

© Чебан О.С., Зарбаилова Н.К.

УДК: 618.39-085.2/.3-053.6

Чебан О.С.^{1,2}, Зарбаилова Н.К.²

¹Центр Репродуктивного Здоровья и Планирования Семьи при Государственном учреждении "Республиканский центр матери и ребенка" (ул. Свердлова, 84, г. Тирасполь, МД-3300), ²Университет Медицины и Фармации им. Николая Тестемицану Республики Молдова (бул. Штефан Чел Маре, 165, г. Кишинев, Республика Молдова, МД-2004)

ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО АБОРТА У ПОДРОСТКОВ

Резюме. *Нежелательная беременность оказывает негативное влияние на репродуктивное здоровье подростков. Медикаментозный аборт (МА) - это очень безопасная процедура по сравнению с другими исходами беременности у подростков. Пятилетний опыт проведения МА у подростков позволил нам выявить ряд особенностей: высокую эффективность и безопасность, принятие подростками, одновременное желание минимального вмешательства других лиц и потребность в психологической поддержке, которая может быть оказана квалифицированной акушеркой.*

Ключевые слова: *медикаментозный аборт, подростки, особенности.*

Введение

Ежегодно в мире беременность наступает у 208 миллионов женщин, у 41% из них беременность является нежелательной [9]. Всемирная Организация Здравоохранения (ВОЗ) признала аборт серьезной проблемой охраны репродуктивного здоровья женщин, так как аборт продолжает оставаться во многих странах одним из основных средств прекращения нежелательной беременности [1, 8, 10]. Нежелательная беременность является одним из наиболее значимых факторов, оказывающих влияние на репродуктивное здоровье подростков. Девушки подросткового возраста подвергаются в 2,0-2,5 раза более высокому риску осложнений аборта и более высокому риску смерти в результате аборта, чем женщины старшего возраста [4]. Ежегодно 3 млн. девушек проводят небезопасный аборт, а смертность от абортотворения среди девочек до 16 лет в 4 раза выше, чем в старшей возрастной группе [7]. В развивающихся странах в результате осложнений небезопасных абортотворений умирает 59 женщин на 100 000 живорождений [3], в то время как в результате беременности и родов умирает 260 женщин на 100 000 живорождений (WHO, 2010). Самый высокий риск материнской смертности угрожает девушкам до 15 лет.

Согласно ВОЗ, аборт представляет собой безопасную медицинскую процедуру в случае его проведения квалифицированным персоналом, с использова-

нием соответствующего оборудования, надлежащим способом, а также с соблюдением санитарных стандартов (ВОЗ, 2013 г.). Медикаментозный аборт это очень безопасная процедура по сравнению с другими исходами беременности. Таким образом, если аборт проводится квалифицированным медработником при соблюдении противопоказаний и санитарных норм, то он гораздо безопаснее, чем беременность и рождение ребенка, особенно в подростковом возрасте [1].

Цель - данная публикация имеет целью осветить особенности проведения медикаментозного аборта у подростков на основе опыта накопленного в Центре репродуктивного здоровья и планирования семьи, город Тирасполь, в период с 2009 по 2014 год.

Материалы и методы

В Центре Репродуктивного Здоровья и Планирования Семьи (ЦРЗ), г. Тирасполь в период с 2010 по 2014 год проведено 906 медикаментозных абортотворений, из которых у подростков до 19 лет - 124. Нами проанализированы случаи проведения медикаментозного аборта у подростков на основании статистических отчетов, учетной формы проведения абортотворения, листов самоконтроля, вопросников качества проведенной процедуры и удовлетворенности клиентов. В ряде случаев вместо заполнения листов и опросников использовался метод интервьюирования.

Результаты. Обсуждение

Первый опыт применения медикаментозного аборта (МА) получен нами при поддержке проекта "Приемлемость Медикаментозного прерывания беременности в сроке до 63 дней аменореи с использованием 200 мг Мифепристона и 400 мкг Мизопростола в Приднестровье" в 2009 году при сотрудничестве с экспертами ВОЗ. При внедрении безопасного аборта в ЦРЗ использован системный подход, заключающийся в поэтапном внедрении данной процедуры с обязательным сертификационным обучением персонала, апробацией инновационных схем. Правила медикаментозного прерывания беременности, порядок, условия и ответственные лица были разработаны и утверждены в ЦРЗ на основании рекомендаций ВОЗ, 2003 г. Обучение теме "Безопасный аборт" прошли все сотрудники ЦРЗ. Средний медицинский персонал владеет навыками консультирования до и после аборта и консультирования по контрацепции. Особое внимание мы уделяем информированному выбору женщины при прерывании беременности, без давления третьих лиц и прямого влияния на решение женщины. Эта особенность "не влияния на решение о нежеланной беременности" связано с тем, что "рождение в результате нежеланной беременности влечет за собой повышенный риск отрицательного психосоциального развития и психического благополучия" [2].

Центр Репродуктивного Здоровья и Планирования Семьи г. Тирасполь является ведущим медицинским учреждением в Приднестровье, оказывающим услуги в области безопасного аборта, что объясняет высокий удельный вес медикаментозного прерывания беременности по сравнению с регионом в целом. В 2010 году медикаментозные абортыв составляли 8,3% от всех прерываний беременности в ГУ "РЦМиР", а в 2014 году уже 12,1% (рис. 1). Удельный вес медикаментозных прерываний беременности в Приднестровье увеличился с 0,6% в 2008 году до 5,1% в 2014 году.

Показанием для прерывания беременности медикаментозным методом является: желание женщины, сведения из анамнеза об отсутствии очередной менструации до 63 дней аменореи, наличие маточной беременности по данным гинекологического обследования и по данным ультразвукового исследования (УЗИ), а также отсутствие противопоказаний для ее прерывания медикаментозным методом. Соответственно, первый этап медицинской помощи по прерыванию беременности медикаментозным методом в ЦРЗ включает: диагностику беременности, определение срока беременности и подтверждение методом УЗИ. С согласия женщины будут проведены дополнительные обследования: скрининг на сифилис; определение ВИЧ-статуса; и микроскопическое исследование мазков из влагалища, цервикального канала. Прерывание беременности осуществляется, не дожидаясь результатов вышеречисленных исследований.

Обязательным условием при проведении процеду-

ры аборта является консультирование по схеме: эффективность метода, альтернатива, механизм действия, побочные эффекты (диарея, тошнота, рвота, головкружение, гипертермия), понимание метода, возможные осложнения с подписанием пациенткой информированного согласия. У несовершеннолетних до 15 лет, а также признанных в установленном законом порядке недееспособными, если они по своему состоянию не способны дать информированное добровольное согласие, аборт производится при наличии информированного добровольного согласия одного из родителей или иного законного представителя.

Консультирование врачом акушером-гинекологом или специально обученным средним медицинским работником носит конфиденциальный характер, и имеет целью предоставить женщине полную информацию о порядке выполнения процедуры аборта. Подростки имеют возможность задать интересующие их вопросы и получить на них ответы. В услуге будет отказано женщинам подросткам, действующим по принуждению или под давлением третьих лиц. В таких случаях мы направляем женщину к психологу, социальному работнику, в Кризисный центр или откладываем процедуру. Из общего числа проведенных медикаментозных прерываний подросткам услугами психологического консультирования воспользовалось всего 5 клиенток, что по нашему мнению связано с низким доверием населения к психологической службе, чему способствуют негативное отношение к психологической службе самих медицинских работников, средств массовой информации, и частая подмена понятия психолог понятием психиатр. Наши наблюдения показывают, что психологическая помощь должна стать обязательным компонентом услуг по прерыванию беременности именно у подростков.

Назначение и прием внутрь 200 мг Мифепристона проводится в присутствии врача или специально обученной акушерки, под наблюдением которого подросток находится в течение одного-двух часов. Спустя 24 часа женщина возвращается в клинику и получает сублингвально 400 мкг Мизопростола. По желанию женщина принимает Мизопростол в домашних условиях. Подростки в 99% случаев выбирают возвращение в клинику, где в специально оснащенной комнате отдыха, в удобно расположенном месте ЦРЗ они принимают Мизопростол. В течение 3 часов ведется наблюдение за состоянием здоровья женщины специально обученной акушеркой, которая оказывает психологическую поддержку, фиксирует и купирует под контролем врача возникающие побочные эффекты. По истечении трех часов при необходимости назначается повторная доза препарата [8, 9]. Все сведения о проведении и течении медикаментозного аборта фиксируются в амбулаторной карте пациентки. Когда подросток покидает клинику, на руки выдается памятка о симптомах требующих срочного обращения к врачу и номера телефонов врача и акушерки, производивших прерывание

беременности. Все подростки, которым была прервана беременность медикаментозным методом, вернулись в клинику через 10-14 дней, и методом УЗИ была подтверждена эффективность процедуры в 100% случаев. Всем подросткам, покинувшим клинику после осуществления медикаментозного аборта, был подобран метод контрацепции, а в 60% случаев контрацептивы выданы на руки.

Недостатком проведения медицинского аборта подросткам в нашем Центре можно считать тот факт, что процедура является платной, что ограничивает ее доступность для подростков. Средняя стоимость процедуры в целом составляет эквивалент 50 долл. США, из которых 20% приходится на цену услуги медицинского учреждения, от 10% до 20% УЗИ, и 60% - 70% составляет стоимость препаратов. С 2015 года стало возможным приобретение в аптеках комбинированного препарата Medabon, содержащего 200 мг Мифепристон и 800 мкг Мизопростол, стоимостью 15 долл. США. Возможно бесплатное проведение аборта до 18 лет, при наличии заключения врачебной консультативной комиссии, для предоставления которого требуется письменное заявление одного из родителей подростка. Данное положение противоречит Закону о репродуктивном здоровье, согласно которому после 16 лет решение о прерывании беременности подросток может принимать самостоятельно. За пятилетний период, только одна женщина-подросток воспользовалась данной возможностью.

В исследование были включены женщины в возрасте до 19-ти лет, желающие прервать беременность сроком до 63 дней аменореи и не имеющие противопоказаний. 72% пациенток узнали о процедуре от медицинских работников, 20% от знакомых и 8% из наглядной информации в медицинском учреждении. Характеристика участниц исследования: возраст 13-19 лет, средний возраст 17,8 лет, посещают среднюю школу 83 (66,9%), уже имеют ребенка - 7 (5,6%), повторный аборт у 13 (10,5%). В опросниках качества проведенной процедуры и удовлетворенности клиентов, заполняемых женщинами после аборта, основной причиной, по которой они предпочли выбранный метод, указывалось отсутствие хирургических манипуляций и наркоза (94,2%). Так же отмечены: частный конфиденциальный характер процедуры - 51,4%, отсутствие осложнений 37,5%; простая, быстрая, несложная процедура 16,0%. Среди важных недостатков МА отмечены боль или схваткообразные боли (46,7%); волнение и ожидание неудачи (46,0%); тошнота и рвота (11,3%); кровотечение (4,0%). Удовлетворены или очень удовлетворены процедурой 98% женщин, 80% благодаря сохранению конфиденциальности. На удовлетворенность влияла перенесенная боль. Посоветовали бы медикаментозный аборт подруге 100% женщин.

Доля подростков из общего числа женщин, которым было проведено медикаментозное прерывание

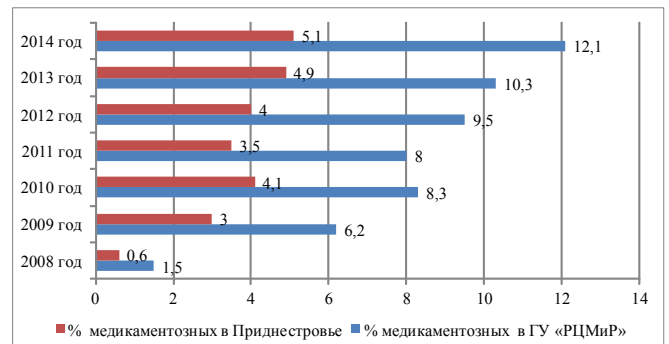


Рис. 1. Удельный вес медикаментозных абортов в Приднестровье и в Центре Репродуктивного Здоровья и Планирования Семьи, г. Тирасполь.

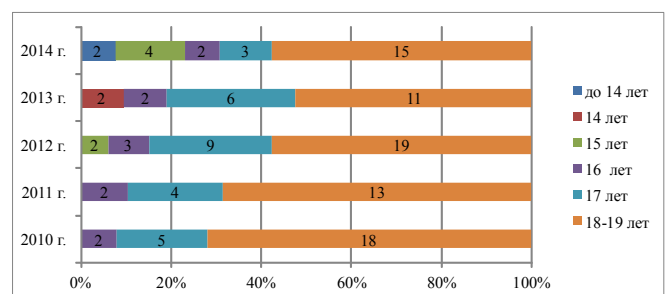


Рис. 2. Количество подростков, которым проведен медикаментозный аборт.

беременности в ЦРЗ, составила 13,7%, 24,2% услуг были оказаны женщинам 20-24 лет и остальные 62,1% были старше 25 лет. В группе подростков 4 (3,2%) пациенток были в возрасте до 15 лет; 6 (4,8%) 15 лет, 38 (30,7 %) были из возрастной группы 16-17 лет и 76 (61,3%) - старше 17 и младше 19 лет. Следует отметить, что в 2010 и 2011 гг. не зарегистрировано ни одного случая МА у подростков младше 16 лет, а в 2014 г. этот показатель составил 6 случаев. В целом тенденция "омоложения" МА подтверждается и сохраняется последние три года (рис. 2).

В процессе аборта самой частой жалобой у женщин была схваткообразная боль (83,1%), и почти две трети пациенток (65%) ощущали тошноту. Обычное кровотечение отмечалось у 100% девушек в возрасте до 17 лет, в старшей же возрастной группе отмечалось сильное кровотечение, 4,8% от общего числа побочных эффектов. В этой же группе отмечался озноб и температура (8,9%) и другие симптомы (4,0%). Таким образом, из общего числа зарегистрированных побочных явлений 60% приходится на женщин старше 18 лет и 86,5% на тех, кто старше 17 лет.

Интервьюирование подростков показало высокую степень доверия к медицинским работникам и к Центру Репродуктивного Здоровья. Подростки выражали надежду, что процедура не повлияет на возможность рождения детей в будущем. Присутствие медицинского работника способствует уверенности подростка в успешности процедуры и хорошему психологическому

му настрою. Старшие подростки очень ценят возможность сохранить процедуру в тайне, особенно от родителей. Чувство стыда и страх перед родителями, как и чувство вины, были наиболее часто выражаемыми эмоциями. Подростки, пришедшие с партнером (76%), были психологически устойчивы и уверены в правильности принятого решения. Наш опыт подтверждает важную роль мужчины как партнера в реализации репродуктивных прав женщины.

Выводы и перспективы дальнейших разработок

1. Медикаментозный аборт показал себя как высокоэффективный и безопасный метод прерывания беременности у подростков, особенно в раннем возрасте.
2. Подростки предпочитают медикаментозный метод прерывания незапланированной беременности, так

как отсутствует инвазивный компонент медицинской процедуры и минимальны медицинские вмешательства.

3. Понятие конфиденциальности аборта для девушек-подростков старшего возраста сопряжено с проведением процедуры без присутствия или вмешательства членов семьи или других посторонних лиц.

4. Для девушек подростков до 17 лет важно присутствие партнера (мама, друг, медицинский работник), особенно после приема Мизопростона, несмотря на редко встречающиеся побочные эффекты.

5. Качественные услуги по проведению медикаментозного аборта подросткам могут быть оказаны при активном участии квалифицированной акушерки.

Полученные нами выводы представляют интерес в контексте предоставления медицинских услуг, ориентированных на клиента и требуют углубленного изучения на большем количестве случаев.

Список литературы

1. Безопасный аборт: рекомендации для системы здравоохранения по вопросам политики и практики. - [Второе изд.]. - Всемирная организация здравоохранения, 2013г. - С. 125. - Режим доступа: www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/9789241548434/ru/
2. Henry P. David. Born Unwanted, 35 Years Later: The Prague Study // Reproductive Health Matters. - 2008. - Vol. 14, Issue 27. - P. 181-190.
3. Доказательства говорят сами за себя: Десять фактов об абортах / [Кристен Андерсон, Дебби Биллингс, Тамара Феттерс и др.] - Irap, Российская Ассоциация "Народонаселение и Развитие", 2011. - С. 56. - Режим доступа: www.za-vybor.ru
4. Куликов А. М. Участие педиатра в охране репродуктивного здоровья детей и подростков / А.М. Куликов, П.Н. Кротин, О.В. Панова // Фармака. - 2011. - № 6. - Режим доступа: www.medvestnik.ru/library/article/8094
5. Льевре М. Мета-анализ приема 200 или 600 мг мифепристона в сочетании с двумя видами простагландинов для прерывания беременности на ранних сроках (оригинальная научная статья) / Мишель Льевре, Регине Ситрук-Варе // Фармака. - 2014. - № 4. - Режим доступа: www.medvestnik.ru/library/article/13216
6. Проведение медикаментозного аборта в условиях нехватки ресурсов: вводное руководство. - [Второе изд.] // Gynuity Health. Project. - 2009. - С. 41-46. - Режим доступа: http://gynuity.org/downloads/clinguide_maguide2ndedition_ru.pdf
7. Уварова Е. В. Современное решение проблемы незапланированной беременности у юных женщин. Аборты у подростков. Проблемы и пути их решения. Тезисы для лекции. "Открытые медицинские коммуникации" / Уварова Е. В. - Режим доступа: <http://openmedcom.ru/lections/243>
8. Levin C. Exploring the costs and economic consequences of unsafe abortion in Mexico City before legalization / C. Levin // Reproductive Health Matters. - 2009. - Vol. 17. - P. 120-132. - Режим доступа: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1952358>
9. Singh S. Abortion worldwide: a decade of uneven progress / Singh S. - New York: Guttmacher Institute, 2009. - Режим доступа: <https://www.guttmacher.org/pubs/Abortion-Worldwide.pdf>
10. Unsafe abortion: global and regional estimates of unsafe abortion and associated mortality in 2008. - [3rd ed.]. - Geneva, World Health Organization, 2011. - Режим доступа: www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/9789241501118/en/

Чабан О.С., Зарбаилова Н.К.

ОСОБЛИВОСТІ ПРОВЕДЕННЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО АБОРТУ У ПІДЛІТКІВ

Резюме. Небажана вагітність чинить негативний вплив на репродуктивне здоров'я підлітків. Медикаментозний аборт (МА) - це дуже безпечна процедура в порівнянні з іншими наслідками вагітності у підлітків. П'ятирічний досвід проведення МА у підлітків дозволив нам виявити ряд особливостей: високу ефективність і безпеку, прийняття підлітками, одночасне бажання мінімального втручання інших осіб і потреба в психологічній підтримці, яка може бути надана кваліфікованою акушеркою.

Ключові слова: медикаментозний аборт, підлітки, особливості.

Чeban O.S., Zarbailova N.C.

PECULIARITIES OF ADOLESCENTS' MEDICAL ABORTION

Summary. Unwanted pregnancy has a negative effect on adolescent reproductive health. Medical abortion (MA) is a very safe procedure compared to other pregnancy outcomes in adolescents. The five-year's experience of MA in teenagers allowed us to identify a number of features: high efficiency and safety, adolescents' compliance, the simultaneous desire of minimum interventions from other persons and the need for psychological support that can be provided by qualified midwife.

Key words: medical abortion, adolescents, peculiarities.

Рецензент - д.м.н., проф. Ецко Л.А., д.м.н., проф. Азбукина Л.Н.

Статья поступила в редакцию 01.12.2015 г.

Чeban Оксана Сергеевна - зав. Центром Репродуктивного Здоровья и Планирования Семьи при Государственном учреждении "Республиканский центр матери и ребенка"; + 373 77 78-03-64; oksana.ceban@mail.ru

Зарбаилова Наталья Константиновна - мастер ОЗ, к.м.н., доц. кафедры Университета Медицины и Фармации им. Николая Тестемицану Республики Молдова; + 373 22 35-50-39; natalia.zarbailov@usmf.md