Инфекционные осложнения и их профилактика при медикаментозном аборте

Так как медикаментозный аборт процедура неинвазивная, то риск развития восходящих инфекционно-воспалительных осложнений крайне низок (менее 1%). FDA и ВОЗ не рекомендуют назначать антибиотики всем женщинам в плановом порядке при проведении медикаментозного аборта (уровень доказательности IIB).

Поскольку в популяции чрезвычайно высока распространенность ИППП, в том числе недиагностированных, то их наличие в латентной форме резко увеличивает риск инфекционных осложнений. Так, было показано повышение риска лапароскопически подтвержденных сальпингитов **в 30 раз** (ОР=30; 95% ДИ: 11-85) и эндометрита (без сальпингита) – в 4 раза (ОР=4,1; 95% ДИ: 2,5-6,7) у женщин с хронической хламидийной инфекцией.

Эксперты ВОЗ считают проведение оценки риска ИППП для всех женщин (например, на ВИЧ, хламидиоз, гонорею и сифилис), желательным, если это возможно.

В связи с этим клинические рекомендации RCOG (2011) содержат схемы проведения антибиотикопрофилактики, особенно пациенткам группы риска инфекционных осложнений.

Группа риска инфекционных осложнений:

- пациентки, у которых хламидийная инфекция была выявлена в течение последних 12 месяцев без подтверждения ее эрадикации;
- лица, у половых партнеров которых выявлена хламидийная инфекция;
- диагностированный бактериальный вагиноз (независимо от наличия или отсутствия клинической картины);
- женщины, имеющие несколько половых партнеров в течение последних 6 месяцев;
- женщины моложе 25 лет;
- внутриматочные манипуляции в анамнезе;
- рубец на матке;
- низкий социально-экономический статус.

Рекомендуемые схемы:

Для женщин, не обследованных на хламидийную инфекцию:

Азитромицин, капсулы или табл. 1 г внутрь однократно в день аборта (в день приема мизопростола) в сочетании с 1 г метронидазола (однократно внутрь за 2 часа до приема мизопростола или вагинально в свечах, содержащих 500 мг метронидазола и 100 мг миконазола, по 1 свече в два приема – накануне вечером и утром в день приема мизопростола).

или

Доксициклин, капс. 100 мг 2 раза в день в течение 7 дней начиная со дня аборта в сочетании с 1 г метронидазола (в соответствии с указанным выше режимом).

Для женщин, у которых не выявлено хламидийной инфекции:

Метронидазол 1 г в соответствии с указанным выше режимом.

Бактериальный вагиноз повышает риск инфицирования после аборта независимо от выраженности клинической картины.

Поэтому при выявлении клинических и/или лабораторных признаков бактериального вагиноза показана его санация в кратчайшие сроки во избежание увеличения срока ожидания перед выполнением аборта. Лечение бактериального вагиноза ведет к снижению инфекционных осложнений в диапазоне **от 10 до 75%.**

Предпочтительны схемы с введением **метронидазола вагинально в дозе 500 мг** в сочетании с миконазолом (100 мг) **2 раза в день на протяжении 7 дней** по сравнению с однократной дозой метронидазола 2 г внутрь (эффективность 82% против 62%).

Клиндамицин и метронидазол **одинаково эффективны** независимо от режима введения при наблюдении в течение 2 и 4 недель (**ОР=1,01**; 95% ДИ: 0,69-1,46; **ОР=0,91**, 95% ДИ: 0,70-1,18 соответственно).

Добавление антимикотиков к метронидизолу повышает его эффективность, а также предотвращает развитие кандидоза.

Лечение бактериального вагиноза

Наличие диагностированного бактериального вагиноза (независимо от наличия или отсутствия клинической картины) повышает риск инфекционных осложнений после аборта, в том числе медикаментозного.

Учитывая многолетний клинический опыт отечественных и зарубежных врачей-исследователей, в РФ за основу принимается двухэтапый способ лечения БВ:

1-й этап – эрадикация БВ ассоциированных микроорганизмов из влагалища и восстановление оптимальной среды вагинального биотопа с достижением уровня pH <4,5;

2-й этап предусматривает восстановление достаточного количества лактобактерий путем использования пробиотиков.

Рекомендуемые схемы (A-Ia):

- клиндамицин крем 2% (5 г) 1 р/сут интравагинально в течение 7 дней

или

- метронидазол 500 мг 2 р/сут внутрь в течение 7 дней или
- метронидазол гель 0,75% (5 г) 1 р/сут интравагинально в течение 5 дней

Альтернативные схемы

- клиндамицин 100 мг супп.ваг. 1 р/сут в течение 3 дней

или

- клиндамицин 300 мг 2 р/сут внутрь в течение 7 дней

или

- тинидазол 2 г 1 р/сут в течение 2 дней

или

- тинидазол 1 г 1 р/сут в течение 5 дней.

Возможно применение комбинированных препаратов:

- Метронидазол 500 мг + миконазола нитрат 100 мг по 1 супп. ваг. 2 р/сут 7 дн.
- Метронидазол 750 мг + миконазола нитрат 200 мг по 1 супп. ваг. 1 р/сут 7 дн.

Следует информировать пациенток о том, что:

пациенты должны избегать употребления алкоголя в течение 24 часов после приема метронидазола и в течение 72 часов после приема тинидазола из-за риска антабусных реакций;

при непереносимости перорального метронидазола его интравагинальное назначение также противопоказано;

при наличии побочных реакций со стороны желудочно-кишечного тракта пероральный прием по желанию пациентки может быть заменен на вагинальный.

Второй этап лечения БВ предусматривает вагинальное применение пробиотиков. Доказаны целесообразность и эффективность применения живых лактобактерий для терапии БВ с целью восстановления микробиоценоза влагалища. Используют лактобактерии в виде вагинальных суппозиториев, содержащих не менее 10 в 6–7 степени живых лактобактерий.