



аборт: от ажитации к зрелым размышлениям

Материнская смертность и заболеваемость после аборта.
Резервы медицинской помощи женщинам



Авторы: Галина Борисовна Дикке, докт. мед. наук, проф.

Копирайтинг: Ольга Катаева

В интервью газете «Бийские ведомости» от 3 марта 2011 года главный внештатный акушер-гинеколог г. Бийска Т.И. Рыкунова отметила: «...ни один аборт не проходит бесследно для здоровья женщины и является главным повреждающим фактором репродуктивной системы... Аборт сопровождается многочисленными осложнениями: безопасного аборта не бывает. Прерывание беременности угрожает жизни женщины. Материнская смертность после аборта составляет 63% всех случаев материнской смертности...»⁰.

На первый взгляд, статистика действительно свидетельствует о высоком количестве абортов и тяжести их последствий, среди которых, прежде всего, — снижение репродуктивного здоровья и материнская смертность^{10,11}. При этом *a priori* подразумеваются осложнения искусственного прерывания беременности, проведённого по желанию женщины в сроке до 12 нед.

Вывернутая статистика

А между тем здесь есть пища для размышлений. В российской статистике под абортом понимают всю совокупность прерываний беременности в сроках **до 28 нед** (с 2012 года до 22 нед): прерывание беременности по медицинским и социальным показаниям, самопроизвольные, криминальные и внебольничные аборт. То есть **все**. И если «копнуть глубже» по связи материнской смертности и легальных абортов по желанию женщины^{10,11}, то получится немного иная картина.

Так, в 2003–2009 годах после всех видов прерывания беременности в среднем за год умирало около 100 женщин (125 — в 2003 году, 76 — в 2006 году, 93 — в 2009 году), что в структуре материнской смертности составляло 25,5, 19,6 и 20,3% соответственно. При этом доля умерших женщин от медицинского (легального) аборта до 12 нед за этот период составила лишь 4%, а за 2008–2009 годы и того меньше — 1,1% (по одному случаю в год).

Какая же разновидность прерывания беременности вносит максимальный вклад в материнскую смертность? Нет, это не искусственные аборт до 12 нед. На протяжении последних 10 лет более трети всех летальных исходов, записанных в статистику аборт, были связаны с прерыванием беременности по медицинским показаниям во II триместре:

[Если за год в российских ЛПУ не будет проведено ни одного искусственного аборта, мы сможем предотвратить в год лишь одну материнскую смерть.]

в 2009 году — 49,5%, в 2010 году (см. с. 88) — 48,6%. Ещё 10–20% (а в 2009 году 23,6%) смертельных случаев произошли при самопроизвольных прерываниях беременности и ещё четверть — при криминальных и внебольничных абортах (суммарно в 2009 году 25,8%).

При этом около половины женщин (в 2009 году 53,8%) погибают при абортах в сроках 22–27 нед, что вполне объяснимо — именно у этой группы беременных осложнения возникают наиболее часто и протекают наиболее тяжело (см. ниже).

В динамике за довольно непродолжительный период времени, всего за 4 года (с 2006 по 2009 год), в структуре материнской смертности в результате осложнений доля аборта по медицинским показаниям выросла в 1,5 раза (с 32,9 до 49,5%), а самопроизвольного — в 2 раза (с 11,9 до 23,6%), причём женщины именно этих групп составили 88% умерших в сроках 22–27 нед.

И вот в качестве действенной меры по снижению материнской смертности в целом на высоком политическом уровне предлагается ограничить доступность медицинских аборт для населения. Оправдано ли это с точки зрения статистики? Не вполне. Если на протяжении года в стенах российских лечебных учреждений не будет проведено ни одного искусственного аборта, то даже тогда (при условии, что не «подскачат» внебольничные аборт, а это случится в обязательном порядке) мы сможем в год предотвратить лишь один случай материнской смертности.

Обсуждая приведённые выше данные, интересно оценить динамику материнской смертности не за 3–5 лет, а за 10–15. Что существенно изменилось за этот период? Результаты исследования 1999 года в России²⁵ показали, что материнская смертность в I триместре составляла 0,54 случая на 100 тыс. аборт, что близко к аналогичному показателю в других странах (США — 0,4). В 2009 году этот показатель

составил уже 0,1 на 100 тыс. аборт, что в целом можно расценивать как большой успех.

Материнская смертность во II триместре беременности 13 лет назад составляла 11,5 случаев на 100 тыс. различных аборт (США — 6,9) и за прошедшее время она снизилась до 8,0, что также отражает рост качества медицинской помощи в стране. Невероятно, но факт: для прерываний беременности по медицинским показаниям этот параметр в 2009 году составил 153,3 на 100 тыс. аборт. А это уже уровень небезопасных аборт! Лишь 6,6% общего числа аборт 1999 года было проведено или случилось во II триместре и 4,6% — в 2009 году, однако именно эти пациентки обеспечили 76% и 93% совокупного числа женщин, умерших от осложнений аборт.

Исследователи совместного проекта МЗСР РФ и ВОЗ²⁵ в своё время, в 1999 году, отмечали, что причины таких российских особенностей аборт заключаются в том, что многие женщины решаются на искусственное прерывание беременности в достаточно поздние сроки, когда риск высок уже в силу чисто физиологических причин. Среди других российских предпосылок к высокой материнской смертности авторы называли низкую квалификацию медицинского персонала, недостаточную техническую оснащённость и устаревшие методы, что ещё в 1999 году требовало принятия незамедлительных действенных мер в области права и общественного здравоохранения. Однако за прошедшие со времени данного исследования годы мало что изменилось, о чём свидетельствует ещё более масштабное исследование, проведённое в 2008 году при участии экспертов ВОЗ^{*3,15}.

I триместр: проблема метода

Тем не менее зависимость материнской смертности и частоты осложнений при аборт (и после него) от срока беременности есть. И зависимость эта очень серьёзна. Мировые исследования⁹ делают следующие выводы: частота материнской за-

Из «Акушерской агрессии»

Несмотря на то, что мы всей страной якобы боремся с абортами (якобы — потому что декларируют всегда и всюду: «аборт страшен, аборт вреден, аборт приводит к нежелательным последствиям»), тем не менее, в системе обязательного медицинского страхования хирургический аборт остаётся единственным декларированным бесплатным средством регулирования рождаемости. Никаких других методов планирования семьи государственная медицина не предлагает.

Самое главное, хирургический метод прерывания беременности должен быть категорически отвергнут, ибо он, как ни одно другое вмешательство, способен искалечить не только здоровье женщины, но и всю жизнь. В.Е. Радзинский (2010 г.)¹⁴

* (см. журнал SP №1[4], статья «От кюрокеты до таблетки».

[Если говорить об осложнениях аборта I триместра, то самым действенным методом их минимизации следует признать отказ от хирургического аборта в пользу других, более безопасных методов, и в первую очередь — медикаментозного.]

болеваемости прямо пропорциональна сроку беременности. Риск перфорации при хирургическом аборте увеличивается на 20% на каждые 2 нед гестации, частота других осложнений — в 1,5 раза, а у первобеременных — в 3 раза.

Ещё одно общее правило: количество и тяжесть осложнений наиболее высоки там, где не хватает служб планирования семьи и ограничена доступность этого вида помощи женщинам, что провоцирует их на поиск возможностей внебольничного аборта. Напротив, по заключению ведущих экспертов, квалифицированно выполненный искусственный аборт тяжёлые и отдалённые осложнения вызывает редко⁹.

Другие важные факторы, которые могут повлиять на риск осложнений, — вид анестезии, общее состояние здоровья женщины, метод аборта (см. таблицу), а также навыки и подготовка медицинского персонала¹.

Дилатация шейки матки и кюретаж (хирургический аборт, по российской терминологии) — действительно потенциально опасный метод, в первую очередь из-за риска перфорации матки, ранения внутренних органов, повреждения эндометрия. Он не используется

в развитых странах с 60-х годов прошлого столетия. Там отдают предпочтение так называемым безопасным технологиям прерывания беременности — вакуум-аспирации и медикаментозному аборту. В России же именно хирургический метод преобладает и по сей день (65% в 2009 году). По сведениям Директора департамента развития помощи матерям и детям МЗ РФ 2003 года проф. О.В. Шараповой, «...частота осложнений после аборта* колеблется от 16 до 52%, при этом поздние осложнения, преимущественно более тяжёлые, значительно превышают ранние (10–35% и 5–18% соответственно)»¹⁷.

Уровень же ранних осложнений при вакуумной аспирации до 20 дней задержки менструации, по российским данным, составил 2,2%, поздних — 4,13%, в 6–12 нед — 6,6 и 14,6% соответственно²⁴. Частота осложнений после медикаментозного аборта в среднем по России составляет 5–7%, из них примерно 3% требуют завершения аборта вакуум-аспирацией⁸.

Таким образом, если говорить об осложнениях аборта I триместра, то самым действенным методом их минимизации

следует признать отказ от хирургического аборта в пользу двух других, более безопасных методов, и в первую очередь — медикаментозного.

II триместр: проблема как таковая

Прерывание беременности в поздних сроках заслуживает отдельного разговора. Независимо от причин, самой распространённой методикой остаётся интраамниональное введение гипертонического раствора или простагландина F_{2α}. Осложнения при данном виде аборта — наиболее частые и тяжёлые. Неудивительно, что и материнская смертность демонстрирует ту же тенденцию!

По данным совместного проекта МЗСР РФ и ВОЗ^{5,15} 2008 года, прерывание беременности в поздних сроках в России осуществляется тремя не вполне оптимальными методиками.

1. Интраамниональное введение гипертонического раствора.
2. Интра- или экстраамниональное введение простагландинов.
3. Внутривенное введение больших доз окситоцина с последующим выскабливанием полости матки большой кюреткой.

Все три метода отнесены экспертами ВОЗ к устаревшим и не рекомендуются к использованию¹. Лишь иногда в России (по показаниям) применяют малое кесарево сечение. А вот медикаментозный аборт — оптимальный способ прерывания беременности II триместра — используют в единичных учреждениях в рамках научно-исследовательских программ; метод дилатации и эвакуации не применяют вовсе.

В то же время при медикаментозном аборте (как в I, так и во II три-

* Имелся ввиду, конечно, преимущественно хирургический аборт, поскольку даже в 2005 году медикаментозный составлял лишь 0,9% всех проведённых прерываний беременности.

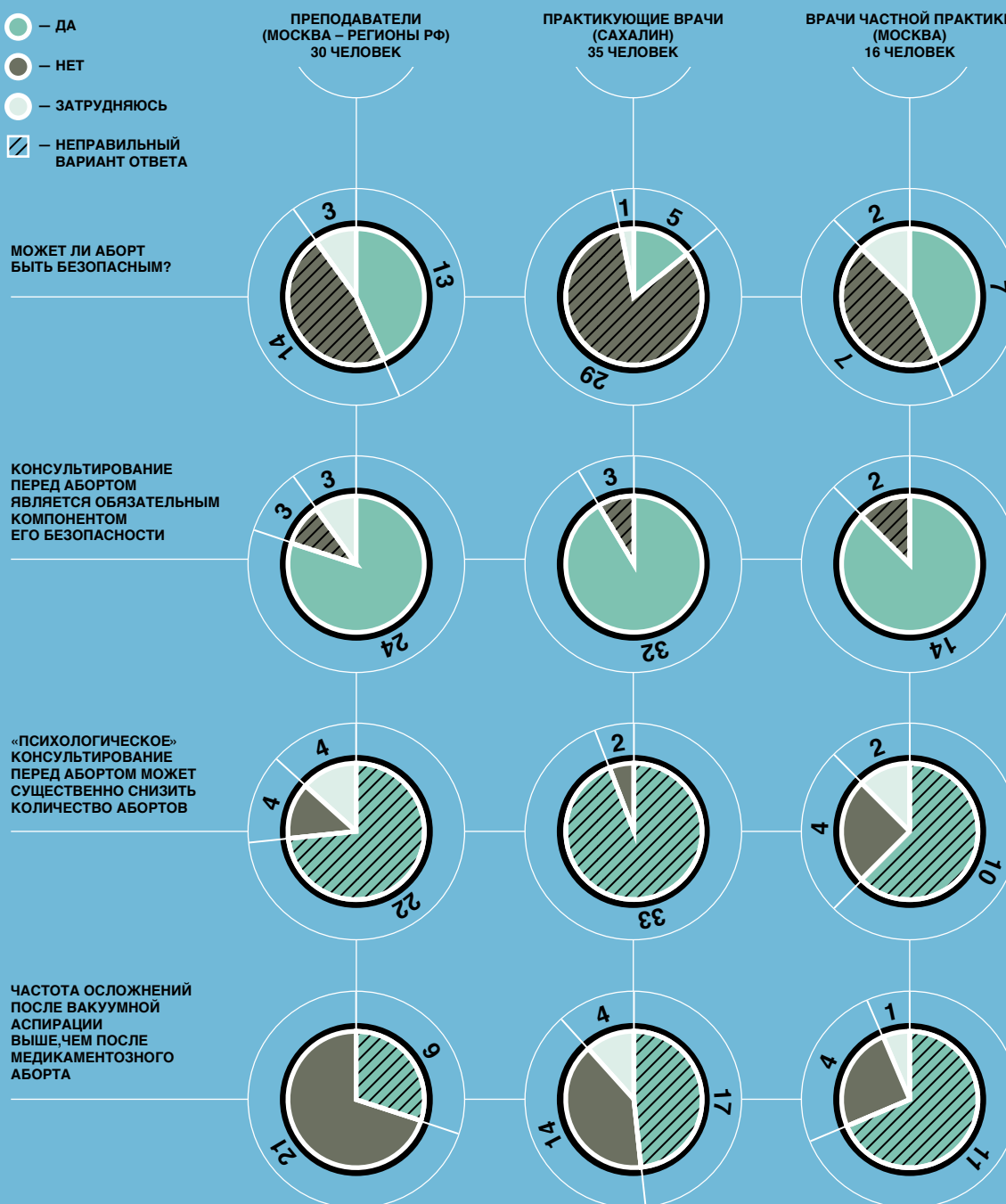
Ранние осложнения после хирургических и медикаментозного абортов в I триместре (% от общего числа вмешательств)

Осложнения	Хирургический аборт	Вакуумная аспирация	Медикаментозный аборт
Инфекционно-воспалительные	0,1–8	0,1–0,9	0,09–0,5
Повреждения шейки матки	0,6–1,2	0–0,05	0
Перфорация	0,2–0,4	0,02–0,03	0
Неполный аборт	0,3–2	<2	1,8–2,9
Кровотечение, потребовавшее переливания крови	0,2–0,3	0,1–0,25	0,09–0,25
Продолжающаяся беременность	0	0	0,7–1,1
Общая частота ранних осложнений	8–13	0,1–3,2	3–4,75

БЕЗОПАСНЫЙ АБОРТ

(I ТРИМЕСТР) – ВХОДНОЙ ТЕСТ

- ДА
- НЕТ
- ЗАТРУДНЯЮСЬ
- НЕПРАВИЛЬНЫЙ ВАРИАНТ ОТВЕТА





местре) положительный эффект достигается в среднем в 97% случаев⁴. А материнская смертность от медикаментозного прерывания беременности во всех разрешённых (за рубежом) сроках (в I триместре до 9 нед, в поздних сроках — в 13–22 нед) не превышает 0,9 на 100 тыс. вмешательств¹.

Таким образом, медикаментозный аборт во II триместре, — это реальный шанс снизить материнскую смертность.

Метод дилатации и кюретажа по сравнению с интраамниональным введением растворов, по результатам когортных исследований, сопряжён с меньшим риском для беременной⁶. При условии адекватной подготовки шейки матки хирургические аборт в сроках 22–27 нед безопаснее, быстрее и экономически эффективнее.

В стремлении снизить материнскую смертность и заболеваемость именно на аборт II триместра желательно направлять все организационные усилия. Совершенствование качества медицинской помощи при прерывании беременности II триместра дало бы шанс выживать ежегодно нескольким десяткам женщин.

Репродуктивное будущее

Данные об отдалённых последствиях абортов в рандомизированных клинических испытаниях (база данных Кокрейна) отсутствуют. Однако существуют серьёзные исследования, доказывающие связь классических дилатации и кюретажа с нарушением репродуктивной функции в будущем. Так, в исследованиях EUROPOP¹⁸, Shaf P.S.et al.³¹ и Swingle H.M.³² показано, что один хирургический аборт в анамнезе увеличивает риск преждевременных родов на 36%, а два и более аборта — на 93%. Кроме того, в этих обстоятельствах повышаются риск низкой массы тела при рождении на 35 и 93% и предлежания плаценты — на 28 и 101% соответственно³³. После вакуумной аспирации все эти показатели практически не отличаются от таковых у женщин без аборта в анамнезе^{22,27}.

Медикаментозный аборт не увеличивает риск внематочной беременности,

Осложнения прерывания беременности в поздних сроках

Вид осложнения	Интраамниональное введение гипертонического р-ра или простагландина F _{2α} ¹⁰	Медикаментозный аборт	
		Отечественные данные ¹⁰	Зарубежные данные ¹¹
Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты	5,0	0,7	Нет данных
Кровопотеря (превышающая 0,5% массы тела)	10,0	0,7	1
Эндометриит	4,5	0,0	3
Разрывы шейки матки	12,5	0,0	Нет данных
Разрыв матки	0,0	0,0	0,1–0,2
Остатки плацентарной ткани	2,0	0,0	2,5
Субинволюция матки	3,0	1,3	Нет данных
Всего	36,0	2,7	6,7

Головокружение от успехов

Согласно сведениям, представленным в Письме МЗСР РФ от 21 февраля 2011 года №15-4/10/2-1694 «О материнской смертности в РФ в 2009 году», мониторинг реализации Приказа Минздравсоцразвития №389 (2007)¹³ показал, что число женских консультаций, имеющих в штате социальных работников, с 2007 по 2009 годы увеличилось с 211 (12,7% общего числа женских консультаций) до 333 (20,3%), с наличием в штате психологов — с 439 (26,3%) до 546 (33,4%) соответственно. Сводка числа женских консультаций, в составе которых организованы кабинеты психологов и социальных работников, приведена в таблице. По мнению автора, готовившего данный документ, результатом деятельности этой службы стала положительная динамика абортотемпов: «...в субъектах РФ, в которых более 15% женских консультаций имели кабинеты медико-социальной помощи (29 субъектов), общее число абортотемпов за период 2006—2009 годы снизилось на 21,2%, а в регионах, где они отсутствовали или составляли менее 15% (54 субъекта) — на 15,1%».

Однако Приказ о создании указанных кабинетов был издан во второй половине 2007 года и на показатели 2006 и даже 2007 года оказать влияния ещё не мог. Поэтому в таблице сравниваются темпы снижения количества абортотемпов до его выхода и после.

Как видно из таблицы, в большинстве федеральных округов произошло снижение темпов сокращения числа абортотемпов при сравнении показателей по 3-хлетним периодам — в 2005—2007 годах и в 2008—2010 годах. Увеличение темпов снижения числа абортотемпов произошло только в трёх федеральных округах, причём в тех, где эта служба оказалась менее развита. При анализе по областям заметное снижение количества абортотемпов отмечается только в двух из них — Волгоградской (в 1,7 раза) и Воронежской (в 1,2 раза), в остальных темпы снижения абортотемпов суммарно уменьшились в 1,37 раз.

По-видимому, на снижение числа абортотемпов влияют какие-то иные факторы.



Укомплектованность учреждений РФ социальными работниками и психологами, темпы снижения количества абортотемпов

Регионы	Укомплектованность женских консультаций социальными работниками, абс. % ³	Укомплектованность женских консультаций психологами, абс. % ³	Снижение числа абортотемпов на 1000 женщин фертильного возраста, % ²	
			2005—2007 годы	2008—2010 годы
По федеральным округам				
Центральный	32 (7,7%)	Нет данных	12%	14,3%
Приволжский	119 (38,9%)	139 (45,4%)	13,6%	12,9%
Северо-Западный	25 (15,2%)	Нет данных	13%	15,3%
Уральский	23 (15,6%)	57 (39,3%)	11,2%	10,5%
Сибирский	92 (34,3%)	121 (45,1%)	10,4%	8,0%
Дальневосточный	14 (17,5%)	30 (37,5%)	12,9%	10,9%
Южный	19 (7,3%)	49 (18,5%)	7,9%	20,1%
РФ	333 (20,3%)	546 (33,4%)	12,3%	12,7%
По отдельным областям (наиболее укомплектованным)				
Самарская	54	54	14,2%	12,3%
Красноярский	38	36	14,5%	6,7%
Омская	16	16	21,2%	11,6%
Волгоградская	9	19	8,8%	15,2%
Свердловская	9	17	5,7%	5,8%
Воронежская	Нет данных	21	15,1%	18,9%
Челябинская	14	17	15,8%	15,6%

выкидыша, преждевременных родов или низкого веса новорожденного независимо от гестационного срока³⁴. И опять напрашивается вывод о предпочтительности медикаментозного аборта.

Вторичное бесплодие в исходе прерывания беременности возникает гораздо чаще при внебольничных абортах, осложнившихся тяжёлыми инфекциями.

[Если представить, что хотя бы четверть хирургических абортотворцев заменены медикаментозными, то более 400 млн руб. в год останутся в российском бюджете.]

Консультирование как основа всего

По заключениям экспертов, один из основополагающих факторов при оказании медицинской помощи женщине, решившейся на аборт, — полноценное консультирование¹. В России этой части работы врачи традиционно уделяют очень мало внимания. Консультирование до и после аборта, предусмотренное Приказом МЗ РФ №484 (от 14.10.2003 года), на сегодня фактически сведено к минимуму. Так, по данным Н.Н. Бушмелёвой, в целом качественная работа на всех этапах оказания помощи при прерывании беременности установлена лишь в 18,3%².

Тем не менее опыт развитых стран показывает, что женщины, обращающиеся за абортотворением, нуждаются не столько в «консультировании» относительно своего решения (изменить его удаётся крайне редко, хотя шансы на успех всё же есть²⁰!), сколько в подробной информации об абортотворении и контрацепции, а также в психологической поддержке в стрессовой ситуации, вызванной необходимостью прервать наступившую беременность¹.

Со второй половины 2007 года в женских консультациях в соответствии с Приказами МЗСР РФ учреждены кабинеты медико-социальной помощи¹³ и психологического консультирования¹². Работа этих служб в некоторых лечебно-профилактических учреждениях вроде бы подтверждает позитивный характер этих нововведений^{11,16}. Безусловно, любое количество материальных и нематериальных вложений стоит того, чтобы рождённых детей стало больше. Однако не следует переоценивать данный вид помощи в плане сокращения количества абортотворений и увеличения рождаемости, выдавая желаемое за действительное.

Между тем именно качественное информирование и консультирование — результативный способ предотвратить пресловутые осложнения. Именно грамотная консультация (когда врач готов снабдить женщину всей нужной информацией) позволяет прервать беременность в максимально ранние сроки и наиболее щадящими методами.

Послеабортное консультирование обеспечивает эффективную профилактику нежелательной беременности в будущем, что предусмотрено как Программой государственных гарантий, так и Порядком оказания акушерско-гинекологической помощи¹². Однако если врачи не обучены качественному консультированию, то недостаточность знаний может служить существенным препятствием на пути повышения безопасности абортотворения^{20,29,30}.

Новая экономика абортотворения

Значимым событием 2012 года стала регистрация в России препарата «Мифепристон» с дозой 200 мг и утверждение официальной инструкции к нему, где рекомендуется использование лишь 200 мг в комбинации с мизопростолом (снижение дозировки втрое по сравнению с прежней инструкцией).

Эффективность и безопасность этой схемы была убедительно доказана многочисленными рандомизированными исследованиями: мифепристон для медикаментозного абортотворения в дозе 200 мг и в комбинации с мизопростолом оказался столь же эффективным для достижения полного абортотворения, как и в используемой ранее дозе 600 мг (1,07 при 95% ДИ 0,87–1,32)²⁵. И хотя данная схема была рекомендована ВОЗ ещё в 2003 году¹, в России она стала легитимна лишь сегодня, почти 10 лет спустя.

Плюсы новой инструкции очевидны: уменьшается фармакологическая нагрузка на организм женщины, существенно снижается стоимость процедуры. В масштабах целой страны это будет колоссальная экономия материальных ресурсов: если представить, что хотя бы 25% хирургических абортотворений будут заменены медикаментозным прерыванием с использованием данного препарата, то более 400 млн руб. в год останутся в российском бюджете. Но что ещё более важно — это возможность сохранить репродуктивное здоровье женщин для реализации отложенных беременностей в будущем¹⁵.



Согласно мировой статистике, аборт может и должен быть безопасным. Сегодня очевидно, что главная цель — повлиять на уровень материнской смертности и заболеваемости после абортотворения. «Бороться с абортотворением» необходимо путём создания системы управления ими, используя уже известные эффективные способы, принятые в мировой практике^{1,3,4,6,7,20}. По словам проф. Дэвида Граймса (David A. Grimes) из США: «...Основными причинами женской заболеваемости и смертности от небезопасных абортотворений сегодня являются не потеря крови и инфекции, но скорее, апатия и презрение к женщинам»²³.

Именно поэтому каждому врачу обязательно следует знать, какой путь позволит максимально сохранить здоровье женщины даже в том случае, когда искусственного прерывания беременности не избежать. **SP**

Репродуктивный
выбор ?



Блестящее решение:
Мифепристон 200 мг

ВСЕГО
ОДНА
ТАБЛЕТКА



ЗАО "ПЕНТКРОФТ ФАРМА"
Тел./факс:(495)788-77-46

www.ru486.ru
www.mva.ru
www.misoprostol.ru