

## Резюме вебинара

### «„НЕУДАЧИ” МЕДИКАМЕНТОЗНОГО АБОРТА: гипо- и гипердиагностика. Возможно ли избежать?»

21 апреля 2020 года

**Лектор** – д.м.н. Дикке Галина Борисовна, эксперт Российской Академии наук, заслуженный деятель науки и образования, профессор кафедры акушерства, гинекологии с курсом репродуктивной медицины Академии медицинского образования им. Ф.И. Иноземцева (Санкт-Петербург).



Эффективность медикаментозного аборта (МА) в ранние сроки (до 9 недель беременности), согласно рекомендациям экспертов ВОЗ, RCOG и POAG, оценивается на контрольном визите не ранее 10-14 суток после приема мифепристона, что определяется сроками экспульсии плодного яйца из полости матки (в течение 24 часов после приема мизопростола – у 70% и на 14 сутки – у 99,4%).

Критериями эффективности МА являются: отсутствие плодного яйца в полости матки и остатков тканей гестации, требующих инструментального удаления (неполный аборт).

Многочисленные исследования показали, что для диагностики неполного аборта данные УЗИ следует интерпретировать вместе с клиническим исследованием (наличие признаков осложнений, таких как: обильное кровотечение, сильная и продолжительная боль, лихорадка и/или аномальные выделения из влагалища). Данное положение основано на том, что после экспульсии плодного яйца в полости матки остается детрит (мелкие фрагменты хориона, обрывки децидуальной оболочки, кровь), скорость эвакуации которого зависит от сократительной активности матки. Поэтому в день контрольного УЗИ толщина М-эхо может составлять 15 мм и более, что ошибочно интерпретируется как «неполный аборт» и нередко приводит к необоснованным инструментальным вмешательствам.

Ряд исследований продемонстрировали возможность замены рутинного УЗИ на определение  $\beta$ -ХГЧ в крови или моче, у которых отмечены лучшие показатели чувствительности и специфичности в выявлении показаний для инструментальной ревизии полости матки.

Научно-практическая новизна отличает исследования изучающие возможность самостоятельного определения завершения аборта в домашних

условиях с помощью полуколичественного теста в сочетании с опросником и/или дистанционной поддержкой медицинским персоналом (по телефону/интернету).

Принцип действия полуколичественного (низкочувствительного) теста [«Check4-ХГЧ \(1000\)»](#) основан на определении уровня  $\beta$ -ХГЧ ниже или выше 1000 мМЕ/л, о чем сигнализирует появление индикаторных полос в диагностическом окне – одной или двух соответственно.

Использование контрольного списка вопросов, полуколичественного теста и контрольного телефонного звонка (среди 2500 женщин Молдовы и Узбекистана) позволило не посещать клинику для контрольного осмотра 92,8% женщинам. 76,1% пациенток, принявших участие в этом исследовании, предпочли бы тестирование и телефонный контроль в будущем (Ib). Эти данные также подтверждаются многоцентровым исследованием с участием 3054 женщины, которые выполнили МА. У 0,7% из них выявлена продолжающаяся беременность, 0,9% – получили лечение по поводу инфекции и/или выполнили аспирацию, 1,8% – получали дополнительно утеротоники или другую медицинскую помощь, связанную с абортом. Алгоритмы скрининга, в том числе наблюдаемые пациентом результаты с использованием полуколичественного теста, были столь же эффективны, как и УЗИ при выявлении женщин, которым потребовались вмешательства во время или после контрольного визита (Ib).

Таким образом, контрольное посещение врача может быть необходимо только тем женщинам, которым требуется клиническое обследование и последующая медицинская помощь.