

УДК 618.2-055.25

СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ПРОБЛЕМЕ ИСКУССТВЕННОГО ПЕРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)**Петров Ю.А., Байкулова Т.Ю.***ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Ростов-на-Дону,
e-mail: fortis.petrov@gmail.com*

В обзоре подробно приведены мировые данные о материнской заболеваемости и смертности, связанными с искусственным прерыванием беременности, а именно хирургическим абортom. Во всем мире одним из наиболее безопасных методов искусственного прерывания беременности признан медикаментозный аборт. В России широкое внедрение данного метода прерывания беременности до сих пор остается проблематичным, достигая максимально 10-12 процентов с приоритетом коммерческих медицинских центров. Указывается на значительные нарушения в репродуктивной системе после хирургического прерывания беременности. Обращается внимание на необходимость самого пристального внимания врачей к первородящим женщинам с искусственным прерыванием беременности в анамнезе. Отмечается, что ни одно оперативное вмешательство не несет столько опасности для здоровья женщины, как искусственное прерывание беременности. Показано, что отдаленные осложнения (бесплодие, невынашивание беременности, хронические воспалительные заболевания половых органов, эндокринные нарушения, миома матки, эндометриоз) сопровождаются значительным ухудшением репродуктивного здоровья женщин.

Ключевые слова: хирургический аборт, медикаментозный аборт, вакуумный аборт, осложнения аборта**MODERN VIEWS ON THE PROBLEM OF ARTIFICIAL INTERRUPTION OF PREGNANCY (LITERATURE REVIEW)****Petrov Y.A., Baykulova T.Y.***SBEI HPE Rostov State Medical University of Health Service Ministry, Rostov-on-Don,
e-mail: fortis.petrov@gmail.com*

In the review of detailed global data on maternal morbidity and mortality related to abortions, namely surgical abortion. Worldwide one of the most safe methods of abortion recognized as a medical abortion. In Russia, widespread introduction of this method of abortion still remains a challenge, reaching a maximum of 10-12 percent with the priority of commercial medical centers. Indicates significant violations in the reproductive system after a surgical abortion. Attention is drawn to the necessity of the closest attention of the doctors to peroradas women with abortions in anamnesis. It is noted that no surgical intervention is not is so much danger to women's health as abortion. It is shown that long-term complications (infertility, miscarriage, chronic inflammatory diseases of the genital organs, endokrinnye disorders, uterine fibroids, endometriosis) are accompanied by a significant deterioration of women's reproductive health.

Keywords: surgical abortion, medical abortion, vacuum abortion, abortion complications

Материнская заболеваемость и смертность характеризуют статус репродуктивного здоровья женщин [7, 8, 21]. Мировое сообщество оказалось перед острой необходимостью снижения материнской смертности и охраны материнства в целом [32].

По данным ВОЗ, во всем мире в период с 1990 по 2014 год материнская смертность снизилась на 45% [12, 32]. По данным Росстата, показатель материнской смертности в 2013 году составил 11,3 на 100 000 родившихся живыми – зарегистрировано 215 случаев материнской смертности [34].

В развитом обществе медицина располагает специальными знаниями и ресурсами, позволяющими предупредить значительную долю материнских смертей [17, 37]. Ежегодно более 350 тыс. женщин умирают от управляемых осложнений, связанных с беременностью и родами. Основными осложнениями, которые определяют 80%

всех случаев материнских потерь в мире являются: 1) кровотечения; 2) инфекционные осложнения; 3) артериальная гипертензия (преэклампсия и эклампсия); 4) осложненный аборт [18, 46, 47].

Искусственное прерывание беременности угрожает жизни женщин. Материнская смертность после аборта остается высокой [4].

ВОЗ признала аборт серьезной проблемой здравоохранения многих стран. Проблема абортов для России также имеет национальный характер [1, 30]. На территории РФ в год совершается свыше 1 млн абортов (по данным Росстата, в 2013 году 1 млн 12 тыс женщин прервали нежелательную беременность искусственным путем в сроке до 12 нед), больше, чем во всей Европе [34]. Для прояснения масштаба проблемы обратимся к статистике. По данным Eurostat, коэффициент абортов в Швеции составил око-

ло 18 на 1000 женщин 15 – 49 лет (2010 г.), в Болгарии – 18 (2012 г.), в Румынии – 18,5 (2012 г.), в Эстонии – 25,5 (2013 г.) [38]. Количество аборт в России прогрессивно снижается – в 2010 году достигло общевропейского уровня – 28,1 случая [31, 34].

По экспертным оценкам количество аборт в 1,5 – 2 раза больше, чем сообщает официальная статистика, по зарубежным оценкам – в 3 раза [6].

При этом из прервавших беременность каждый второй аборт регистрировался у молодых женщин 20 – 29 лет, находившихся в наиболее репродуктивном периоде, почти 500 россиянок не достигли 15 летнего возраста [30].

В структуре всех искусственных прерываний хирургический аборт (ХА) опережал остальные – 71,6%, ВА – 23,9% искусственных аборт (медикаментозный аборт) МА – 6,1% в 2012 году в России [25]. Требуется также критического анализа привлечение при проведении так называемого «безобидного» мини-аборта в малых сроках беременности кюретки [26].

Практически весь мир уже давно отказался от ХА, признав его «калечущей» операцией. Под термином «surgical abortion» на сегодняшний день в иностранной литературе подразумевается прерывание беременности путем ВА [5]. По данным ВОЗ, мануальная вакуумная аспирация (ВА) – безопасный, дешевый способ прерывания беременности в сравнении с кюретажем [19, 28].

МА является одним из наиболее безопасных методов искусственного прерывания беременности, который с 1988 г. внедрен в медицинскую практику в мире, а с 1999 г. – и в нашей стране [1, 27]. Статистика свидетельствует о растущем в мире с каждым днем предпочтении МА [26]. В некоторых странах Европы доля медикаментозного прерывания беременности достигает 60%, во Франции – до 80%. В Америке каждый пятый аборт осуществляется медикаментозным способом. В России широкое внедрение данного метода прерывания беременности до сих пор остается проблематичным, достигая максимально 10 – 12% с приоритетом коммерческих медицинских центров [26].

Таким образом, медико – социальная значимость аборт в России определяется его высокой распространенностью, значительным вкладом в структуру гинекологической заболеваемости, материнской смертности и демографических потерь [30].

Влияние искусственного прерывания беременности на здоровье женщины. Наличие аборт в анамнезе указывает на зна-

чительные нарушения в репродуктивной системе. Поэтому первородящие женщины с искусственным прерыванием беременности в анамнезе требуют самого пристального внимания врачей.

Большинство зарубежных и отечественных авторов считают, что ни один аборт не проходит бесследно для здоровья женщины и является главным повреждающим фактором репродуктивной системы [2, 6, 15]. Однако не все авторы сходятся к мнению об отрицательном влиянии искусственного прерывания беременности на репродуктивное здоровье. Так, по мнению ряда зарубежных авторов, аборт в анамнезе не оказывает существенного влияния на здоровье женщины [43, 49]. По данным исследования, проведенного в Финляндии с 2000 – 2012 гг., один аборт не оказывает негативного действия на репродуктивную функцию женщины [43]. Систематический обзор и мета-анализ, проведенный Shah P.S., Zao J. (2011), также продемонстрировали отсутствие отрицательного влияния искусственного прерывания беременности на репродуктивное здоровье женщины, в то же время, обратив внимание на зависимость осложнений беременности от количества произведенных аборт [49].

Однако, по мнению отечественных авторов, ни одно оперативное вмешательство не несет столько опасности для здоровья женщины, как искусственное прерывание беременности [4, 7, 16, 25, 28]. Осложнения после аборт развиваются у каждой третьей женщины, их частота варьирует в пределах 16 – 55%. Риск возникновения отсроченных осложнений (воспалительные заболевания гениталий, несостоятельность шейки матки, гематометра) значительно превышает аналогичный показатель ранних (кровотечение, перфорация стенок матки), составляя соответственно 10 – 35% и 5 – 18% [9, 10, 14]. Отдаленные осложнения (бесплодие, невынашивание беременности, хронические воспалительные заболевания половых органов, эндокринные нарушения, миома матки, эндометриоз) сопровождаются значительным ухудшением репродуктивного здоровья женщин [20, 23, 33]. Частота гинекологических заболеваний у женщин, первая беременность которых закончилась искусственным аборт, достигала 58,7%, что практически в полтора раза превышала популяционный показатель [24, 28]. Кюретаж стенок матки неминуемо травмирует ткани, провоцируя воспалительный ответ, который в большинстве случаев имеет предпосылки стать хроническим. Аутоиммунные реакции зачастую оказывались основной причиной нарушения имплан-

тации, невынашивания и бесплодия [2, 13, 29, 35]. Значительное увеличение количества неразвивающихся беременностей, самопроизвольных прерываний гестации за последнее десятилетие также является следствием ХА [3, 11, 29, 38]. Считают, что данные потери обусловлены, главным образом, хромосомными аномалиями или пороками развития, в 60% случаев вызванными патологией blastogenesis, вследствие морфофункциональных нарушений в эндометрии, возникших после аборта [11, 28].

В этом контексте очень интересны результаты морфологического исследования биопсийного материала, собранного у женщин на 13–14 день после различных методов аборта [40]. Так, после кюретажа полости матки отмечались атрофия функционального слоя эндометрия, выраженные дистрофические и некротические изменения, фиброзирование стромы, а также диффузные воспалительные явления. Вышеперечисленные патологические изменения свидетельствуют о высокой степени травмы и резком замедлении регенеративных процессов эндометрия, вызванные выскабливанием слизистой матки. В сравнении с ХА при морфологическом исследовании биопсийного материала, собранного после ВА, наблюдалось более выраженное, но неравномерное восстановление маточного эпителия. Дистрофические, некробиотические и воспалительные явления также менее выражены в сравнении с кюретажем стенок матки. Следовательно, ВА является менее травматичным способом прерывания беременности, чем ХА, тем не менее обладает все-таки некоторым повреждающим действием на слизистую оболочку матки. Заслуживает внимание то, что в ходе гистологического исследования пайпель – биоптатов после МА установлено незначительное отставание регенерации маточного эпителия, к моменту биопсии слизистая оболочка матки полностью была эпителизирована.

Таким образом, вышеизложенное еще раз подтверждает то, что для реализации последующей репродуктивной функции важное значение имеет метод искусственного прерывания беременности.

По результатам многочисленных исследований авторы пришли к заключению, что несмотря на меньшую эффективность МА (90 – 94%) в сравнении с инструментальным удалением плодного яйца (94,5 – 100%), МА позволяет избежать рисков, связанных с хирургическим вмешательством [2, 10, 59]. Однако, в литературе все же встречаются работы, в которых отражено не только большое количество осложнений после

МА, но и то, что частота таких осложнений как самопроизвольный выкидыш, эктопическая беременность, преждевременные роды значительно превышала аналогичные после ХА и ВА или развивалась в равной степени [2]. Так, согласно сравнительному анализу течения родов у женщин после МА и ХА, китайскими исследователями выявлена одинаковая частота предлежания, прикрепления плаценты и частая преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП) [48].

По мнению ряда авторов, при прерывании беременности с помощью ВА, достоверно меньше наблюдались такие осложнения ХА как кровотечения, перфорация матки [5, 25]. Так, А.К. Боронбаев (2011) в своем исследовании среди осложнений отметил кровотечение во время операции в 1,5% случаев при ВА (для сравнения – в 3,5% наблюдений при ХА); гематометра развивалась в 0,3% и 0,9% наблюдений соответственно; остатки продуктов зачатия – 1,4% и 3,5%; метроэндометрит – 3,6% и 5,1%; сальпингоофорит – 2,5% и 3,2% [2]. Так, в результате ретроспективного анализа безопасности этих двух методов, проведенного в США, установлено, что частота осложнений после ВА в несколько раз меньше, чем после ХА [45].

Также представляют большой интерес исследования, посвященные сравнительному анализу безопасности и эффективности ВА и МА. Результаты 16 систематических обзоров продемонстрировали одинаковую эффективность и безопасность медикаментозного и вакуумного прерывания беременности с задержкой очередной менструации до 49 дней [41]. Также, по результатам исследования, проведенного в Финляндии в 2000 – 2012 гг., не выявлено статистически значимых различий по развитию осложнений, влияния на репродуктивное здоровье, течение и исходы последующей беременности при проведении ВА и МА [43].

МА давно уже признан мировым сообществом [36, 39]. МА позволяет значительно снизить общую частоту осложнений и избежать многих рисков ХА (риски и осложнения анестезиологического пособия, перфорация матки, инфекции, отсроченные осложнения) [42, 44].

Основываясь на данных доказательной медицины и мировом опыте, ВОЗ были предложены следующие методы искусственного аборта на ранних сроках беременности:

– медикаментозный метод с использованием мифепристона и одного из простагландинов. Метод эффективен при сроке до 6 недель аменореи (степень доказатель-

ности А) и продолжает обсуждаться возможность применения метода при сроке до 7 – 9 недель аменореи (степень доказательности А). Адекватное консультирование и последующий уход повышают надежность и приемлемость данного метода;

– ВА – хирургический метод, приемлемый при сроке беременности 7 – 12 недель (степень доказательности В) [29, 46, 47].

Резюмируя вышеизложенное, + новые малоинвазивные технологии прерывания беременности уменьшают травматизацию эндометрия, в связи с чем могут рассматриваться как условно безопасные. Таким образом, широкое внедрение в практику МА и ВА на ранних сроках является одним из важных методов сохранения репродуктивного здоровья у ППБ.

Список литературы

1. Акушерство. Национальное руководство / Под ред. Э.К. Айламазяна, В.Н. Серова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 1200 с.
2. Боронбаев А.К. Репродуктивный потенциал женщин, перенесших различные виды медицинского аборта: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – Казань, 2011. – 24 с.
3. Ветров В.В., Васильев В.Е., Иванов Д.О., Бараташвили Г.Г., Петров Ю.А. Синдром гиперстимуляции яичников (клиническое наблюдение) // Детская медицина Северо-Запада. – 2012. – Т. 3. – №2. – С. 61-65.
4. Дикке Г.Б. Материнская смертность и заболеваемость после аборта. Резервы медицинской помощи женщинам / Г.Б. Дикке // Status praesens. – 2012. – № 7. – С. 60-66.
5. Дикке Г.Б. Инфекционные осложнения при искусственном прерывании беременности. Вызов современной медицине / Г.Б. Дикке // Status Praesens. – 2013. – № 11. – С. 51-56.
6. Инновации в акушерстве и гинекологии с позиций доказательной медицины. Пост-релиз и материалы научной программы информационно-образовательного семинара «Репродуктивный потенциал России» (Москва, декабрь 2012 года). – М.: Status Praesens, 2013. – С. 3.
7. Качество оказания медицинской помощи женщинам при аборте: нерешенные вопросы: пособие для врачей / Сост. В.Н. Серов и др.; Росс. о-во акушеров-гинекологов. – М., 2011. – 62 с.
8. Костин И.Н. Резервы снижения репродуктивных потерь в Российской Федерации: Автореф. дисс. ... д-ра мед. Наук. – М., 2012. – С. 49.
9. Кузнецова И.В. Плановая контрацепция-простой путь к снижению распространенности аборта / И.В. Кузнецова // Status praesens. – 2011. – № 2. – С. 34-38.
10. Мальцева Л.И. Последствия абортов – как избежать инфекции? / Л.И. Мальцева // Status praesens. – 2011. – № 64. – С. 32-39.
11. Милованов, А.П. Причины и дифференцированное лечение раннего невынашивания беременности: Руководство для врачей / А.П. Милованов, О.Ф. Серова. – М.: МДВ, 2011. – 228 с.
12. Министерство Здравоохранения Российской Федерации. Методическое письмо «О материнской смертности в Российской Федерации в 2012 году». – М., 2013. – 34 с.
13. Ордянец И.М. Особенности второй волны инвазии цитотрофобласта у беременных с осложненной и нормально протекающей беременностью / И.М. Ордянец, А.В. Джабиева, А.А. Джабиева, Т.В. Смирнова // Вестник РУДН. Серия «Медицина. Акушерство и гинекология». – 2012. – № 6. – С. 193-197.
14. Петров Ю.А. Оценка адаптационного и иммунного резерва женщин с хроническим эндометритом в зависимости от объема реабилитационной терапии // Валеология. – 2016. – № 2. – С. 35-39.
15. Петров Ю.А. Роль микробного фактора в генезе хронического эндометрита // Кубанский научный медицинский вестник. – 2016. – № 3. – С. 113-118.
16. Петров Ю.А. Возможности таргетной терапии хронического эндометрита с учетом патоморфотипа / Петров Ю.А., Радзинский В.Е., Калинина Е.А., Широкова Д.В., Полина М.Л. // Медицинский вестник Юга России. – 2015. – № 4. – С. 71-75.
17. Петров Ю.А. Семья и здоровье. – М.: Медицинская книга, 2014. – 312 с.
18. Петров Ю.А. Хронический эндометрит в репродуктивном возрасте: этиология, патогенез, диагностика, лечение и профилактика: автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. – М., 2012. – 47с.
19. Петров Ю.А. Информативность гистероскопии в диагностике хронического эндометрита при ранних репродуктивных потерях // Фундаментальные исследования. – 2012. – № 1-1. – С. 85-88.
20. Петров Ю.А. Эффективность сонографической диагностики хронического эндометрита // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Медицина. – 2011. – № 55. – С. 248-253.
21. Петров Ю.А. Сонографические аспекты диагностики хронического эндометрита при ранних репродуктивных потерях // Казанский мед. журн. – 2011. – Т. 92, № 4. – С. 522-525.
22. Петров Ю.А. Нюансы иммунологической перестройки при хроническом эндометрите // Валеология. – 2011. – № 4. – С. 44-50.
23. Петров Ю.А. Микробиологические детерминанты хронического эндометрита // Известия высших учебных заведений. Северо-Кавказский регион. Серия: Естественные науки. – 2011. – № 6. – С. 110-113.
24. Попова, Ю.Н. Анатомо-морфологическое состояние эндометрия у женщин после медикаментозного аборта: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук: 14.01.01 / Попова Юлия Николаевна. – Пермь, 2012. – 24 с.
25. Плотко Е.Э. Может ли хирургический аборт быть безопасным? / Е.Э. Плотко // Уральский медицинский журнал. – 2011. – № 4(82). – С. 103-107.
26. Плотко Е.Э. Прогнозирование, профилактика, диагностика и лечение осложнений искусственного прерывания беременности: Автореф. дисс. ... д-ра мед. наук – М., 2013. – 48 с.
27. Плотко Е.Э. Совершенствование схемы медикаментозного аборта / Е.Э. Плотко // Акушерство и гинекология. – 2013. – № 3. – С. 107-109.
28. Радзинский В.Е. Акушерская агрессия / В.Е. Радзинский. – М.: Изд-во журнала Status praesens, 2011. – 685с.
29. Радзинский В.Е. Репродуктивное здоровье: учебное пособие / Под. ред. В.Е. Радзинского. – М.: РУДН, 2011. – 728 с.
30. Радзинский, В.Е. Российский путь от аборта к контрацепции. Выбор российских женщин: как мы можем на него повлиять? / В.Е. Радзинский // Status Praesens. – 2011. – № 02. – С. 6.
31. Радзинский В.Е. Статистическое зеркало нации. Репродуктивное здоровье и демографические показатели РФ в 2012 году / В.Е. Радзинский, И.Н. Костин, М.П. Архипова // Status Praesens. – 2014. – № 01. – С. 9-17.
32. Радзинский В.Е. По материалам информационного бюллетеня ВОЗ о материнской смертности / В.Е. Радзинский, И.Н. Костин, Т.А. Добрецова // Status Praesens. – 2014. – № 06. – С. 11-19.
33. Савельева И.С. Снижение риска инфекционных осложнений при искусственном прерывании беременности и возможности последующей реабилитации / И.С. Савельева

- ва, Е.Э. Плотко, М.К. Байкова // Акушерство и гинекология. – 2011. – № 7-1. – С. 67–72.
34. Федеральная служба государственной статистики – Росстат. URL: <http://www.gks.ru>.
35. Широкова Д.В., Калинина Е.А., Полина М.Л., Петров Ю.А. Морфофункциональная вариабельность эндометрия как основа дифференцированного лечения бесплодия // Соврем. проблемы науки и образования. – 2015. – № 6-0. – С. 270.
36. Acceptability and safety profile of oral and sublingual misoprostol for uterine evacuation following early fetal demise / D.S. Kushwah et al. // Indian J. Pharmacol. 2011. – Vol. 43, N 3. – P. 306 – 310.
37. Ban Ki-moon. The global strategy for women's and children's health. N.Y., USA: United Nations, 2010. 20 p.
38. Cousens S., Breimann C., Honegger C. et al. National, regional and worldwide estimates of stillbirth rates in 2009 with trends since 1995: a systematic analysis // Lancet. – 2011. – Vol. 16, № 377(9774). – P. 1319-1330.
39. Dayananda I., Winikoff B., Hassoun D. et al. «Safe abortion» // Lancet. – 2011. – № 30. – P. 92-95.
40. Ghulmlyah L., Sibai B. Maternal mortality from preeclampsia/eclampsia // Semin. Perinatol. – 2012. – Feb. Vol. 36(1). – P. 56-59.
41. Imdesen S.L., Rahu K., Torre A. et al. Immediate versus delayed medical treatment for first-trimester miscarriage: a randomized trial // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2012. – Vol. 206, N3. – P. 215-224.
42. Kalantaridou S.N. Early pregnancy termination with vaginal misoprostol before and after 42 days gestation // Hum. Reprod. – 2012. – Vol. 17. – P. 3079-3083.
43. Klemetti R., Gissler M., Niinimäki M. et al. Birth outcomes after induced abortion: a nationwide register-based study of births in Finland // Hum. Reprod. 2012. – 27. – P. 3315–3320.
44. Kopp Kallner H., Fiala C., Gemzell-Danielsson K. Assessment of significant factors affecting acceptability of home administration of misoprostol for medical abortion // Contraception. 2012. – Vol. 85, N 4. – P. 394 – 397.
45. Nanda K., Peloggia A., Grimes D. et al. The Cochrane Library, Issue 2.
46. Pattinson R., Say L., Souza J.P. et al. WHO maternal death and near-miss classifications // Bulletin of the World Health Organization. – 2012. – Vol. 87, № 10. – P. 734-736.
47. Say L., Robson S.C., Kelly T.U. et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis // Lancet. – 2014. – Vol. 2. Issue 6. – P. 323-333.
48. Sedgh G., Singh S., Shah I.H. et al. Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008 // Lancet. – 2012. – № 379. – P. 625–632.
49. Shah P.S., Zao J. Induced termination of pregnancy and low birth weight and preterm birth: a systematic review and meta-analyses // B.J.O.G. – 2011. – № 116. – P. 1425–1442.