

Хирургические методы прерывания беременности в первом триместре

Комментарий БРЗ (OL Odusoga, OA Olatunji)

1. РЕЗЮМЕ ДАННЫХ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ

Данный обзор сравнивает безопасность и эффективность лечебно-диагностического выскабливания (D&C) и ручной вакуум-аспирации (РВА) для прерывания беременности в первом триместре. Он также рассматривает применение гибкой канюли для вакуум-аспирации в сравнении с жесткой. Исходами, сравниваемыми в обоих случаях, были избыточные кровопотери, переливание крови, травма шейки матки, фебрилитет, неполная или повторная эвакуация содержимого полости матки, повторная госпитализация, боль в животе после операции, а также использование антибиотиков с лечебной целью и продолжительность манипуляции.

Критериям включения в обзор удовлетворяли только адекватно рандомизированные контролируемые исследования с хорошим методологическим качеством. Таких исследований было три. Два из них сравнивали D&C с вакуум-аспирацией, а одно - использование жесткой металлической канюли в сравнении с гибкой пластиковой для вакуум-аспирации.

Оказалось, что продолжительной манипуляции была статистически значительно короче (в среднем на 1,0 минуту меньше; 95% ДИ: -1,5 - -0,6 минут) для ручной вакуум-аспирации, чем для D&C в рамках единственного исследования, которое сообщало такой исход. Все остальные сравниваемые исходы были схожими на фоне применения обоих методов. В рамках двух исследований обе манипуляции выполнялись под местной анестезией (парацервикальная блокада).

В рамках единственного исследования, в котором принимали участие 300 женщин, по всем исходам существенной разницы между использованием жесткой и гибкой канюль не обнаружено.

Стратегия поиска, использованная для этого обзора, выбор исследований для включения в данный обзор и процесс экстрагирования данных были адекватными. Сравнимые исходы прошли тщательную оценку. Однако выборка была небольшой, и это может быть причиной отсутствия разницы между двумя методами (D&C и РВА), а также между использованием двух разных типов канюль (жесткая в сравнении с гибкой). Этот момент является недостатком обзора, и некоторые крупные наблюдательные исследования могли бы предоставить полезную информацию (1).

Характер манипуляций также не дает возможности применить "ослепление" в отношении врачей и поэтому может предполагать необъективность, хотя оценка критериев измерения исхода была адекватно скрыта.

2. ЗНАЧИМОСТЬ В УСЛОВИЯХ ОГРАНИЧЕННЫХ РЕСУРСОВ

2.1. МАСШТАБЫ ПРОБЛЕМЫ

Имеющиеся статистические данные свидетельствуют о том, что прерывание беременности в ранних сроках превалирует в Нигерии и большинстве развивающихся стран, особенно в тропических регионах Африки (2, 3, 4, 5, 6). Частота новых случаев увеличивается (2, 3, 4, 5, 6), особенно среди подростков (7).

Настоящие масштабы этой проблемы могут, однако, остаться неизвестными из-за социальных, морально-этических и правовых моментов, касающихся аборт в данном регионе (7, 8). В большинстве стран тропической части Африки законодательство в части абортов очень жесткое, а условий для безопасного выполнения этой манипуляции не хватает. Имеющиеся относительно безопасные ЛПУ недоступны для большинства женщин, которые хотят сделать аборт, либо из-за стоимости этой услуги, либо из-за месторасположения этого ЛПУ. Следовательно, доступ женщин к безопасным методам прерывания нежелательной беременности ограничен. В результате, естественно, возрастает заболеваемость и, фактически, смертность из-за осложнений аборта. Например, в больнице Sagamu (Нигерия), которая является клинической базой государственного университета Ogun, осложнения в связи с аборт были на первом месте среди причин госпитализации в период с 1997 по 1999 гг. (неопубликованная больничная статистика); частота госпитализации по поводу осложнений аборта также высокая и в других частях региона (2, 3, 4, 5, 6). Осложнения аборта - ведущая причина материнской смертности в Нигерии, на нее выпадает около 40 % случаев материнской смертности (9). Предполагается, что аборт и его осложнения могут быть фактором риска вторичного бесплодия (10), внематочной беременности (11, 12) и спонтанного аборта в третьем триместре в ходе последующих беременностей (13).

2.2. ОСУЩЕСТВИМОСТЬ ОБСУЖДАЕМОГО ПОДХОДА

Обзор не дал никаких рекомендаций, но выводы Edelman (1), на которые ссылаются авторы данного обзора, согласуются с опытом большинства стран с ограниченными ресурсами и заключаются в том, что РВА с помощью гибкой канюли можно безопасно использовать для прерывания беременности в первом триместре, особенно персоналом, не имеющим еще большого опыта, таким как начинающие молодые врачи и врачи-"резиденты". В таких регионах вполне реально применять эту методику и она должна поощряться. В большинстве стран со скудными ресурсами, однако, ограничивающим фактором на пути применения этой методики на практике является жесткое законодательство в сфере абортов, хотя зачастую оно является таковым только на бумаге. Впрочем этот метод все равно можно широко использовать в лечении неполного аборта и для прерывания беременности в первом триместре по медицинским показаниям.

2.3. ПРИМЕНИМОСТЬ РЕЗУЛЬТАТОВ ЭТОГО КОКРАНОВСКОГО ОБЗОРА

Хотя включенные в данный обзор исследования были проведены в промышленно развитых странах и в ЛПУ третичного уровня оказания помощи, ничего не указывает на то, что полученные результаты нельзя применить к условиям развивающихся стран. Вывод о том, что четко выраженного преимущества лечебно-диагностического выскабливания (D&C) над РВА в рамках исследования на третичном уровне оказания помощи нет, предполагает, что РВА можно предлагать и для других уровней оказания помощи в странах с низкими доходами населения.

2.4. ВНЕДРЕНИЕ ОБСУЖДАЕМОГО ПОДХОДА

В развивающихся странах, где законодательство в части абортов жесткое, можно использовать любой из двух методов при условии надлежащей подготовки медперсонала. Однако благодаря своей относительной простоте и тому факту, что выскабливание не превосходит РВА, на более низких уровнях системы здравоохранения можно продвигать последний метод. Однако из-за жесткости законодательства в части абортов во многих развивающихся странах, а особенно в тропических районах Африки, внедрение в практику обоих методов неосуществимо с правовой точки зрения. Следовательно, первым

шагом на пути внедрения какого-либо из двух методов может быть способствование изменениям такого законодательства. Правительства развивающихся стран должны понимать масштабы проблем, возникающих в связи с криминальными абортами, и то, как они влияют на здоровье и экономику.

2.5. ИССЛЕДОВАНИЯ

Дальнейшие исследования по вопросу хирургических методов прерывания беременности в первом триместре должны изучить предпочтения клиента и провайдера услуг в плане исходов.

Поддержка предоставлена: Center for Research in Reproductive Health (CRRH), Olabisi Onabanjo University Teaching Hospital, Sagamu, Nigeria.

Литература

1. Edelman DA, Brenner WE, Berger GS. The effectiveness and complications of abortion by dilatation and vacuum aspiration versus dilatation and rigid curettage. *American journal of obstetrics and gynecology* 1974;119:473–480.
2. Mtimavalye L, Lisasi D, Ntuyabaliwe WK. Maternal mortality in Dar Es Salaam, Tanzania, 1974-1977. *East African medical journal* 1980;111-118.
3. Kapiga SH, Justesen A, van Asten HA. Abortions in a hospital setting: hidden realities in Dar Es Salaam, Tanzania. *Studies in family planning* 1992;23:325-329.
4. Unuigbe JA, Orhue AA, Oronsaye AU. Abortion related morbidity and mortality in Benin City, Nigeria. *International journal of gynaecology and obstetrics* 1988;26:435-439.
5. Olukoya AA. Pregnancy termination: result of a community-based study in Lagos, Nigeria. *International journal of gynaecology and obstetrics* 1987;25:41–46.
6. Ampofo DA. The motivation for reproduction and the new population dimensions of Ghana. *East African medical journal* 1970;47:217-222.
7. Aggarwal VP, Mati JK. Review of abortions at Kenyatta National Hospital Nairobi. *East African medical journal* 1980;57:138-143.
8. Bleek W. Induced abortion in Ghanaian family. *African studies review* 1978;21:103-120.
9. Akingba JB. Abortion mortality and other health problems in Nigeria. *Nigerian medical journal* 1977;7:465-471.
10. Okonofua FE. Induced abortion: a risk factor for secondary infertility in Nigerian women. *Journal of obstetrics and gynaecology* 1994;14:272-276.
11. Orhue AA, Unuigbe JA, Ogbeide WE. Contribution of previous induced abortion to tubal ectopic pregnancy. *West African medical journal* 1989;8:257-263.
12. Olatunbosun OA, Okonofua FE. Ectopic pregnancy: the African experience. *Postgraduate doctor Africa* 1986;8:74-78.
13. Ladipo OA. Preventing and managing complications of induced abortion in third world countries. *International journal of gynaecology and obstetrics* 1989;3:21-28.