

Г.Б.ДИККЕ

Толщина эндометрия НЕ ЯВЛЯЕТСЯ КРИТЕРИЕМ ВЫБОРА ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЙ РЕВИЗИИ ПОЛОСТИ МАТКИ ПОСЛЕ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО АБОРТА

Ультрасонография — метод, который является рутинным и применяется для подтверждения эффективности медикаментозного аборта. Основная цель его — убедиться в том, что гестационный мешок удален из полости матки [1]. Измерение толщины эндометрия также используется для определения количества детрита или остатков тканей гестации (фрагментов децидуальной оболочки или элементов хориона) в матке после экспульсии плодного яйца [15]. Многие практические врачи используют этот показатель в качестве индикатора необходимости опорожнения полости матки после медикаментозного аборта, расценивая такое состояние как неполный аборт, что приводит к увеличению частоты неоправданного инструментального вмешательства [3].

В совместном исследовании Минздравсоцразвития РФ и ВОЗ «Стратегическая оценка политики, программ и услуг в сфере непланируемой беременности, абортов и контрацепции в Российской Федерации» (2009) [2] группой экспертов были сделаны находки, свидетельствующие о недостаточном знании врачей технологии ведения пациенток после медикаментозного аборта: неоправданно частое выполнение ультразвукового исследования (до 7 раз за 10 дней) и неадекватная интерпретация полученных данных, что приводит к увеличению выскабливаний полости матки в отдельных медицинских центрах до 50%. Тогда как экспертами ВОЗ было показано, что многократное ультразвуковое исследование (УЗИ) не увеличивает эффективность медикаментозного аборта, а раннее контрольное посещение клиники отнесено к факторам риска хирургического завершения аборта [1, 2, 11].

Эмпирические наблюдения (при консультировании врачей, обращающихся по поводу высокой частоты «неэффективных случаев» прерывания беременности, потребовавших выскабливания полости матки, и жалоб на «низкое качество» препаратов) также свидетельствуют о значительной вариабельности использования ультразвукографического исследования и гипердиагностике неполного аборта, и в конечном итоге дискредитации метода. Наиболее частыми ошибками в ведении пациенток являются: раннее проведение УЗ-контроля (начиная со второго дня после введения мифепристона для констатации гибели плодного яйца), применение доплерографии (что приводит к «диагностике» несуществующего «плацентарного полипа»), визуализация детрита в полости матки (наличие которого являет-

ся нормой, но расценивается врачами как неполный аборт), неадекватная оценка толщины эндометрия (и использование этого показателя в качестве критерия для определения показаний для выскабливания полости матки) [3]. Экспертиза медицинской документации в таких случаях свидетельствует в большинстве из них о недостаточном качестве оказания медицинской помощи женщинам в послеабортном периоде при медикаментозном абorte.

Анализ зарубежной литературы по этому вопросу показал, что толщина эндометрия менее 15 мм свидетельствует о полном удалении плодного яйца и тканей гестации из полости матки после спонтанного или медикаментозного аборта [15]. Небольшое количество крови в полости матки с мелкими сгуст-

Рисунок 1.



М-эхо шириной 10 мм. Полость матки заполнена гипоэхогенным содержимым с наличием эхо-позитивной взвеси.
Заключение: состояние после медикаментозного аборта.
Тактика: завершение наблюдения.

Здесь и далее: фото Дикке Г.Б. с соавт., 2005.

ками дает картину неоднородности структуры М-эхо с наличием эхопозитивных и эхонегативных включений (рис. 1) [3].

Так, в одном большом (652 пациентки) проспективном исследовании было показано, что толщина эндометрия не является критерием для выполнения дилатации и кюретажа (D&C) [16]. В упомянутом исследовании изучалось состояние эндометрия по данным ультразвукографии у женщин после медикаментозного и хирургического аборта. Средняя толщина эндометрия на 14 день после приема мизопростол составляла 9,0 мм и в группе D&C 6,9 мм (различие 2,1 мм, 95%-ный доверительный интервал [CI] 1,0–3,2). 12 женщин (3,2%) после медикаментозного аборта впоследствии подверглись D&C, и у них средняя толщина эндометрия была больше (различие 5,5 мм, 95%-ный [CI] 2,3–8,8). Однако толщина эндометрия не коррелировала с последующим D&C. Прогнозирующая ценность толщины эндометрия в этом исследовании составила менее 40%.

В двух проспективных исследованиях было показано, что уровень Я-ХГЧ имел гораздо большее значение, чем толщина эндометрия, на исходы медикаментозного аборта [7, 10].

В исследовании, включавшем 1870 женщин, D&C потребовалось в 1,6% случаев после подтвержденной ультразвуком экспульсии плодного яйца [16]. Среднее время между приемом мифепристона и D&C составило 24 дня (от 6 до 67 дней). Средняя толщина эндометрия у женщин, подвергшихся D&C была 14,5 мм, а у женщин, которым это вмешательство не потребовалось, — в среднем 10,9 мм (разница 3,5 мм статистически не достоверна). Далее исследователи распределили женщин по толщине эндометрия от 10 до 30 мм с интервалом 5 мм и рассчитали положительную и отрицательную прогностическую ценность. Положительная прогностическая ценность составила менее 25,0 % во всех подгруппах, отрицательная — более 98,4 %. Распределение было также выполнено в зависимости от интервала времени от приема мизопростол до УЗ-контроля. Оказалось, что значения толщины эндометрия варьировали менее 3 мм во временных интервалах и не показали тренда ни к уменьшению, ни к увеличению в период от 5 до 11 дня между приемом мизопростол и УЗИ. Авторы приходят к выводу, что толщина эндометрия не может являться предиктором выбора активной хирургической тактики после медикаментозного аборта.

Необоснованность жалоб врачей на «низкое качество» препаратов свидетельствует о недостаточном знании механизма действия препаратов.

В клинической характеристике течения медикаментозного аборта различают два периода. I период — латентный. Он характеризуется отсутствием клинических проявлений прерывания беремен-

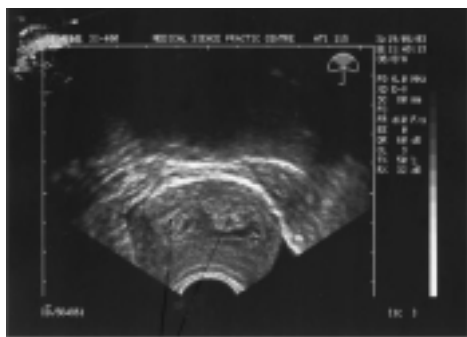
Рисунок 2.


М-эхо шириной 22 мм. Эндометрий неоднороден с наличием мелких анэхогенных включений. Заключение: гематометра. Тактика: Мизопростол 400 мкг внутрь или спазмолитики и утеротоники; наблюдение. Показаний для ревизии полости матки нет.

ности в течение 24–48 ч ($28,6 \pm 2,3$) с момента приема препарата. При этом кровянистые выделения появляются лишь у 50% пациенток [13]. В этот период происходит конформационная перестройка рецептора прогестерона и блокада транскрипционных эффектов, что приводит к гибели эмбриона и отслойке плодного яйца от стенок матки. Кроме этого, мифепристон способствует восстановлению чувствительности клеток миометрия к окситоцину и интерлейкину 1, ингибирует влияние эстрогенов на матку, приводит к релаксации шейки матки за счет изменения соотношения цАМФ/цГМФ, повышает чувствительность к эндогенным простагландинам [4]. За счет этих эффектов приблизительно у 3–5% женщин экспульсия плодного яйца может произойти без дополнительного введения мизопростол [13].

II период — основной. Он характеризуется кровотечением, по интенсивности соответствующим или незначительно превышающим обычную менструацию и продолжающимся в течение 5–30 дней. Начало кровотечения после приема мизопростол составляет в среднем 1,4 ч [13]. Средняя продолжительность кровотечения — 7,2 дня (максимально — 12–14 дней, редко — до 16,7–21,7 дней или даже до очередной менструации в незначительном количестве, что рассматривается как вариант нормы). Следует предупредить женщину о том, что если кровянистые выделения отсутствуют после приема мизопростол в течение суток, то ей необходимо явиться в клинику для приема повторной дозы мизопростол [6]. Объем кровопотери, определяемый количеством прокладок, использованных за период послеабортного кровотечения, соответствует в среднем 30,5 штук за 2 недели (варианты от 2 до 125). Наиболее обильные кровяни-

Рисунок 3.



Полость матки расширена до 16 мм, заполнена неоднородным содержимым. По задней и правой боковой стенкам визуализируются участки повышенной эхогенности размерами 1549 мм и 1046 мм интимно связанные со стенкой матки. Заключение: остатки хориальной ткани (подтвержден гистологически). Клинический диагноз: состояние после медикаментозного аборта. Тактика: при отсутствии кровотечения и признаков инфицирования — мизопропростол 400 мкг внутрь, наблюдение.

Рисунок 4.



Продолжающаяся беременность.
Срок 8 недель. Тактика: вакуумная аспирация.

стые 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/дл и достоверно не отличается от исходного [8, 9].

Препарат вызывает расширение шейки матки и усиление маточных сокращений, что способствует изгнанию плодного яйца. В 60% случаев экспульсия плодного яйца происходит в течение первых 6 ч после приема мизопростола, в остальных — в течение суток. Лишь у 2,9% пациенток происходит задержка плодного яйца в матке более указанного срока, но в течение 7–10 дней возможно его самостоятельное изгнание без применения дополнительных средств [13].

Поэтому, если во время контрольного УЗИ плодного яйца в полости матки нет или оно погибло и отслоилось от стенок матки, можно говорить об эффективности мифепристона. Задержка отслоившегося плодного яйца в полости матки или наличие значительного количества детрита (рис. 2) или элементов хориона (рис. 3) говорит о недостаточной сократительной активности миометрия и/или недостаточном раскрытии цервикального канала, и в этом случае следует рассмотреть возможность назначения повторных доз мизопростола [6].

Продолжающаяся беременность регистрируется в 1,1% (рис. 4) [1] случаев и характеризует не «качество» препаратов, а свидетельствует об индивидуальном отсутствии чувствительности рецепторов к ним.

В качестве факторов риска «неудачного» медикаментозного аборта в одном из исследований указываются: более старший возраст женщин, преды-

дущие самопроизвольные аборты, многоплодная беременность и более раннее контрольное посещение клиники [11].

Согласно современным рекомендациям ВОЗ, чтобы подтвердить факт завершения аборта, отсутствие инфекции или любых других осложнений, следует назначить время для повторного визита к врачу через 10–15 дней [1] (в Письме МЗ РФ №2510/4854-02-32 «О применении препарата мифегин в акушерско-гинекологической практике» от 15.05.2002 этот срок определен в 7–10 дней).

При этом, по мнению экспертов ВОЗ, направление женщин на вакуумную аспирацию целесообразно лишь тогда, когда процесс продолжающейся беременности будет подтвержден на основании данных гинекологического обследования, клинической симптоматики или результатов лабораторных исследований [1, 5].

Убедиться в том, что аборт прошел успешно, можно на основании двух их ниже перечисленных методов [6]:

Медицинское обследование: сообщение женщины о симптомах аборта (информация о боли и характере кровотечения) и результаты гинекологического обследования (уменьшение матки до нормальных (до аборта) размеров).

УЗИ: этот метод может быть эффективным, если врач владеет техникой проведения исследования. Очень важно уметь дифференцировать сгустки крови и остатки продуктов зачатия от неполного аборта и продолжающейся беременности. Если женщина клинически здорова, то нет показаний к хирургическому завершению аборта, даже если при УЗИ обнаружены остатки продуктов зачатия. Более того, даже после гибели плода в матке может оставаться нежизнеспособное плодное яйцо, и с-

ли у женщины нет признаков инфекции, сильного кровотечения и есть желание подождать полного изгнания, то это можно сделать. При этом целесообразно назначить дополнительные дозы мизопростола с целью усиления сократительной деятельности матки. В настоящее время проводятся исследования в целях установления оптимальной дозы мизопростола в случае задержки плодного яйца.

Содержание Я-ХГЧ в сыворотке крови: снижение содержания Я-ХГЧ может указывать на то, что беременность прервана (если уровень снизился на 50% за 24 ч при условии, что его содержание было определено перед выполнением аборта или его содержание ниже 1 000 мЕд/л через 2 недели после приема мифепристона).

Активная хирургическая тактика показана в следующих случаях:

1. Продолжающаяся беременность, подтвержденная на 10–14 день после приема мифепристона/мизопростола.

2. Острая кровопотеря после приема мизопростола (более 2 прокладок «макси» в течение 1 ч на протяжении 2 ч).

3. Обильная кровопотеря (превышающая по объему менструальную) на протяжении 7 дней и более без тенденции к уменьшению при проведении лечения для консервативного гемостаза; наличие признаков анемии.

4. Признаки инфекции при наличии остатков тканей гестации в полости матки.

5. Желание женщины завершить процесс при длительных сукровичных выделениях.

Необходимость в ревизии возникает не чаще чем в 1,5–2,5% случаев. С целью сохранения принципа безопасности при завершении аборта хирургическим способом следует отдавать предпочтение методу мануальной вакуумной аспирации [1]. Гистологическое исследование удаленного материала следует считать обязательным [6].



ЛИТЕРАТУРА

1. Безопасный аборт: Рекомендации для систем здравоохранения по вопросам политики и практики. — Всемирная организация здравоохранения. Женева, 2004. — 138 с.
2. Дикке Г.Б., Яроцкая Е.Л., Ерофеева Л.В. Стратегическая оценка политики, программ и услуг в сфере непланируемой беременности, аборт и контрацепции в Российской Федерации. Совместное исследование МЗ и СР РФ и ВОЗ. // Проблемы репродукции. — 2010. — № 3. — С. 92–108.
3. Дикке Г.Б. Клинические аспекты использования пенкрофтона для медикаментозного прерывания беременности. Руководство для врачей. М., 2008. — 52 с.
4. Карева Е.Н. Молекулярные механизмы действия женских половых стероидов и их антагонистов: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М 2003; 55.
5. Часто задаваемые клинические вопросы о медикаментозном аборте. — Всемирная организация здравоохранения. Женева, 2007. — 40 с.
6. Проведение медикаментозного аборта в условиях нехватки ресурсов. Вводное руководство. Второе издание. Нью-Йорк, 2009. — 63 с.
7. Chou S.Y., Chen C.Y., Chiang H.K., Chow P.K., Wang C.C., Hsu C.S. Monitoring medical abortion using mifepristone/misoprostol combination with ultrasonogram and serum human chorionic gonadotropin. Taiwan J Obstet Gynecol. 2006; 45(1): 48–52
8. Davey A. Mifepristone and prostaglandin for termination of pregnancy contraindications for use, reasons and rationale. Contraception. 2006 Jul; 74(1): 16–20.
9. Davis A., Westhoff C., De Nonno L. Bliding patterns after ealy abortion with mifepriston and misoprostol or manual vacuum aspiration. J. Am. Med. Assoc. 2000; 55(3 Suppl): 141–4.
10. El-Baradie S.M., El-Said M.H., Ragab W.S., Elssery K.M., Mahmoud M. Endometrial thickness and serum beta-hCG as predictors of the effectiveness of oral misoprostol in early pregnancy failure. J Obstet Gynaecol Can. 2008; 30(10): 877–81.
11. Haimov-Kochman R., Arbel R., Sciaky-Tamir Y., Brzezinski A., Laufer N., Yagel S. Risk factors for unsuccessful medical abortion with mifepristone and misoprostol. Acta Obstet Gynecol Scand. 2007; 86(4): 462–6
12. Fiala C., Safar P., Bugdeman M., Gemzell-Danielsson K. Verifying the effectiveness of medical abortion; ultrasound versus hCG testing. Eur J Obstet Gynaecol Reprod Biol 2003; 109(2): 190–5.
13. Fiala Ch. Improving medical abortion. Using mifepristone in combination with a prostaglandin analog. Stockholm, 2005.
14. Gonzalez C.H.G., Vargas ER., Perez A. et al. Limb deficiency with or without Mobius sequence in seven Brazilian children with misoprostol use in the first trimester of pregnancy. American Journal of Medical Genetics. 1993; 47: 59–64.
15. Pymar H.C., Creinin M.D., Schwartz J.L. Mifepristone followed on the same day by vaginal misoprostol for early abortion. Contraception. 2001; 64: 87–92.
16. Reeves M.F.; Fox V.C., Lohr P.A.; Creinin M.D. Endometrial thickness following medical abortion is not predictive of subsequent surgical intervention. Ultrasound Obstet Gynecol 2009; 32: 104–9.
17. Reeves M.E., Lohr P.A., Harwood B.J., Creinin M.D. Ultrasonographic endometrial thickness after medical and surgical management of early pregnancy failure. Obstet Gynecol. 2008; 111(1): 106–12.
18. Sing K.C., Ummat S., Rajaram S., Goel N. First trimester abortion with mifepristone and sublingval misoprostol: a pilot study. Aust. N. Z. J. Obstet Gynaecol. 2005; 45(6): 495–8.