

Елективний аборт: клінічна практична настанова Французького коледжу гінекологів та акушерів*

Christophe Vayssiere^{ab*}, Adrien Gaudineau^c, Luisa Attali^c, Karima Bettahar^c, Sophie Eyraud^c, Philippe Faucher^e, Patrick Fournet^f, Danielle Hassoun^g, Marie Hatchuelⁱ, Christian Jaminⁱ, Brigitte Letombeⁱ, Teddy Linet^k, Marie Msika Razon^l, Alexandra Ohanessian^m, Helene Segainⁿ, Solene Vigoureux^{o,p}, Norbert Winer^q, Sophie Wylomanski^q, Aubert Agostini^m

^a Відділення акушерства та гінекології госпіталю Поль де Віз'є, Тулуза, Франція

^b Університет Поль-Сабатьє Тулуза III, Тулуза, Франція

^c Відділення акушерства та гінекології госпіталю Готел'єр, Страсбург, Франція

^e Відділення контролю народжуваності, госпіталь Труассо, Париж, Франція

^f Акушерсько-гінекологічна служба Госпітального центру Бельведер, Монт-Сантаньян, Франція

ⁱ Акушерсько-гінекологічна служба госпіталю Жанн де Фландр, Лілль, Франція

^k Акушерсько-гінекологічна служба Госпітального центру Луара Венде Осан, Шалланс, Франція

^l Французький рух за планування сім'ї, Париж, Франція

^m Акушерсько-гінекологічна служба госпіталю де ла Концепсьйон, Марсель, Франція

ⁿ Акушерсько-гінекологічна служба де Пуассі-Сент-Жермен, Пуассі, Франція

^o Акушерсько-гінекологічна служба госпіталю Бісетр, ле Кремлен-Бісетр, Франція

^p Центр епідеміологічних та популяційних досліджень, ле Кремлен-Бісетр, Франція

^q Акушерсько-гінекологічна служба Отель-Дьє Нант, Нант, Франція

Резюме

Кількість елективних переривань вагітності залишалася стабільною протягом декількох десятиліть. У випадку незапланованої вагітності вибір жінки зробити аборт пояснюється багатьма факторами. Ранній початок використання контрацептивів і вибір контрацептивного засобу, що відповідає стилю життя жінки, пов'язані зі зниженням показників настання незапланованих вагітностей.

- Оборотну контрацепцію тривалої дії через її ефективність слід використовувати як метод першої лінії для молоді та підлітків (клас доказів С).
- Необхідно заохочувати до виконання ультразвукового дослідження (УЗД) перед елективним абортom, проте воно не є обов'язковим (професійний консенсус).
- Як тільки ембріон візуалізується під час УЗД, термін вагітності оцінюють шляхом вимірювання куприково-тім'яного розміру (КТР) або, після 11 тижнів, біпаріетального діаметра (БПД) (клас доказів А).
- Оскільки точність встановлення терміну вагітності за вимірюваннями цих параметрів становить ± 5 днів, до здійснення абортu можна вдаватися, якщо результати становлять, відповідно, < 90 мм для КТР і < 30 мм для БПД (професійний консенсус).
- Медикаментозно індукований аборт, що виконується шляхом призначення міфепристону в дозі 200 мг у поєднанні з мізопростолом, є ефективним для будь-якого гестаційного віку (рівень доказовості – РД 1).
- До 7 тижнів вагітності через 24–48 годин після призначення міфепристону слід призначати мізопростол перорально, буккально, сублінгвально або, навіть, вагінально, дозою 400 мкг, що може бути повторена ще через 3 години. (РД 1, клас доказів А).
- Після 7 тижнів вагітності призначення мізопростолу вагінально, сублінгвально або буккально є ефективнішим і краще переноситься, ніж його пероральний прийом (РД 1). Підготовка шийки матки рекомендується при виконанні хірургічних абортів (професійний консенсус).
- Мізопростол дозою 400 мкг є препаратом першої лінії для підготовки шийки матки (клас доказів А).
- Вакуумна аспірація є кращим методом порівняно з кюретажем (клас доказів В).
- Ділянка перфорації матки, що виникла під час хірургічної аспірації, рутинно не повинна вважатися рубцем на матці (професійний консенсус).
- Елективне переривання вагітності не асоціюється з підвищенням ризику безпліддя в подальшому або виникненням позаматкової вагітності (РД 2).
- Медичне консультування перед елективним абортom зазвичай не впливає на рішення жінки про переривання або продовження вагітності, більшість із них на цей час є досить упевненими у своєму виборі. Жінки обирають найбільш прийнятний метод переривання вагітності і найбільше задоволені, коли змогли його вибрати самостійно (клас доказів В).
- Проведення елективних абортів не пов'язане з підвищенням показників психічних розладів (РД 2).

* Опубліковано вперше European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology. — 2018. — N 222. — P. 95–101.



- Проте жінки з психіатричними захворюваннями в анамнезі мають вищий ризик психологічних розладів після виникнення незапланованої вагітності, ніж жінки з необтяженим анамнезом (РД 2).
- У випадку виконання хірургічних абортів застосування комбінованих гормональних контрацептивів — пероральних або трансдермальних — слід розпочинати в день абортів, тоді як вагінальне кільце застосовують через 5 днів (клас доказів В).
- У випадку медикаментозних абортів вагінальне кільце слід використовувати через тиждень після призначення міфепростону, тоді як прийом комбінованих контрацептивів необхідно розпочинати в день призначення мізопростолу або наступного дня (клас доказів С).
- До застосування контрацептивних імплантатів слід вдаватися в день виконання хірургічного абортів, у випадку медикаментозного абортів їх можна застосовувати в день призначення міфепростону (класи доказів В і С, відповідно).
- І внутрішньоматкову спіраль (ВМС) на основі міді, і систему з вивільненням левоноргестрелу слід вводити в день виконання хірургічного абортів (клас доказів А).
- Після виконання медикаментозних абортів ВМС можна вводити через 10 днів після застосування міфепростону, провівши спочатку УЗД для перевірки відсутності внутрішньоматкової вагітності (клас доказів С).

Ключові слова: елективний аборт, медикаментозний аборт, хірургічний аборт, контрацепція, правила виконання елективних абортів.

Вступ

Замовник розробки практичної настанови (Французький коледж гінекологів і акушерів, CNGOF) призначив керівний комітет, аби визначити точні запитання, які необхідно поставити експертам, створити групу експертів, взаємодіяти з ними в процесі та розробити рекомендації, отримані в результаті їх роботи [1]. Експерти проаналізували відповідну наукову літературу, щоб відповісти на поставлені запитання. Під час виконання огляду літератури шляхом пошуку в базі даних MEDLINE та бібліотеці Cochrane були ідентифіковані відповідні за тематикою статті, написані до середини 2016 року. Пошук обмежувався статтями англійською та французькою [2, 3]. Пріоритет віддавали статтям, де повідомляли про результати оригінальних досліджень, хоча також були проведені консультації з фахівцями щодо оглядових статей та коментарів досліджень. Також розглянули керівництва, опубліковані організаціями або установами, такими як Американський коледж акушерів-гінекологів, Королівський коледж акушерів-гінекологів, Канадське товариство гінекології та акушерства, Всесвітня організація охорони здоров'я, а також попередні керівництва, опубліковані CNGOF. Додаткові дослідження були проведені шляхом перегляду бібліографічних даних ідентифікованих статей. З кожного питання було надано узагальнений нижче огляд обґрунтованих наукових даних, що базувалася на оцінці якості даних відповідно до критеріїв, визначених HAS (Французьке державне управління охорони здоров'я) [3].

Рівень доказовості (РД):

РД 1: рандомізовані порівняльні дослідження великої потужності, метааналізи рандомізованих порівняльних досліджень;

РД 2: не дуже потужні рандомізовані дослідження, добре проведені нерандомізовані порівняльні дослідження, когортні дослідження;

РД 3: дослідження випадок-контроль;

РД 4: нерандомізовані порівняльні дослідження із систематичними похибками високого рівня, ретроспективні дослідження, перехресні дослідження та опис серії випадків.

Організаційний комітет підготував кінцевий варіант рекомендацій на основі відповідей авторів-експертів. Кожній практичній рекомендації було призначено оцінку, яка HAS визначило таким чином:

Клас доказів (КД) А: Рекомендації базуються на належних і послідовних обґрунтованих даних;

КД В: Рекомендації базуються на обмежених або непослідовних наукових даних;

КД С: Рекомендації, головним чином, базуються на узгоджених даних та думці експертів;

Професійний консенсус (ПК): за відсутності будь-яких переконливих наукових доказів деякі практичні рекомендації базувались на основі узгодженості переконань поміж членами робочої групи.

Усі тексти були переглянуті особами, які не брали участі в їх розробці, тобто практичними лікарями різних спеціальностей, які працюють у різних установах (державні, приватні, університетські чи позауніверситетські за-

клади охорони здоров'я). Після завершення перевірки у разі необхідності до тексту рекомендацій були внесені зміни з урахуванням оцінки якості доказів.

Оригінальні довгі тексти французькою цитуються [4–10], проте їх індивідуальні посилання не включені сюди з огляду на величезний об'єм, який вони б зайняли в цій статті, що узагальнює керівні принципи. Рівень знань про використання мізопростолу поза показаннями, вказаними у свідоцтві про реєстрацію, у I триместрі вагітності, при невиношуванні на ранніх термінах або при індукції абортів чи медикаментозного переривання вагітності вже було опубліковано Beucher et al. 2014 року для Французького коледжу акушерів-гінекологів [11, 12].

Епідеміологія індукованого переривання вагітності [4]

Аборт — це, згідно з французьким законодавством, медикаментозне або хірургічне переривання вагітності до 14 тижнів з немедичних причин. Незапланована вагітність є результатом незахищеного статевого акту або виникає внаслідок недостатньої ефективності контрацепції у жінок, які не бажають вагітніти.

Кількість елективних переривань вагітності у Франції залишалася стабільною протягом декількох десятиліть. Проте нині постав «французький парадокс»: високі показники використання контрацептивів разом зі стабільними показниками виконан-



ня елективних абортів і настанням незапланованих вагітностей. Часто-та останніх була зменшена шляхом широкого застосування ефективних методів контрацепції. З іншого боку, при цих незапланованих вагітностях частіше звертаються до елективного їх переривання, тому загальна кількість елективних абортів протягом 40 років не знижувалась.

Соціальні детермінанти вибору жінкою переривання незапланованої вагітності залежать від її віку. Серед жінок молодше 25 років вони особливо залежать від рівня освіти; серед осіб віком 25–34 роки — від кількості дітей, яких жінка вже має; серед жінок старше 35 років — від їхніх можливостей поєднання материнства і кар'єри [13]. У середньому, дві з кожних п'яти жінок у Франції протягом свого життя перенесуть елективний аборт, можливо, протягом перехідного періоду (зміна партнера, життєвої ситуації, методу контрацепції тощо). Попри те, що всі жінки піддаються ризику небажаної вагітності, що може бути припинена елективним її перериванням, цей ризик не є однаковим; він змінюється залежно від віку, місця народження, подружнього стану, впливу насильства з боку сексуального партнера нині або в минулому, а також ситуацій в сім'ї та на роботі. Особливо це стосується жінок, яким елективні аборти виконуються повторно. Жінки, які приходять на елективне переривання вагітності, частіше повідомляють про насильство з боку сексуального партнера або нестабільні стосунки; вони також зазвичай молодші і частіше є студентками або перебувають у складній соціальній ситуації.

Фахівці галузі охорони здоров'я повинні приділяти більше уваги потребі у контрацепції та профілактиці незапланованих вагітностей, особливо для жінок молодше 20 і старше 40 років, жінок з медичним або соціальним ризиком неправильного використання засобів контрацепції, або тих з них, яким консультації проводяться рідше від інших, та тих, хто мав незаплановані вагітності в анамнезі. Ранній початок використання контрацептивів і вибір контрацептивного засобу, що відповідає стилю життя жінки, пов'язані зі зниженням показників настання незапланованих вагітностей.

- Оборотно контрацепцію тривалої дії, до засобів якої належать імплантати і внутрішньоматкові контрацептиви (ВМК), слід вважати засобами першої лінії для підлітків з огляду на їх ефективність (КД С).
- Медичні працівники мають володіти знаннями, які протизаплідні засоби слід призначати після аборту, враховуючи як вибір жінок, так і попередні невдачі застосування контрацептивів. Якщо жінка має намір використовувати контрацепцію, вона повинна розпочати це відразу після здійснення переривання вагітності (ПК).

Роль ультразвукового дослідження при виконанні елективного аборту [5]

- У той час, як використання ультразвукового визначення терміну вагітності слід заохочувати, його відсутність не є перешкодою для планування переривання вагітності у жінок, які впевнені в термінах останньої менструації та/або даті сексуальних стосунків, що призвели до зачаття, і клінічне обстеження яких здійснює кваліфікований медичний працівник (ПК).
- При оцінці гестаційного віку для планового елективного аборту за відсутності видимого ембріона термін вагітності датується тільки за вимірюванням розміру плодового яйця (КД В).
- За відсутності видимого ембріона у випадку прогресуючої внутрішньоматкової вагітності гестаційний вік завжди становить < 7 тижнів (КД В).
- Ознакою внутрішньоматкової вагітності є наявність жовткового мішка. Під час ультразвукового дослідження дати зачаття визначають шляхом вимірювання куприково-тім'яного розміру (КТР) за Робінсоном або, після 11 тижнів, біпаріетального діаметра (БПД), як це визначено французьким центром фетального ультразвуку (криві INTERGROWTH) (КД А).
- Якщо термін вагітності наближається до 14 тижнів, для підтвердження її датування рекомендується проведення ультразвукового сканування (ПК).
- Результати вимірювання КТР і БПД, що відповідають оціненому гестаційному віку 14 тижнів, становлять, відповідно, 80 і 27 мм. Оскільки точність встановлення терміну за вимірюванням цих параметрів становить ± 5 днів, аборт може бути здійснено, якщо результати вимірювання становлять, відповідно, < 90 мм для КТР і < 30 мм для БПД (ПК).
- Для двієнь і одноплідних вагітностей методи встановлення гестаційного віку є однаковими.
- Трансабдомінальне ультразвукове дослідження (ТАУЗД) має відповідну чутливість для діагностики наявності або відсутності плодового яйця, але його чутливість для виявлення ембріона і його серцевої діяльності є меншою, ніж для трансвагінального ультразвукового дослідження (ТВУЗД) (РД З).
- Відповідно, більшості жінок можна спочатку виконати ТАУЗД, а ТВУЗД залишити для ситуацій, коли візуалізація при трансабдомінальному дослідженні є недостатньою, особливо для термінів гестації близько 7 тижнів (визначення КТР) (ПК).
- Якщо існує невизначеність щодо встановлення локалізації або життєздатності вагітності за допомогою ТАУЗД, рекомендовано використовувати ТВУЗД (КД В).
- Визначення рівня хоріонічного гонадотропіну людини (ХГЛ) у сироватці не є надійним методом для встановлення терміну вагітності (РД 4) і не повинне використовуватись для датування вагітності, щодо якої заплановано елективне переривання (КД С).
- Відсутні достатні докази, щоб рекомендувати рутинне УЗД під час або після хірургічного аборту (ПК).
- Ультразвукове визначення товщини ендометрію через кілька днів після хірургічного аборту не має практичного значення (КД В).
- Після медикаментозного переривання вагітності рутинне виконання ультразвукового сканування не рекомендується (КД В).
- Якщо ТВУЗД планується виконати після медикаментозного аборту, потрібно зачекати не менше двох тижнів (ПК).
- Вимірювання товщини ендометрію не має значення при оцінці показань до ре-евакуації (ПК).



- Якщо УЗД виконується після медикаментозного аборт, його єдиною метою має бути підтвердження відсутності плодового яйця (ПК).

Медикаментозний аборт [6]

- Медикаментозно індукований аборт, що виконується шляхом призначення міфепростону дозою 200 мг у поєднанні з мізопростолом, є ефективним для будь-якого гестаційного віку (РД 1).
- У наш час не існує медикаментозної альтернативи, так само ефективної і надійної, як комбінація міфепростону і мізопростолу (РД 1).
- Перевагу слід віддати застосуванню міфепростону в дозі 200 мг замість 600 мг (КД А).
- Мізопростол самостійно є менш ефективним, ніж його комбінація з міфепростоном (РД 1).
- Для досягнення найкращої ефективності час між введенням двох препаратів не має бути меншим 8 годин (РД 1, КД А).
- Інтервал 24–48 годин не чинить негативного впливу на ефективність медичного втручання, якщо доза мізопростолу є достатньою (РД 1, КД А).
- З огляду на безпечність застосування та відмінні показники задоволеності лікуванням серед жінок, слід спростити прийом міфепростону в домашніх умовах (ПК).

Шляхами введення мізопростолу є вагінальний, пероральний (проковтування таблеток), сублінгвальний (розчинення таблеток під язиком) і буккальний (таблетка – між щогою та яснами, з проковтуванням залишкових фрагментів таблеток жінкою через 30 хвилин). Буккальний шлях також називається югальним.

- До 7 тижнів вагітності через 24–48 годин після призначення міфепростону слід призначити мізопростол перорально, буккально, сублінгвально або, навіть, вагінально, дозою 400 мкг, що може бути повторена ще через 3 години (РД 1, КД А).
- Після 7 тижнів вагітності призначення мізопростолу вагінальним, сублінгвальним або буккальним шляхом є ефективнішим і краще переноситься, ніж його пероральний прийом (РД 1, КД А).

- Між 7 та 9 тижнями вагітності через 24–48 годин після перорального прийому міфепростону слід призначити мізопростол дозою 800 мкг вагінально, буккально або сублінгвально, за необхідності призначається додаткова доза 400 мкг через 3–4 години (КД А).
- Показник успішності лікування при застосуванні цих варіантів перевищує 98% (РД 1).
- Між 7 і 9 тижнями гестації, зазвичай, не має необхідності в регулярному повторенні прийому мізопростолу, але таке повторення рекомендується проводити після 9 тижнів (КД В).
- Між 9 та 12 тижнями вагітності через 24–48 годин після перорального прийому міфепростону слід призначити мізопростол дозою 800 мкг вагінально, буккально або сублінгвально. До експульсії ембріона можна вводити вагінально, буккально або сублінгвально до 5 додаткових доз по 400 мкг мізопростолу через кожні 3 години (РД 2, КД В).
- Після 12 тижнів гестації через 24–48 годин після перорального прийому міфепростону призначають повторні дози мізопростолу. Початкова доза мізопростолу, що вводиться вагінально, становить 800 мкг. До настання експульсії плода можна вводити вагінально, буккально або сублінгвально до 5 додаткових доз по 400 мкг мізопростолу через кожні 3 години (РД 2, КД В).

Між 9 та 14 тижнями можуть бути застосовані як медикаментозні, так і хірургічні методи. Жінок необхідно поінформувати про переваги та недоліки кожного методу відповідно до гестаційного віку та можливих побічних ефектів, щоб вони могли зробити усвідомлений вибір на основі власної ситуації та ставлення до кожної методики.

- Грудне вигодовування, ожиріння, багатоплідна вагітність та кесарів розтин в анамнезі не є протипоказаннями до виконання медикаментозного аборт. Немає жодних доказів на підтвердження модифікації протоколу виконання медикаментозного аборт в таких ситуаціях (ПК).

- Контроль больових відчуттів з подальшим використанням все більш потужних анальгетиків є важливим для забезпечення комфорту жінки (ПК).

Ступінь болю та ефективність його послаблення слід оцінювати за допомогою візуальної аналогової шкали або цифрової шкали.

- Флороглюцинол не показав своєї ефективності (РД 1), і тому не рекомендується (КД А).
- Парацетамол є недостатньо ефективним для полегшення болю при елективних абортах (РД 1).
- Ібупрофен є ефективнішим, ніж парацетамол (РД 1).
- Його доза становить 400–600 мг, за необхідності повторюється, але не більше 1200 мг (ПК).
- Рутинне призначення ібупрофену не є ефективнішим, ніж його прийом на вимогу (РД 1), але з організаційних причин воно може бути організоване саме рутинно (ПК).
- Наразі відсутні рекомендації щодо часових термінів застосування анальгезії (ПК).
- За відсутності факторів ризику і симптомів невизначеної локалізації вагітності не є протипоказанням до виконання медикаментозного аборт. Однак рекомендується, щоб жінки були поінформовані про ризики, пов'язані з недіагностуванням позаматкової вагітності, та про її попереджувальні ознаки (ПК).
- У такому випадку до і після виконання процедури аборт рекомендується спостереження за рівнями ХГЛ у плазмі (ПК).
- Можна зробити висновок про успішність процедури, якщо концентрація ХГЛ знижується на 50% на 5 день і на 80% на 7 день після її виконання (РД 3).
- Хоча подальше спостереження і консультування не є клінічно важливими, слід переконатись в ефективності проведення аборт (РД 2, КД В).
- Для такої перевірки також можуть бути використані інші методи, більш гнучкі і краще адаптовані до умов життя жінки (самотестування, телемедицина). Однак консультації після аборт можуть мати іншу мету (контрацепція, отримання відгуків про перебіг аборт) і тому повинні пропонуватись на системній основі (ПК).



- Опитування жінки — самостійне чи у поєднанні з клінічними дослідженнями — не дозволяє достовірно визначити, що аборт був успішним (РД 1).
- Для оцінки успішності медикаментозного аборт можна використувати аналіз рівнів ХГЛ у сироватці через 15 днів після його виконання (КД В).
- Зниження рівнів ХГЛ більше, ніж на 80% через 15 днів після медикаментозного аборт є показником його успішності (КД В).
- Для контролю результатів медикаментозного аборт також можна використовувати тест сечі на вагітність (РД 2).
- Його можна виконувати в домашніх умовах, застосовувати через 2 тижні після здійснення аборт і поєднувати з методом подальшого контролю в телефонному режимі (КД В).
- Мізопростол є препаратом першої лінії підготовки шийки матки, його застосування спрямоване на зменшення показника ускладнень, пов'язаних з хірургічною процедурою (КД А).
- Він є ефективнішим для дилатації шийки матки порівняно з гемепростом або донаторами NO (іzosorbід мононітрат або спрей ізосорбїду динітрату) і має менше побічних ефектів (РД 1).
- Жінки віддають перевагу призначенню мізопростолу перед застосуванням ламінарій (КД А).
- Для підготовки шийки матки рекомендується доза мізопростолу 400 мкг, оскільки вона є ефективнішою, ніж доза 200 мкг (КД А).
- Вища доза не є ефективнішою і гірше переноситься (КД В).
- Коли мізопростол використовують перед процедурою вакуумної аспірації, жінка може обирати між двома шляхами введення: вагінальним, за 3 години до процедури (КД А) (добре співвідношення ефективності/переносності), або сублінгвально за 1–3 години до процедури (КД А) через його вищу ефективність (РД 1).
- Жінці необхідно повідомити, що сублінгвальний шлях введення пов'язаний з частішими побічними ефектами з боку шлунково-кишкового тракту, ніж вагінальний (КД В).
- Вагінально препарат жінка може вводити самостійно, або це може зробити лікар (ПК).
- Застосування міфепрїстону без мізопростолу перед хірургічним аборт не було адекватно оцінене. Додавання 200 мг міфепрїстону до мізопростолу за 24–48 год. до виконання процедури є ефективним для жінок у терміні вагітності від 12 до 14 тижнів (РД 2).
- Для зменшення болю під час хірургічного втручання та після операції рекомендується регулярне застосування нестероїдних протизапальних препаратів (КД В).
- Передопераційна аналгезія може включати призначення 600 мг ібупрофену (ПК).
- Для цих показань флороглюцінол застосовувати не рекомендується (КД В).
- Не існує клінічно значущої різниці між ризиками застосування загальної та місцевої анестезії (РД 4).
- Жінки висловлюють високу задоволеність лікуванням подібну для обох типів знеболення (РД 2).
- Тип анестезії має обирати жінка після пояснення ризиків та переваг різних варіантів (КД В).
- Метод анестезії, що найчастіше оцінюється при елективних абортах, — це локальна парацервікальна блокада (ЛПБ). Не було показано, що інші види місцевої анестезії перевершують її за ефективністю (РД 1).
- Таким чином, ЛПБ можна вважати методом першої лінії місцевої анестезії для елективного аборт (ПК).
- При ЛПБ ін'єкція 1% лідокаїну може бути проведена у 2 або 4 точках на глибину більше 1,5 см (КД В).
- Для виконання ЛПБ може використовуватися 4 дози 5% лідокаїнового спрею (ПК).
- Використання 2% лідокаїнового гелю за 30–45 хвилин до початку процедури є неінвазивною альтернативою (КД В).
- Вакуумна аспірація є кращим методом порівняно з кюретажем (КД В).
- Електрична та ручна аспірація є дуже ефективними методами з низьким ризиком і добре сприймаються жінками (КД А).
- Жінки віддають суб'єктивні переваги ручній аспірації (КД В).
- Перевагу застосуванню електричної аспірації слід надавати після 9 тижнів гестації (ПК).
- Для оцінки успішності втручання в найближчому післяопераційному періоді не рекомендується застосовувати кюретаж (ПК).
- Призначення парацетамолу, окремо або в комбінації з кодеїном, не продемонструвало ефективної аналгезії після хірургічного аборт (РД 2).
- Тому рутинне призначення парацетамолу не рекомендується (КД В).
- При виписці жінка повинна отримати протокол операції, що надає достатню інформацію будь-якому іншому лікарю, який може бути задіяний у лікуванні можливих ускладнень (ПК).
- Консультація після аборт має декілька цілей (перевірка ефективності процедури, контрацепція, отримання відгуків про процедуру аборт), тому має здійснюватися на регулярній основі (ПК).
- Відмінності в показниках успішності виконання, наявності побічних ефектів і травм органів між хірургіч-

Хірургічний аборт [7]

- Елективні хірургічні аборти показують високий рівень успіху незалежно від терміну вагітності, починаючи з 7 тижнів (РД 2).
- Міжнародні дані про доцільність та безпечність практики виконання елективних абортів поза госпітальною системою — в приватних клініках — є обнадійливими (РД 2).
- Однак нині у Франції немає даних, що дозволили б порівняти показники успішності чи ризиків, пов'язаних з елективними хірургічними абортами, в госпітальних умовах та медичних центрах, що не входять до госпітальної системи країни (ПК).

Настанова Французького коледжу акушерів-гінекологів від 2012 року стосовно антибіотикопрофілактики хірургічних абортів, оновлена у 2016 році, залишається чинною [14].

- Перевагу слід надавати рутинній антибіотикопрофілактиці (КД А).
- Підготовка шийки матки дозволяє скоротити кількість рідкісних, але потенційно тяжких ускладнень (РД 1) ціною більш частого виникнення несерйозних побічних ефектів (РД 1), і тому рекомендується для систематичного застосування при елективних хірургічних абортах (ПК).



ними та медикаментозними елективними абортами є дуже незначними (РД 2).

- Відповідно, вибір між хірургічним і медикаментозним методом має робити жінка незалежно від терміну вагітності. При цьому їй слід пояснити переваги і недоліки обох процедур (ПК).

Ускладнення елективного абортів [8]

- Перфорація матки під час хірургічної аспірації є рідкісним явищем, що не завжди може бути розпізнаним. Можливо, що за відсутності ознак подразнення очеревини, посилення болю і ознак крововтрати, необхідності в жодних діях не виникне (ПК).
- Ділянка перфорації матки, що виникла під час хірургічної аспірації, не повинна вважатись рубцем на матці (ПК).
- Видалення залишків продуктів зачаття (ПЗ) після елективного медикаментозного абортів не має відрізнятись від такого після спонтанної втрати вагітності (ПК).
- ПЗ мають бути видалені або за допомогою хірургічної аспірації, або введення мізопростолу; вичікувальна тактика не рекомендується. За відсутності клінічних симптомів нормальне відновлення менструацій можна вважати підтвердженням відсутності залишків ПЗ (ПК).
- Якщо симптоми присутні, або залишки ПЗ зберігаються після менструації, вміст матки необхідно евакуйувати під гістероскопічним контролем (КД А).
- Такої ж тактики після хірургічного абортів дотримуються у разі, якщо клініка за наявності залишків ПЗ вимагає негайної хірургічної аспірації (ПК).
- Введення мізопростолу перед хірургічною аспірацією знижує ризик неповного абортів (РД 2).

Виникнення кровотечі внаслідок елективного абортів є досить рідкісним явищем (1 % випадків) з переливанням крові в 0,1 % випадків. Кровотеча, що асоціюється з виконанням медикаментозного абортів, вимагає екстреної хірургічної аспірації. Нині ризик смерті, пов'язаний з проведенням елективного абортів в країнах, де такий аборт

є легальним, становить менше однієї жінки на 100 тис., що значно менше, ніж ризик смерті під час пологів.

- Хірургічний аборт не асоціюється з підвищеним ризиком безпліддя в майбутньому (РД 2).
- Наявність елективного абортів в анамнезі не є фактором ризику для спонтанного абортів, якщо інтервал між елективним перериванням і наступною вагітністю перевищує 3 місяці. Втім ризик спонтанного абортів, якщо вагітність настала раніше, ніж 3 місяці після абортів, є достатньо низьким, тому немає необхідності рекомендувати жінкам чекати 3 місяці після елективного абортів до початку нової вагітності (ПК).
- Наявність елективного абортів в анамнезі не є фактором ризику виникнення позаматкової вагітності (РД 2).
- Загалом, хірургічний аборт, виконаний шляхом аспірації, не збільшує ризик аномальної плацентації при наступній вагітності (РД 2).
- Хірургічний аборт у I триместрі, виконаний шляхом аспірації, не є фактором ризику передчасних пологів у майбутньому (РД 2).
- Медикаментозний аборт, навіть повторний, не пов'язаний з підвищеним ризиком передчасних пологів у майбутньому (РД 2).
- Rh-негативні жінки, яким виконують елективний аборт, повинні отримувати профілактичну терапію резус-антитілами незалежно від терміну вагітності (КД В).
- Елективний аборт не є фактором ризику раку молочної залози (РД 2).

Психологічні аспекти при виконанні елективних абортів [9]

- Консультація лікаря перед елективним абортів зазвичай не впливає на рішення про переривання або продовження вагітності, і більшість жінок під час консультації досить переконані у своєму виборі. Ці візити покликані надати необхідну інформацію та вислухати жінку (ПК).
- Присутність і наявність групи підтримки є важливими для формулювання запитань стільки разів, скільки необхідно, щоб жінка зрозуміла все, що вона повинна почути (ПК).

- Бажано, щоб установа мала спеціальні години прийому, виділені тільки для жінок, які прийняли рішення про здійснення елективного абортів (ПК).
- Консультації перед абортів не тільки забезпечує жінці свободу вибору (ПК), а й надає їй можливість вільно описати свою історію, поставити запитання і висловити зауваження (ПК).
- Рекомендується запитати жінку/пару, чи хочуть вони побачити ультразвукові знімки вагітності (КД С).
- Жінка має отримати однакову якість підтримки незалежно від обраного методу виконання абортів (ПК).
- Інформація про кожний метод переривання вагітності має бути надана чітко та інформативно (ПК).
- Після отримання відповідної інформації, жінка має обрати метод анестезії (КД С).
- При консультуванні не слід наполягати на використанні того чи іншого методу; замість цього необхідно якомога об'єктивніше розповісти про усі методи, наявні в установі (ПК).
- Важливо запитати у жінки, скільки часу їй потрібно, щоб визначитися з датою здійснення елективного абортів. Рекомендовано запропонувати жінці під час очікування на проведення абортів пройти консультування в інших фахівців (лікар, акушерка, консультант зі шлюбно-сімейних стосунків, психолог, соціальний працівник) (ПК).
- Оскільки клінічне ультразвукове датування терміну вагітності є неточним (± 5 днів), жінці необхідно залишити достатньо часу на прийняття рішення, навіть при гестаційному віці, близькому до межі, визначеної законом. Рекомендовано не відхиляти запит жінки на консультацію щодо елективного абортів незалежно від терміну вагітності, навіть у випадку терміну, що перевищує 14 тижнів (ПК).
- Партнеру жінки також необхідно запропонувати можливість підтримки (ПК).
- Рекомендується, щоб професіонал, який консультував пару щодо проведення медикаментозного абортів в домашніх умовах, залишався в межах швидкої доступності для проведення додаткового консультування в разі його необхідності (ПК).



- Жінки обирають найбільш прийнятний для себе метод і найбільше задоволені, коли їм вдалося зробити власний вибір (КД В).
- З психологічної точки зору, самостійний вибір методу має бути запропонований жінкам незалежно від терміну вагітності (ПК).
- Постачальники медичних послуг повинні усвідомлювати важливість адаптації своєї поведінки та особливостей спілкування до кожної жінки (ПК).
- Жінка може поставити запитання про те, що відбувається з продуктами зачаття. Важливо вміти використовувати відповідні слова, відповідаючи на це запитання (ПК).
- Згідно з літературними даними, звернення з приводу елективного абортів не пов'язане з підвищеним рівнем психологічних порушень (РД 2).
- Однак жінки з психіатричними захворюваннями в анамнезі мають вищий ризик психологічних розладів після виникнення незапланованої вагітності, ніж жінки без такої історії (РД 2).
- Необхідно забезпечити підтримку всіх жінок з незапланованою вагітністю незалежно від результату вагітності (КД В).
- Виявлення вразливих груп жінок відбувається в закладах проведення елективних абортів, після чого пацієнтку спрямовують до відповідних служб підтримки (експертна думка).

Контрацепція після абортів [10]

- Засоби оберненої контрацепції тривалої дії — внутрішньоматкові засоби і контрацептивні імпланти — виявились найефективнішими для попередження повторення елективних абортів, особливо якщо їх застосування розпочати відразу після абортів (РД 3).
- У випадку виконання хірургічних абортів застосування комбінованих гормональних контрацептивів — пероральних або трансдермальних — слід розпочинати в день абортів, тоді як вагінальне кільце необхідно вводити через 5 днів (КД В).
- При медикаментозних абортах вагінальне кільце слід вводити через тиждень після введення міфепрестону,

- тоді як застосування пероральних або трансдермальних комбінованих гормональних контрацептивів слід розпочинати в день призначення мізопростолу або наступного дня (КД С), оскільки вони не чинять впливу на абортивну ефективність міфепрестону (РД 2).
- Прийом прогестагенів слід розпочинати лише в день хірургічного абортів їх слід призначати в день призначення мізопростолу або наступного дня (ПК).
- Імпланти слід використовувати в день виконання хірургічного абортів (КД В) і в день введення міфепрестону (або пізніше) у випадку медикаментозних абортів (КД С). Таке раннє використання імплантів не асоціюється з підвищеним ризиком невдачі медикаментозного абортів (РД 3).
- У випадках виконання хірургічного абортів негайне введення ВМК є процедурою з низьким ризиком; при її виконанні інфекційні ускладнення та перфорації є рідкісними. Показники експульсії ВМК у цій ситуації є вищими, проте ці показники відповідають терміну використання ВМК 6 місяців (РД 1).
- Відповідно, ВМК на основі міді або внутрішньоматкова система з вивільненням левоноргестрелу переважно повинні бути встановлені в день виконання хірургічного абортів (КД А).
- Після виконання медикаментозних абортів ВМК можна вводити через 10 днів після введення міфепрестону, провівши спочатку ультразвукове дослідження для перевірки відсутності внутрішньоматкової вагітності (КД С), оскільки при цьому показник експульсії, інфекцій, перфорацій або кровотеч не перевищує відповідного значення для випадків із затримкою введення (РД 3).
- Хоча немає даних про потенційний перехресний вплив між лікарськими засобами, що використовуються для елективного абортів, та тими, що використовуються для екстреної контрацепції, в ситуаціях ризику доцільно запропонувати застосування екстрених контрацептивів після елективного абортів (незалежно від часу, що минув після його виконання) (ПК).

Література

1. Agostini A, Vayssiere C. Guidelines for clinical practice: «Induced Abortion». Introduction. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2016;45:1458.
2. Gaudineau A, Agostini A, Vayssiere C. Induced abortion guidelines for clinical practice -methods. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2016;45:1459-61.
3. HAS. Les recommandations pour la pratique clinique. Base methodologique pour la realisation en France. 2018. Available: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_431294/les-recommandations-pour-la-pratique-clinique-base-methodologique-pour-leur-realisation-en-france.
4. Vigoureux S. Epidemiology of induced abortion in France. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2016;45:1462-76.
5. Wylomanski S, Winer N. Role of ultrasound in elective abortions. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2016;45:1477-89.
6. Bettahar K, Pinton A, Boisrame T, Cavillon V, Wylomanski S, Nisand I, et al. Medical induced abortion. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2016;45:1490-514.
7. Linet T. Surgical methods of abortion. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2016;45:1515-35.
8. Faucher P. Complications of termination of pregnancy. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2016;45:1536-51.
9. Attali L. Psychological aspects of abortion. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2016;45:1552-67.
10. Ohannessian A, Jamin C. Post-abortion contraception. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2016;45:1568-76.
11. Beucher G, Dolley P, Carles G, Salaun F, Asselin I, Dreyfus M. Misoprostol: off-label use in the first trimester of pregnancy (spontaneous abortion and voluntary medical termination of pregnancy). J Gynecol Obstet Biol Reprod 2014;43:123-45.
12. Marret H, Simon E, Beucher G, Dreyfus M, Gaudineau A, Vayssiere C, et al. Overview and expert assessment of off-label use of misoprostol in obstetrics and gynaecology: review and report by the College National des Gynecologues Obstetriciens Francais. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2015;187(April):80-4.
13. Silvo S, Bajos N, Ducot B, Kaminski M. Women's life cycle and abortion decision in unintended pregnancies. J Epidemiol Commun Health 2003;57:601-5.
14. Brun JL, Graesslin O, Fauconnier A, Verdon R, Agostini A, Bourret A, et al. Updated French guidelines for diagnosis and management of pelvic inflammatory disease. Int J Gynaecol Obstet 2016;134:121-5.

Переклад О. М. Щербаня

