

STADA CIS на страже женского здоровья

19 апреля в Киеве состоялась научная конференция на тему «Современные достижения и перспективы в сохранении здоровья женщины», организатором которой выступил холдинг STADA CIS. Мероприятие проходило в рамках научно-образовательной программы, в которой приняли участие более 500 акушеров-гинекологов центрального региона Украины.

Открыл конференцию главный акушер-гинеколог МЗ Украины, член-корреспондент НАМН Украины, доктор медицинских наук, профессор Вячеслав Владимирович Каминский, который актуализировал проблемные аспекты женского здоровья.

Заведующая отделением эндокринной гинекологии ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины», член-корреспондент НАМН Украины, доктор медицинских наук, профессор Татьяна Феофановна Татарчук рассказала об особенностях лечения климактерического синдрома.



— Увеличение средней продолжительности жизни в конце XX — начале XXI века привело к значительному увеличению в популяции женского населения постменопаузального возраста, что существенно повлияло на возрастную структуру обращаемости в гинекологические клиники.

Работа врача с пациентками, находящимися в перименопаузальном периоде, в отличие, к примеру, от работы с роженицами, имеет свои особенности, основной из которых является отсутствие административного давления и жесткого регламентирования в вопросах лечения симптомов климакса и профилактики его осложнений. Относительно свободный режим работы с таким контингентом пациенток позволяет ограничиться консультационной деятельностью, предоставив право принятия решения, касающегося целесообразности терапии, самой пациентке.

Следует отметить, что это решение в значительной мере будет зависеть от позиции врача по вопросу физиологичности лечения проявлений климактерического синдрома. Представляя терапию симптомов климактерия не как «борьбу» с природой, а как «переговоры» с ней, целью которых является профилактика остеопороза, сердечно-сосудистых заболеваний и урогенитальных расстройств, врач выступает незаменимым помощником и посредником в этом сложном процессе. То есть речь идет не столько о лечении, сколько о медицинском сопровождении климактерия. С точки зрения этики взаимоотношений врача и пациента такой подход абсолютно оправдан для формирования доверительных отношений и во избежание конфликтных ситуаций, что весьма актуально, учитывая психоэмоциональную составляющую климактерических расстройств.

Согласно современным взглядам менеджмент климактерия предусматривает краткосрочные и долгосрочные цели. К краткосрочным относят уменьшение или устранение приливов, потливости, раздражительности и других проявлений климактерического синдрома; улучшение состояния кожи, волос и ногтей; снижение урогенитальных расстройств. Долгосрочные цели — нормализация артериального давления, профилактика ишемической болезни сердца (ИБС) и инсульта, замедление прогрессирования остеопороза, сохранение интеллекта и памяти.

Медицинское сопровождение климакса проводят на фоне контроля кардиологических и онкологических рисков, с которыми напрямую связана эволюция взглядов на применение заместительной гормональной терапии (ЗГТ). Определяющими в формировании таких взглядов были исследования, посвященные, прежде всего, вопросам безопасности.

Исследование HERS, изучавшее безопасность и эффективность комбинированного применения эстрогенов и гестагенов с целью вторичной профилактики сердечно-сосудистой патологии у женщин старших

возрастных групп (средний возраст — 67 лет) с диагностированной ИБС, было приостановлено в 1998 г., спустя 4,1 года, по причине отсутствия эффектов лечения, а также увеличения числа случаев ИБС на протяжении первого года терапии.

Исследование WHI было досрочно прекращено в 2002 г., после 5,2 года наблюдения, в связи с повышением риска инвазивного рака молочной железы (РГЖ; относительный риск (ОР) 1,26) и получением данных, свидетельствующих о том, что в целом риск, связанный с лечением, превышает пользу от него. Исследование проводилось в 40 центрах США с 1993 г. и, кроме увеличения ОР РГЖ, показало увеличение ОР ИБС без летальных исходов (1,29), инсульта (1,41) и тромбоза вен (2,11).

Публикация результатов этих исследований не могла не отразиться на отношении к применению ЗГТ, которое стало весьма сдержанным на протяжении нескольких лет. Изменить взгляд на ЗГТ удалось после проведения ряда рандомизированных слепых плацебо-контролируемых исследований и метаанализов (Meta-analysis: effect of hormone-replacement therapy on components of the metabolic syndrome in postmenopausal women, 2006), а также более внимательного изучения того же исследования HERS. Как показали результаты ретроспективного анализа HERS, отсутствие ожидаемого положительного влияния эстрогенов на сердечно-сосудистую систему было связано с подбором участниц, средний возраст которых составил 67 лет, а 2/3 из них ЗГТ была назначена впервые. При этом у 36% испытуемых исходно присутствовала артериальная гипертензия, у 12,7% — гиперхолестеринемия.

Удалось установить, что рандомизированные клинические исследования, в которых ЗГТ не продемонстрировала кардиопротекторных эффектов, были проведены у постменопаузальных женщин спустя более 10 лет от момента наступления менопаузы (средний возраст 60 лет и ожидаемая высокая частота субклинической ИБС на момент начала ЗГТ) (AAACE Menopause Guidelines. Endocrin. Pract. 2011; Suppl. 6).

Детальное изучение вопроса о ЗГТ позволило прийти к выводу, что при уже имеющемся клинически выраженном атеросклеротическом поражении сосудов у женщин влияние гормонов будет противоположным протекторному. В таких ситуациях не следует ожидать положительного влияния на манифестирующий атеросклероз, более того, увеличивается риск нарушения целостности атеросклеротической бляшки. Поэтому ЗГТ не рекомендуется для применения у пожилых женщин (старше 60 лет) с ИБС (Climacteric 2011; 14: 302-320). Снижение заболеваемости и смертности от ИБС следует ожидать при назначении ЗГТ в возрасте до 60 лет, но не позже 10 лет после последней менструации.

Это подтвердили более 30 исследований, которые показали, что ЗГТ снижает риск развития ИБС у женщин в постменопаузе; применение ЗГТ на протяжении длительного времени снижает распространенность сердечно-сосудистых заболеваний от 25-50% по сравнению с отсутствием такого лечения; также ЗГТ снижает уровень холестерина липопротеинов низкой плотности на 10% и увеличивает уровень холестерина липопротеинов высокой плотности на 10% по сравнению с отсутствием терапии.

Меткое выражение R.D. Langert, опубликованное в журнале Climacteric (2012), подвело итог дискуссии о проблеме ЗГТ: «Можно сказать, что мы прошли полный цикл от чрезмерных ожиданий в отношении ЗГТ до осознания ошибочности некоторых представлений о патофизиологии менопаузы и горького опыта влияния интерпретации

прессой результатов исследования на общественное мнение. Время двигаться дальше».

На сегодня Североамериканским обществом менопаузы (North American Menopause Society) сформирована глобальная стратегия менеджмента менопаузы.

ЗГТ в пери- и постменопаузе: рекомендуется строгий индивидуальный подход с потенциальной оценкой «пользы/риска» для каждой женщины; ЗГТ с целью лечения симптомов менопаузы (климактерического синдрома); ЗГТ с целью предотвращения остеопороза у женщин с высоким риском переломов.

Рекомендации по продолжительности использования:

- Эстроген-прогестероновая терапия (ЭПТ): длительность ограничена повышенным относительным риском развития РГЖ;
- Эстрогенотерапия: более благоприятна в отношении РГЖ, что дает возможность продления срока использования по сравнению с ЭПТ.

Пациенты с преждевременной или ранней менопаузой должны использовать ЗГТ по крайней мере до среднего возраста естественной менопаузы (возраст 51 год).

Эта позиция глобальной стратегии актуализирует вопрос критериев диагностики менопаузы. Ранее таким критерием считался уровень фолликулостимулирующего гормона (ФСГ). Его повышение до значений 30-40 МЕ/мл однозначно свидетельствует о наступлении менопаузы. На сегодня спектр критериев расширился. Прежде всего, речь идет об антимюллеровом гормоне (АМГ), который является наиболее точным и чувствительным маркером овариального резерва. Однако его уровни требуют щепетильной оценки с учетом возраста, веса и других факторов, что будет доступно лишь в обозримом будущем.

Следующим критерием является ингибин В — биомаркер количества растущих фолликулов, способных стать преовуляторными. Ингибин В секретируется умеренно зрелыми фолликулами. Несмотря на некоторую неопределенность с АМГ, существующей на сегодня информации достаточно для того, чтобы не только диагностировать менопаузу, но и определить очередность появления ее предикторов — вначале снижается АМГ, далее ингибин В, поднимается уровень ФСГ и лишь затем снижается уровень эстрадиола. Такая последовательность гормональных изменений позволяет утверждать о переходе организма женщины в состояние менопаузы и дает право врачу предложить женщине медикаментозную коррекцию.

Все медикаментозные средства, действующие на эстрогенные рецепторы, подразделяются на:

- ЗГТ (эстрогены, гестагены, андрогены);
- фитоэстрогены;
- селективные модуляторы эстрогенных рецепторов — SERM;
- тканеселективные регуляторы эстрогенной активности — STEAR.

Кроме названных групп, существует уникальный препарат сипегина Сагенит компании STADA CIS, относящейся к фармацевтической группе «Эстрогенные средства». Сагенит — это эстрогеноподобная субстанция, которая не связывается с высокочувствительными рецепторами репродуктивных органов, не вызывает гормонозависимых карцином в грудных железах, яичниках, матке. Организм женщины, воспринимая сипегин как гормон, запускает механизм обратной связи, что приводит к снижению уровня ФСГ и уменьшению климактерических симптомов.

В России В.П. Сметник и соавт. было проведено двойное слепое плацебо-контролируемое рандомизированное многоцентровое исследование, в котором изучалась эффективность Сагенита. Пациентки, принимавшие

участие в исследовании, были разделены на две группы — основную (группу Сагенита) и группу контроля (плацебо). Результаты исследования показали, что в основной группе все (100%) испытуемые, принимавшие Сагенит, получили эффект от терапии, а в группе плацебо эффект отметили только 23,4% пациенток. При этом в группе тех, кто принимал Сагенит, нормализовался гормональный фон за счет уменьшения уровня ФСГ.

Препарат Сагенит хорошо зарекомендовал себя в практике и является эффективным средством при проявлениях климактерического синдрома легкой, среднетяжелой и тяжелой степени. Сагенит показан в тех случаях, когда применение ЗГТ невозможно.

Препарат применяется по 1 таблетке 1 раз в сутки, курсом не менее 30 дней до стойкого улучшения самочувствия.

Главный специалист по вопросам акушерской реанимации ГУЗ г. Киева, заведующий курсом акушерской анестезиологии НМАПО им. П.Л. Шупика, доктор медицинских наук, профессор Руслан Афанасьевич Ткаченко рассказал об интенсивной терапии массивных акушерских кровотечений (АК).



— Согласно современным представлениям острой массивной кровопотерей следует считать потерю одного объема циркулирующей крови (ОЦК) в течение 24 ч (Mollison et al., 1997), или 50% ОЦК в течение 3 ч. Кроме того, существует определение массивной кровопотери, связанное со скоростью теряемой крови — 150 мл/мин (Fakhry & Sheldon, 1994). Учитывая тот факт, что скорость маточно-плацентарного кровотока к концу беременности увеличивается почти в 10 раз и составляет 750-950 мл/мин, любое АК может приравниваться к массивной кровопотере.

Проведенное А. Mebazaa и соавт. в 2005 г. проспективное исследование, в котором приняли участие более 500 рожениц с тяжелой АК, с одной стороны, показало тяжесть таких кровотечений (геморрагический шок наблюдался в 70% случаев, а нарушения гемостаза — в 80% случаев), а с другой — доказало слабые возможности компенсаторных механизмов при кровотечении у беременных, объясняющиеся эстроген-гестагенными влияниями и естественной гиперкоагуляцией в третьем триместре беременности, которая в случае массивной кровопотери легко трансформируется в гипокоагуляционное состояние.

Как правило, 80% всех АК связаны с атонией матки, поэтому лечение геморрагического шока включает терапию гипотонии матки. Первая помощь включает такие мероприятия, как наклон туловища, 100% кислород 10-15 мл/мин, катетеризация двух вен G 14-16.

К консервативным методам остановки кровотечения относят:

- ректальное введение 800 мг мизопростола при наличии признаков продолжающегося кровотечения;
- внешнюю бимануальную компрессию аорты;
- баллонную тампонаду матки;
- карбетоцин 1 мг в/в;
- эмболизацию маточных артерий;
- концентрат протромбинового комплекса;
- введение рекомбинантного активированного VIIa фактора 60-90 мкг/кг;
- транексамовую кислоту 15-20 мг/кг.

Алгоритм комплексной терапии коагулопатического кровотечения включает:

- 1) местный гемостаз;
- 2) хирургический гемостаз;
- 3) препараты крови;
- 4) антифибринолитики (транексамовая кислота);
- 5) рекомбинантный VIIa фактор;
- 6) концентрат протромбинового комплекса;

7) криопреципитат или концентрат фибриногена (ФГ <1,0 г/л);

8) трансфузию тромбоцитов при РТС <50 тыс.;

9) адекватную по объему, скорости и качественному составу инфузионную терапию.

В обоих алгоритмах в лечении кровотечений используется эффективный антифибринолитик транексамовая кислота, превосходящий по своей активности эпсилон-аминокапроновую кислоту в 10-25 раз. Оба вещества были открыты У. Окамото в 1962 и 1957 г. соответственно. В клинической практике транексамовая кислота применяется с 1964 г. (Dubber A.H.C. et al.). В Украине используется препарат транексамовой кислоты Транексам. Транексамовая кислота специфически ингибирует активацию профибринолизина (плазминогена) и его превращение в фибринолизин (плазмин), оказывает местное и системное гемостатическое действие при кровотечениях, связанных с повышением фибринолиза. Препарат может прямо ингибировать активность плазмина, но для этого требуются более высокие дозы, чем при уменьшении образования плазмина. Преимущества транексамовой кислоты следующие:

- это эффективное гемостатическое средство, оказывающее кровесберегающее действие;

- сокращает объем периперационной кровопотери на 40%;

- снижает потребность в трансфузии донорских эритроцитов на 30%;

- крайне низкий риск тромботических осложнений;

- сочетается с профилактическим применением низкомолекулярного гепарина.

Кроме того, лечение антифибринолитиками, в данном случае – транексамовой кислотой, возможно начинать эмпирически, не дожидаясь результатов лабораторных тестов. В ситуациях, рефрактерных к введению свежезамороженной плазмы и тромбоцитов, такой подход является разумным и эффективным (Menzebach A., Cassens U., Van Aken, Booke M. EJA 2003; 20: 764-770).

Руководитель отделения реабилитации репродуктивной функции женщины ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины», доктор медицинских наук, профессор Алла Григорьевна Корнацкая рассказывает о роли инфекционного фактора как основной причины потери плода на ранних сроках беременности.



— Среди этиологических причин осложнений беременности большую группу составляют острые и хронические инфекционные заболевания матери, однако вопрос о важности инфекции в генезе прерывания беременности широко дискутируется в литературе.

Несмотря на существование новых воззрений относительно роли инфекционного процесса в невынашивании беременности и данных, свидетельствующих о необходимости проведения прегравидарной подготовки, рекомендация забеременеть для женщин с воспалительными заболеваниями органов малого таза (ВЗОМТ) не является редкостью, а мнение о том, что беременность якобы способна привести к самоизлечению, все еще распространено среди врачей. Однако такие взгляды ошибочны.

На сегодня известно, что причиной невынашивания беременности является не моноинфекция, а сочетанная урогенитальная инфекция, которая часто протекает в субклинической форме, затрудняющей ее выявление. В настоящее время доказана роль персистенции условно-патогенной микрофлоры в эндометрии и формировании симптомокомплекса невынашивания беременности. В последние годы большое значение придается инфекции плода, возбудителем которой являются микроорганизмы условно-патогенной группы. Поэтому актуально изучение микробиоценоза и вирусного инфицирования у женщин с ранними репродуктивными потерями.

Особенного внимания заслуживают TORCH-инфекции (герпетическая, цитомегаловирусная инфекция, токсоплазмоз, краснуха), возбудители которых проникают через плацентарный барьер и активно размножаются в плаценте, повреждая ее и вызывая внутриутробное инфицирование плода.

Герпетическая и цитомегаловирусная инфекция остается одной из ведущих причин мертворождаемости, самопроизвольных выкидышей, преждевременных родов, заболеваемости новорожденных и младенческой смертности.

Внутриутробные инфекции развиваются у 27,4-36,6% детей, рожденных живыми, а в структуре причин смертности новорожденных инфекционная патология занимает 1-3-е место, обуславливая от 11 до 45% потерь, мертворождаемость при этой патологии достигает 14,9-16,8%.

Одним из наиболее сложных и дискуссионных вопросов является противовирусная терапия в контексте «лечить или не лечить», а также очередность проведения курсов противинфекционного лечения, учитывая полиэтиологичность воспалительных процессов женской половой сферы. Что касается первого вопроса, то он зависит от данных лабораторных исследований и их соотношения с клинической картиной. В практической деятельности важно придерживаться самого принципа очередности как такового, поскольку одновременная терапия бактериального и вирусного процессов является недопустимой. Последовательность лечения определяет клиницист в зависимости от клинико-лабораторных данных.

Современная стратегия противогерпетической терапии включает лечение первичного эпизода; лечение рецидивирующего генитального герпеса (эпизодическая терапия, супрессивная терапия). При этом чаще приходится лечить не первичный эпизод генитального герпеса, а его рецидивы. В настоящее время приняты две стратегии лечения: эпизодическая терапия (при возникновении рецидива) и супрессивная терапия (непрерывный прием препарата на протяжении длительного времени).

С целью лечения генитального герпеса с успехом используют препарат Ацикловир СТАДА по следующей схеме:

- первичный эпизод: 200 мг 5 раз в сутки 7-10 дней или 400 мг 3 раза в сутки на протяжении также 7-10 дней;

- эпизодическая терапия (лечение рецидива): 200 мг 5 раз в сутки, 400 мг 3 раза в сутки, 800 мг 2 раза в сутки. Курс лечения 5 дней.

При этом необходимо учитывать, что эпизодическая терапия не предупреждает последующие рецидивы, сокращая время выздоровления в среднем на два дня, уменьшая период выделения вируса в среднем на два дня и продолжительность болевого синдрома – на один день.

Лечение ВЗОМТ, вызванных бактериальным агентом, проводится путем назначения соответствующей антибактериальной терапии. Применяя системную антибактериальную терапию, не следует уменьшать значение препаратов, используемых для местной санации.

На базе нашей клиники было проведено изучение клинической и микробиологической эффективности комплексного применения препаратов Хемомицин (азитромицин) и Гексикон (хлоргексидина биглюконат) для лечения женщин фертильного возраста со специфическими и неспецифическими вагинитами. Исследование было разделено на два этапа. На I этапе была обследована группа женщин, в которую были включены 50 пациенток с вагинитами в возрасте 18-42 лет. У 14% женщин обнаружена хламидийная инфекция, у 18% – уреоплазмоз, у 26% – микоплазмоз, у 42% – неспецифическая флора.

Гексикон применялся по 1 суппозиторию 2 раза в день в течение 7-10 дней, Хемомицин – по 500 мг в течение 6 дней.

Оценка эффективности терапии проводилась на основании клинических данных – через 2 нед после лечения, а также клинических результатов бактериологического и бактериоскопического исследований, отсутствия рецидива заболевания – через 1 мес.

Критериями эффективности проведенной комплексной терапии являлись:

- отсутствие болевого синдрома;
- отсутствие патологических вагинальных выделений;

- нормализация бактериальной флоры при микробиологическом исследовании;

- отсутствие хламидий и микоплазм при исследовании ПЦР.

Результаты лечения комбинацией двух препаратов оказались следующие:

- клиническое выздоровление + микробиологическая санация – 94%;

- снижение частоты выявления двух- и трехкомпонентных ассоциаций условно-патогенной флоры – с 70 до 22%;

- снижение частоты выявления Candida – с 50 до 10% (lg 3,2 КУО/мл);

- улучшение контаминации половых путей лактобациллами – с 40 до 94%.

На II этапе исследования был проведен анализ 11 тыс. индивидуальных карт пациенток со специфическими и неспецифическими вагинитами после лечения комбинацией Гексикона по одному суппозиторию 2 раза в день в течение 7-10 дней и Хемомицина по 500 мг в течение 6 дней. Этот клинический материал является результатом широкомасштабного наблюдения «Поликлиническое исследование эффективности препарата Хемомицин и препарата Гексикон в лечении неспецифических и специфических вагинитов». В нем участвовало около 300 акушеров-гинекологов в разных городах Украины. Организационно-методическая поддержка проводилась представительством STADA CIS. Результаты наблюдения показали, что клинико-лабораторное выздоровление с вероятностью 99,9% наступает к 23-му дню.

Следует подчеркнуть важность применения иммуномодулирующей терапии при лечении ВЗОМТ, которые назначаются одновременно с этиотропной терапией.

Одним из лучших иммуномодуляторов на сегодняшний день считается препарат тилорона Лавомакс. От препаратов интерферона Лавомакс отличает способность стимулировать образование трех типов интерферона – альфа, бета и гамма.

Альфа- и бета-интерфероны обеспечивают противовирусную защиту эпителиальных клеток (против вируса и вирусоподобных микроорганизмов – хламидии, микоплазмы). Гамма-интерферон активизирует три вида иммунных клеток: фагоцититарные клетки (макрофаги), Т-лимфоциты, В-лимфоциты.

Доцент кафедры акушерства и гинекологии № 2 Винницкого национального медицинского университета им. Н.И. Пирогова, доктор медицинских наук Сергей Брониславович Чечуга в докладе «Безопасное прерывание беременности» актуализировал проблему низкого процента случаев медикаментозного аборта в структуре искусственных абортов.



— Постабортные осложнения являются основной причиной материнской смертности и составляют по различным регионам мира от 25 до 60%. В Украине на долю абортов приходится 6,1% причин всех материнских смертей, а осложнения после абортов отмечаются у каждой третьей женщины. У первобеременных частота осложнений доходит до 40%, самым неприятным среди них является бесплодие, развивающееся в результате истмико-цервикальной недостаточности, воспалительных заболеваний женских половых органов, синехий, трубноперитонеального фактора, гормональных нарушений.

Возможны также и ранние осложнения, возникающие непосредственно после аборта. К ним относятся кровотечения, перфорация матки, острый эндометрит.

В Украине согласно статистическим данным за 2007 г. прерывание беременности по желанию женщины в сроке до 12 нед выполнялось:

- методом кюретажа – 55%;

- методом вакуум-аспирации – 44%;

- медикаментозным способом – 1%.

Аборт по-прежнему остается главным способом регуляции рождаемости – в Украине на десять родов приходится четыре аборта.

С целью минимизации риска для здоровья, связанного с абортом, необходимо реализовать программу доступности медикаментозного аборта.

Медикаментозный аборт рассматривается как безопасный метод прерывания нежелательной беременности, который является альтернативой хирургическому вмешательству (ВОЗ, 2003).

Во Франции около 80% всех искусственных абортов выполняется медикаментозным методом; в Нидерландах – 75%, в Швейцарии и Швеции – 50%; в Бельгии и Финляндии – 30%, в США – 25%. Необходимо отметить, что это данные за 2003 г.

Медикаментозный аборт проводится при помощи таких препаратов, как мифепристон и мизопростол. На фармацевтическом рынке Украины с этой целью используются препараты фармацевтической компании STADA CIS Миропристон (мифепристон) и Миролют (мизопростол).

Мифепристон синтезирован во Франции (Roussel Uclaf) в 70-х годах прошлого столетия, а в 1982 г. в Женеве впервые были проведены клинические исследования.

В 1988 г. Франция и Китай стали первыми странами, которые дали разрешение на использование мифепристона в сочетании с простагландинами для прерывания беременности ранних сроков.

Миролют одобрен Фармакологическим государственным комитетом МЗ Украины и рекомендуется для применения в акушерско-гинекологической практике.

Оба препарата имеют свои показания и противопоказания к использованию, которые необходимо учитывать в практической деятельности.

Медикаментозный аборт начинается с обязательного консультирования пациентки, цель которого информировать:

- обо всех имеющихся методах контрацепции и необходимости защиты от инфекций, передающихся половым путем;

- о признаках «нормального» постабортного периода, а также о признаках осложнения аборта, при которых следует обратиться к врачу;

- о необходимости доступности последующего наблюдения;

- о важности контрольного визита к врачу через 14 дней после аборта.

Непосредственно медикаментозный аборт предусматривает три визита к врачу.

Во время первого визита подтверждается диагноз маточной беременности сроком не более 6 нед (не более 49 дней после первого дня последней менструации), получается информированное согласие пациентки и назначается мифепристон в дозе 600 мг per os (3 табл.).

Второй визит проводится через 36-48 ч после приема мифепристона, во время которого пациентка принимает Миролют 400 мкг (2 табл.) per os (через 3 ч возможна повторная доза в 400 мкг). Поэтому после приема мизопростала пациентка 3-6 ч должна провести в дневном стационаре под наблюдением врача.

Третий визит проводится через 7-10 дней после приема мизопростала с целью оценки эффективности медикаментозного прерывания (клиническое обследование, УЗИ).

Таким образом, медикаментозный аборт имеет следующие преимущества:

- высокую эффективность – 98%, безопасность и приверженность;

- отсутствие риска осложнений, связанных с хирургическим вмешательством: механического повреждения эндометрия, миометрии, сосудов матки, травматизации цервикального канала;

- снижение риска развития восходящей инфекции и связанных с ней осложнений;

- снижение риска инфицирования вирусом гепатита В, вирусом иммунодефицита человека.

Подготовила **Наталья Карпенко**

3