешательства – 0,29% и 0% в I и II группах соответственно. Такие осложнения ИПБ, как перфорация матки, гематометра, плацентарные полипы также чаще наблюдались при использовании кюретки, однако различия не были достоверны. В структуре осложнений хирургического аборта закономерно преобладали эндометриты (61,3%), среди которых тяжелые формы, потребовавшие лечения в условиях стационара составили 15,4%. Второе место в структуре осложнений заняли плацентарные полипы – 23,6%. Последние были удалены через 4 – 6 недель после аборта под контролем гистероскопии, диагноз подтвержден гистологически. Различия в структуре осложнений ИПБ в зависимости от использованной технологии оказались минимальными (Таблица 4).

Выводы

1. Значительная часть беременных, планирующих хирургический аборт, входят в группу высокого риска осложнений ИПБ – подростки, нерожавшие, пациентки с рубцом на матке, женщины с воспалительными заболеваниями нижних отделов гениталий.

2. Использование комплекса профилактических мероприятий у обследованных: санация гениталий, медикаментозная подготовка шейки матки к внутриматочному вмешательству, УЗИ-контроль качества аборта, интраоперационная антибиотикопрофилактика, назначение КОК, позволяет обеспечить высокий уровень безопасности хирургического аборта.

3. Замена «традиционной» технологии дилатации и

кюретажа на вакуум-аспирацию при прерывании беременности в сроках от 6 до 12 недель позволил снизить уровень осложнений в 2,7 раза.

4. В структуре осложнений хирургического аборта преобладают эндометриты независимо от технологии ИПБ. ■

Плотко Е.Э. - к.м.н., Медицинский центр «Гармония», ГОУ ВПО Уральская государственная медицинская академия Росздрава, г. Екатеринбург; автор, ответственный за переписку - Плотко Евгений Эдуардович, 620026, г. Екатеринбург, ул. Тверитина 16, медицинский центр «Гармония», Тел. (343) 354-67-18, e-mail: plotko@garmonia-mc.ru

Литература:

1. Ранние сроки беременности / Под ред. В.Е. Радзинского, А.А. Оразмурадова. - М.: Status Praesens, 2009. - 480 с.
2. Кулаков В.И., Вихляева Е.М., Савельева И.С. и др. Медико-консультативная помощь при искусственном аборте. - М., 2007. - 110 с.
3. Безопасный аборт: Рекомендации для систем здравоохранения по вопросам политики и практики. ВОЗ, 2004. - 138 с.
4. Савельева И.С., Астахова Т.М., Куземин А.А. Современные технологии безопасного аборта // Доступность безопасного аборта и контрацепция: проблемы общественного здравоохранения: Мат. Межд. Семинара. - М. 2005. - С. 106 - 115.
5. Российский статистический ежегодник. - М., 2010. - 813 с.
6. Основные показатели деятельности акушерско-гинекологической службы в Российской Федерации в 2009 году. - М., 2010. - 40 с.
7. Качалова Т.С., Морозов К.В. Клинико-иммунологические аспекты различных методик медицинского аборта // Медицинский альманах, серия «Акушерство и гинекология». - 2008. - №5. - С. 118-120
8. Кирбасова Н.П. Аборт шадящий // Status Praesens - 2009. - №1, - С.69 - 74.
9. Трубиников В.С., Таджиева В.Д., Баратюк Н.Ю. и др. Сравнительная характеристика современных методов прерывания беременности ранних сроков // Вестник Российского университета дружбы народов - 2009. - №7, - С. 175-180.
10. Абрамченко В.В., Гусева Е.Н. Медикаментозный аборт: Руководство для врачей. - СПб: «ЭЛБИ-СПБ», 2005. - 138 с.
11. Дьяков Г.Б., Яроцкая Е.Л., Ерофеева Л.В. Стратегическая оценка политики, программ и услуг в сфере непланируемой беременности, абортов и контрацепции в Российской Федерации // Проблемы репродукции. - 2010. - №3, т.16. - С. 92-107.