



АКЦИЯ!

Уважаемые коллеги!

ЗАО «Пенткрофт Фарма» спешит предложить Вам

антикризисные цены

на комплекты для проведения
медикаментозного аборта.



КОМПЛЕКТ

425**

рублей/комплект от 500 шт.

450**

рублей/комплект от 100 шт.

550**

рублей/комплект от 50 шт.

650**

рублей/комплект до 50 шт.

**Доставка в указанную цену не включена и будет добавлена при необходимости

Заказать комплекты препаратов и задать интересующие Вас вопросы Вы можете у менеджеров ЗАО «Пенткрофт Фарма» по многоканальному телефону

(495) 788-77-46

а также получить предварительную информацию на сайтах:

www.ru486.ru, www.misoprostol.ru

реклама

Номер рег.удостоверения "Мизопроствол" - ЛС-002019 от 22.09.11,
Номер рег.удостоверения "Мифепристон" - ЛС-000914 от 18.10.11

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

акушерство и ГИНЕКОЛОГИЯ



3 /2014

■ Белокриницкая Т.Е.,
Фролова Н.И., Белокриницкая И.А.,
Сухина В.В.
Сравнительная оценка
клинического течения
медикаментозного аборта
с 200 мг и 600 мг мифепристона:
проспективное когортное
исследование

Scientifically-practical magazine **AND**
OBSTETRICS
GYNECOLOGY

■ Belokrinitskaya T.E., Frolova N.I.,
Belokrinitskaya I.A.,
Sukhinina V.V.
Comparative evaluation of
the clinical course of medical
abortion with 200 and 600 mg of
mifepristone: Prospective cohort
study

В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

© Коллектив авторов, 2014

Т.Е. БЕЛОКРИНИЦКАЯ¹, Н.И. ФРОЛОВА¹, И.А. БЕЛОКРИНИЦКАЯ², В.В. СУХИНИНА³

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО АБОРТА С 200 И 600 МГ МИФЕПРИСТОНА: ПРОСПЕКТИВНОЕ КОГОРТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

¹ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России

²ООО Медицинский Центр «Здоровье плюс», г. Чита

³ГУЗ Городской родильный дом г. Читы

Цель исследования. Провести сравнительную оценку эффективности и осложнений медикаментозного прерывания беременности ранних сроков (до 63 дней аменореи) с использованием 600 и 200 мг мифепристона в комбинации с мизопростолом (400 мкг).

Материал и методы. В когортное проспективное исследование вошли 1728 женщин репродуктивного возраста, отобранные сплошным методом, обратившиеся в амбулаторные лечебные учреждения по поводу нежелательной беременности в ранние сроки (до 63 дней аменореи). Относительный риск воздействия оценивали по отношению рисков (ОР) при 95% доверительном интервале.

Результаты исследования. При применении мифепристона в дозе 600 мкг (1-я группа) в 1,2 раза чаще, чем при применении препарата в дозе 200 мг, отмечались побочные реакции: кровянистые выделения (ОР=2,0), рвота (ОР=1,5), тошнота (ОР=1,4), субфебрильная лихорадка (ОР=1,4), головокружение (ОР=1,2). Экспульсия плодного яйца произошла у 99,34% пациенток 1-й группы и 99,88% второй ($p\chi^2 > 0,05$). Среди осложнений в 1-й группе чаще отмечено прогрессирование беременности (ОР=5,4) и кровотечения, потребовавшие медицинской помощи (ОР=1,6). Сроки экспульсии плодного яйца и длительность последующих кровянистых выделений не зависели от схемы медикаментозного аборта.

Заключение. Уменьшение дозы мифепристона с 600 до 200 мг в комбинации с сублингвальным приемом 400 мкг мизопростала не снижает эффективности медикаментозного аборта при сроках до 63 дней аменореи и не увеличивает количество его осложнений. Наличие хирургических абортов и несостоявшихся выкидышей в анамнезе повышает частоту таких осложнений фармакологического аборта, как прогрессирование беременности и остатки плодного яйца, независимо от дозы вводимого мифепристона.

Ключевые слова: медикаментозный аборт, мифепристон, эффективность, осложнения после аборта.

T.E. BELOKRINITSKAYA¹, N.I. FROLOVA¹, I.A. BELOKRINITSKAYA², V.V. SUKHININA³

COMPARATIVE EVALUATION OF THE CLINICAL COURSE OF MEDICAL ABORTION WITH 200 AND 600 MG OF MIFEPRISTONE: PROSPECTIVE COHORT STUDY

¹Chita State Medical Academy, Ministry of Health of the Russian Federation

²ООО Zdorovye Plyus (Health Plus) Medical Center, Chita

³Town Maternity Hospital, Chita

Objective. To comparatively evaluate the efficiency and complications of medication termination of early pregnancy (up to 63 days of amenorrhea) with 600 mg and 200 mg of mifepristone in combination with misoprostol 400 mg.

Subject and methods. The prospective cohort study included 1728 continuously selected early reproductive-aged outpatients who had sought medical advice for unwanted early pregnancy (up to 63 days of amenorrhea). The relative risk of exposure was estimated from odds ratio (OR) at 95% confidence interval.

Results. The use of mifepristone 600 mg (Group 1) versus 200 mg caused 1.2-fold more frequent adverse reactions: bloody discharge (OR = 2.0), vomiting (OR = 1.5), nausea (OR = 1.4), low-grade fever (OR = 0.1), and dizziness (OR = 1.4). Expulsion of the ovum occurred in 99.34 and 99.88% of the patients in Groups 1 and 2, respectively ($p\chi^2 > 0.05$). In Group 1, the more common complications were noted to be progressive pregnancy (OR=5.4) and bleeding requiring medical care (OR = 1.6). The time of ovum expulsion and the duration of further bloody discharge did not depend on a medical abortion scheme.

17. *Fiala Ch.* Improving medical abortion. Using mifepristone in combination with a prostaglandin analog. Stockholm; 2005.
18. *Reeves M.F., Fox V.C., Lohr P.A., Creinin M.D.* Endometrial thickness following medical abortion is not predictive of subsequent surgical intervention. *Ultrasound Obstet. Gynecol.* 2009; 32: 104–9.
19. *Creinin M.D., Aubeny E.* Medical abortion in early pregnancy. In: Paul M., Lichtenberg E.S., Borgatta L., Grimes D.A., Stubblefield P.G., eds. *A clinician's guide to medical and surgical abortion.* New York: Churchill Livingstone; 1999: 91–106.

Поступила 23.01.2014

Сведения об авторах:

Белокриницкая Татьяна Евгеньевна, д.м.н., профессор, зав. кафедрой акушерства и гинекологии педиатрического факультета ФПК и ППС ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России. Адрес: 672007, Россия, Чита, ул. Горького, д. 39а. Телефон: 8 (914) 469-32-25. E-mail: tanbell24@mail.ru

Фролова Наталья Ивановна, к.м.н., ассистент кафедры акушерства и гинекологии педиатрического факультета ФПК и ППС ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава Росси. Адрес: 672007, Россия, Чита, ул. Горького, д. 39а. Телефон: 8 (924) 388-60-06. E-mail: taasyaa@mail.ru

Белокриницкая Ирина Анатольевна, директор ООО Медицинский центр «Здоровье плюс». Адрес: 672000, Россия, Чита, ул. Чкалова, д. 136, помещение 11. Телефон: 8 (302) 235-11-11. E-mail: irinabelokrini@mail.ru

Сухина Виктория Викторовна, врач кабинета планирования семьи ГУЗ Городской родильный дом г. Читы. Адрес: 672000, Россия, Чита, ул. Шилова, д. 47. Телефон: 8 (302) 241-55-40. E-mail: tanbell24@mail.ru

About the authors:

Belokrinskaya Tatiana, MD, professor, Head of the Department of Obstetrics & Gynecology, Chita state medical academy. 672090, Russia, Chita, Gorkiy St. 39a. Tel.: +79144693225. E-mail: tanbell24@mail.ru

Frolova Nataly, Assistant of Professor, Department of Obstetrics & Gynecology, Chita State Medical Academy, Chita, Russia, Chita state medical academy. 672090, Russia, Chita, Gorkiy St. 39a. Tel.: +79243886006. E-mail: taasyaa@mail.ru

Belokrinskaya Irina, Director of Medical Center «Zdorovye plus». 672000, Russia, Chita, Chkalov's St. 136, Apt. 11. Tel.: +73022351111. E-mail: irinabelokrini@mail.ru

Sukhinina Victoria, the planning of a family doctor, Chita City Maternity Home. 672000, Russia, Chita, Shilov St. 47. Tel.: +73022415540. E-mail: tanbell24@mail.ru

Conclusion. Reducing the mifepristone dose from 600 mg to 200 mg in combination with sublingual misoprostol 400 µg fails to decrease the efficiency of medical abortion up to 63 days of amenorrhea and to increase the number of its complications. The history of surgical and missed abortions raises the frequency of complications of pharmacological abortion, such as progressive abortion and ovum remains, regardless of mifepristone dosage.

Key words: medical abortion, mifepristone, efficiency, postabortion complications.

Сохранение репродуктивного здоровья женщины определено правительством России в качестве приоритетной общегосударственной медико-социальной задачи. Несмотря на широкий и разнообразный арсенал методов контрацепции, проблема непланируемой беременности для россиянок весьма актуальна и далека от решения [1]. Основным методом прерывания беременности в медицинских организациях государственной формы собственности остаются дилатация и кюретаж, которые применяются в 65,1% случаев (2009) [1]. Изменение структуры используемых методов в пользу медикаментозного происходит очень медленно (по данным статистики МЗ РФ в 2012 г. дилатация и кюретаж выполнялась в 60% случаев, медикаментозный аборт – в 8%). Известно, что даже правильно произведенный хирургический аборт представляет риск здоровью женщины [2, 3], в связи с чем экспертами ВОЗ и «Стратегической оценки... в РФ» рекомендовано исключить кюретаж из клинической практики [1].

В схемах медикаментозного прерывания беременности, рекомендуемых ВОЗ [2, 4], используется мифепристон в дозе 200 мг вместо 600 мг, применявшихся ранее. Сведения доказательной медицины свидетельствуют о том, что мифепристон 200 мг по сравнению с 600 мг (в комбинации с мизопростолом) имеет одинаковую эффективность в достижении полного аборта (1,07, 95% ДИ 0,87–1,32) [5, 6]. В региональных клинических протоколах проведения медикаментозного аборта, утвержденных Министром Здравоохранения Забайкальского края 8.10.2012 г., предписана схема, рекомендованная ВОЗ [7, 8].

Цель исследования: провести сравнительную оценку эффективности и осложнений медикаментозного прерывания беременности ранних сроков (до 63 дней аменореи) с использованием 200 и 600 мг мифепристона в комбинации с мизопростолом (400 мкг).

Материал и методы исследования

Для реализации поставленной цели выполнено проспективное когортное исследование, в которое вошли 1728 женщин репродуктивного возраста, отобранные сплошным методом, обратившиеся в женские консультации г. Читы и ООО Медицинский Центр «Здоровье плюс» г. Читы (директор И.А. Белокриницкая) по поводу нежелательной беременности с целью ее прерывания в ранние сроки в период с 2012 по 2013 г. Основными критериями включения в исследование были срок аменореи до 63 дней, считая с

первого дня последней менструации, и возраст пациенток 18–35 лет. Перед проведением процедуры медикаментозного аборта всем женщинам выполнено УЗИ для подтверждения факта наличия маточной беременности. Лабораторное исследование перед абортом включало общепринятые методы, регламентированные Приказом МЗ и СР РФ № 434, и включало анализ мазка на степень чистоты влагалищного секрета (микроскопия окрашенных по Граму мазков), анализ крови на RW, гепатиты В и С, ВИЧ, определение группы крови и резус-фактора у первобеременных женщин. Во всех случаях фармакологический аборт выполнен при наличии добровольного информированного согласия пациентки.

В 1-ю группу вошли 908 женщин, которым беременность была прервана с использованием 3 таблеток (600 мг) мифепристона. Вторую группу составили 820 пациенток, медикаментозный аборт которым выполнен 1 таблеткой (200 мг) мифепристона. Через 24–48 ч после приема таблетки мифепристона пациентки обеих групп получали 400 мкг мизопростола под язык. Контрольное ультразвуковое обследование выполнялось в среднем на 13–14-е сутки после приема мизопростола, в ряде случаев для подтверждения прерывания беременности определяли β-ХГЧ в крови количественным методом.

При статистической обработке результатов использовали метод описательной статистики с определением среднего арифметического, дисперсии и вычисления 95% доверительного интервала. Достоверность разницы между двумя средними показателями оценивали по критерию Стьюдента (t). Для проверки статистических гипотез о различиях абсолютных и относительных частот, долей и отношений в двух независимых выборках использовался критерий χ^2 (при необходимости применялась поправка Йетса). Значения считали статистически достоверными при $p \leq 0,05$, при величине $\chi^2 > 3,84$. В обеих клинических группах ретроспективно определялась частота встречаемости изучаемых явлений. Во всех процедурах статистического анализа рассчитывался достигнутый уровень значимости (p), при этом критический уровень значимости в данном исследовании принимался равным 0,05. Относительный риск воздействия оценивали по отношению рисков (ОР). Отношение рисков, равное единице, означало, что риск отсутствует. При $ОР > 1$ имеется повышенный риск, а $ОР < 1$ указывало на пониженный риск. Доверительные интервалы (ДИ), приводимые в работе, строились для доверительной вероятности $p = 95\%$.

Результаты исследования и обсуждение

Пациентки обеих клинических групп были сопоставимы по возрасту и паритету. Средний возраст пациенток 1-й группы составил $27,2 \pm 3,7$ года, 2-й – $29,8 \pm 3,5$ года. Соответственно средний возраст менархе был $13,2 \pm 0,4$ и $13,6 \pm 0,7$ года (12–15 лет); начало половой жизни отмечалось с $17,4 \pm 1,5$ и $18,2 \pm 1,7$ года (13–29 лет). Количество беременностей в анамнезе у пациенток 1-й и 2-й групп составило в среднем $2,5 \pm 0,9$ и $2,7 \pm 0,9$ ($p > 0,05$). Среднее количество родов было $1,1 \pm 0,1$ и $1,2 \pm 0,1$ ($p > 0,05$), медикаментозных аборт $0,06 \pm 0,01$ и $0,07 \pm 0,01$ ($p > 0,05$) соответственно. У пациенток сравниваемых групп в анамнезе было равное количество инструментальных абортов – $1,0 \pm 0,2$; мини-абортов – $1,0 \pm 0,2$; выкидышей в 1-м триместре гестации – по $0,11 \pm 0,02$.

Срок беременности в обеих клинических группах был также сопоставим и колебался от 4 до 9 недель: до 6 недель (42 дня) – 88% (799/908, $p\chi^2 > 0,05$) в 1-й группе и 89,63% (735/820) – во 2-й; до 9 недель (63 дня) – 12% (109/908) и 10,37% (85/820, $p\chi^2 > 0,05$) соответственно.

Начало кровянистых выделений, объем кровопотери, интенсивность болевого синдрома и другие особенности оценивались ретроспективно во время контрольного визита или при внеочередном обращении пациентки в случае возникновения осложнений. Перед проведением медикаментозного аборта все женщины были проинструктированы о возможности и видах побочных эффектов или осложнений. Также им была предоставлена информация о симптомах, требующих срочного обращения к врачу.

Побочные реакции, возникшие на фоне приема препаратов для прерывания беременности, зарегистрированы в 1,2 раза чаще в 1-й клинической группе (600 мг мифепристона) по сравнению со 2-й (200 мг мифепристона): 66,19% (601/908) и 55,85% (458/820, ОР=1,2, 95% ДИ 0,25–0,67) (табл. 1). Среди побочных реакций в обеих группах наиболее

часто отмечалась тошнота. У пациенток, принявших 600 мг мифепристона, частота встречаемости этого клинического симптома была в 1,4 раза больше, чем при 200 мг: 42,07% (382/908) и 31,10% (255/820, ОР=1,4, 95% ДИ 0,48–1,17). На фоне приема 600 мг мифепристона значительно чаще, чем при использовании дозы 200 мг, возникали кровянистые выделения – 7,60% (69/908) против 3,90% (32/820, ОР=2,0, 95% ДИ 0,7–2,92), рвота – 3,41% (31/908) и 2,32% (19/820, ОР=1,5, 95% ДИ -0,48–2,59), головокружение – 5,29% (48/908) и 4,27% (35/820, ОР=1,2, 95% ДИ -0,58–1,74), субфебрильная лихорадка – 0,33% (3/908) и 0,24% (2/820, ОР=1,4, 95% ДИ -4,03–5,68). В сравниваемых группах с одинаковой частотой отмечались интенсивные боли, потребовавшие применения анальгетиков, – 26,21% (238/908) и 26,71% (219/820, ОР=1,0, 95% ДИ -0,48–0,38), и чувство жара – 0,88% (8/908) и 0,85% (7/820, ОР=1,0, 95% ДИ -2,66–2,83) соответственно. Никто из включенных в исследование пациенток не указал на развитие диареи, отмечаемой в качестве возможного побочного эффекта [8]. По одному клиническому симптому зарегистрировано у 45,49% (413/908) пациенток 1-й группы и 38,66% (317/820, ОР=1,2, 95% ДИ 0,14–0,75) во 2-й группе; по два и более – у 20,71% (188/908) и 17,20% (141/820, ОР=1,2, 95% ДИ -0,03–1,04) соответственно.

О наличии побочных эффектов в виде гастроинтестинальных симптомов при производстве медикаментозного аборта свидетельствуют многочисленные сведения научной литературы, указывающей, что вагинальное применение мизопростола существенно снижает частоту тошноты, рвоты, диареи [5, 8, 9].

Экспульсия плодного яйца произошла у 99,34% (902/908) пациенток, принявших 600 мг мифепристона, и 99,88% (819/820) получивших препарат в дозе 200 мг ($p\chi^2 > 0,05$). По данным зарубежных когортных исследований, эффективность медикаментозного аборта в сроки до 9 недель беременности достигает 98% [10–12].

Таблица 1. Частота и относительные риски (ОР) побочных реакций при проведении медикаментозного аборта

Клинические симптомы	1-я группа (3 таблетки) n=908		2-я группа (1 таблетка) n=820		ОР	95% ДИ
	Абс	%	Абс	%		
Всего зарегистрировано побочных эффектов	779	85,79	569	69,39	1,2*	0,43–0,72
Тошнота	382	42,07	255	31,10	1,4*	0,48–1,17
Рвота	31	3,41	19	2,32	1,5*	-0,48–2,59
Боли	238	26,21	219	26,71	1,0	-0,48–0,38
Кровянистые выделения после или на фоне приема мифепристона	69	7,60	32	3,90	2,0*	0,7–2,92
Головокружение	48	5,29	35	4,27	1,2*	-0,58–1,74
Чувство жара	8	0,88	7	0,85	1,0	-2,66–2,83
Лихорадка	3	0,33	2	0,24	1,4*	-4,03–5,68
Всего пациенток с жалобами	601	66,19	458	55,85	1,2*	0,25–0,67
1 симптом	413	45,49	317	38,66	1,2*	0,14–0,75
2 симптома и более	188	20,71	141	17,20	1,2*	-0,03–1,04

Примечание. * – значимая сила связи между воздействием и побочным эффектом.

В зарубежной литературе отмечается, что при увеличении срока беременности до 56–63 дней аменореи при оральном приеме 400 мкг мизопростола происходит некоторое снижение эффективности методики, в связи с чем в настоящее время рекомендуется доза мизопростола 800 мкг вагинально или под язык при сроках более 49 дней аменореи [1]. Однако в нашем исследовании такой зависимости не было выявлено и достигнутый эффект оказался высоким только при изменении орального пути введения препарата на сублингвальный с учетом его фармакокинетики без увеличения дозы, что также совпадает с результатами других современных исследований отечественных [13] и иностранных авторов [14, 15].

Сроки экспульсии плодного яйца в сравниваемых клинических группах не имели статистически значимых отличий (рис. 1). У основной части наблюдаемых женщин аборт произошел в первые сутки после приема мизопростола: у 67,85% (612/902) пациенток 1-й группы и 71,67% (587/819, $\chi^2=1,32$, $p=0,251$) 2-й; на вторые сутки – у 31,26% (288/902) и 27,23% (223/819, $\chi^2=3,37$, $p=0,066$); на третьи сутки – у 0,89% (8/902) и 1,11% (9/819, $\chi^2=3,37$, $p=0,066$).

Общая частота и относительный риск осложнений медикаментозного аборта в описываемой когорте пациенток были выше у пациенток, получивших 600 мг мифепристона, чем у тех, кто получил 200 мг: 2,31% (21/908) против 2,07% (17/820, ОР=1,1, 95% ДИ -1,42–2,02) (табл. 2). У женщин 1-й клинической группы в 5,4 раза чаще отмечено прогрессирование беременности – 0,66% (6/908) против 0,12% (1/819, ОР=5,4, 95% ДИ -1,16–10,24). При анализе паритета этих паци-

енток установлено, что все они имели в анамнезе несостоявшиеся выкидыши в ранние сроки, что является косвенным признаком наличия хронического эндометрита, вероятно, с нарушением рецепции эндометрия [3].

Обильные кровотечения отмечены в 1,6 раза чаще при использовании 600 мг мифепристона 0,99% (9/908) против 0,61% (5/820, ОР=1,6, 95% ДИ -1,24–4,28). Следует отметить, что всем пациенткам, обратившимся за медицинской помощью по месту проведения медикаментозного аборта (4/9 в 1-й группе и 2/5 во 2-й), лечение было начато с медикаментозной терапии (утеротоники и транексамовая кислота), которая оказала эффект в половине случаев (2/4 в 1-й группе и 1/2 во 2-й). Всем пациенткам с обильными кровянистыми выделениями, поступившими в гинекологический стационар, сразу была выполнена инструментальная ревизия полости матки (5/9 в 1-й группе и 3/5 во 2-й).

Согласно сведениям современной литературы кровотечение является наиболее значимым в структуре осложнений медикаментозного аборта [4, 11, 13, 16]. Обильное и длительное кровотечение, приводящее к клинически значимому изменению уровня гемоглобина и/или АД, наблюдается очень редко. Так, при сроках беременности до 63 дней частота кровотечений, требующих гемостатической терапии, составляет 0,33–2,6%, а при сроках беременности до 49 дней – 1,4%. Инструментальная ревизия полости матки для остановки кровотечения выполняется примерно в 1% случаев [17]. Данные о частоте кровотечения, полученные в настоящем исследовании, согласуются с данными литературы.

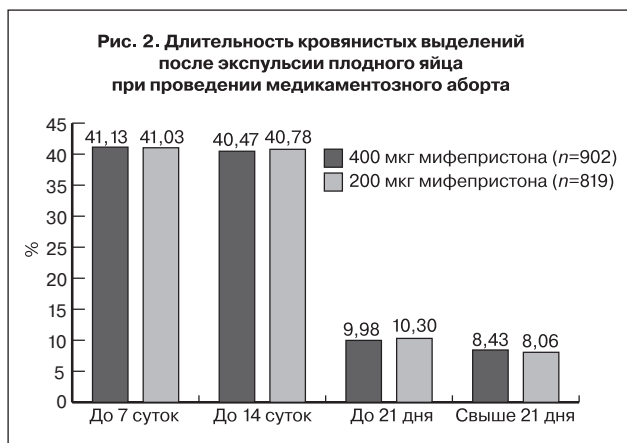
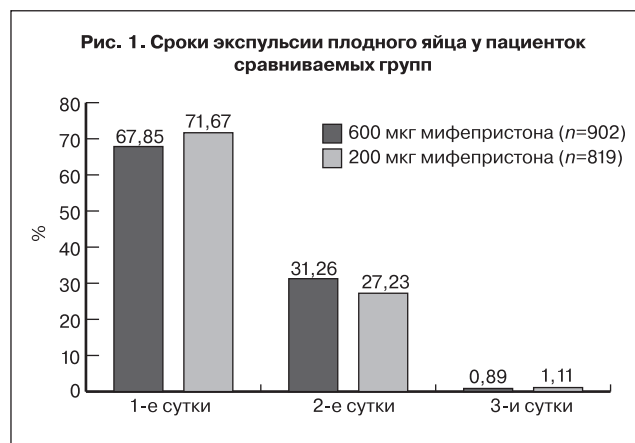


Таблица 2. Частота и относительные риски (ОР) осложнений при проведении медикаментозного аборта

Осложнения	1-я группа (3 таблетки) n=908		2-я группа (1 таблетка) n=820		ОР	95% ДИ
	Абс	%	Абс	%		
Прогрессирующая беременность	6	0,66	1	0,12	5,4	-1,16–10,24
Кровотечения, потребовавшие лечебных мероприятий	9	0,99	5	0,61	1,6	-1,24–4,28
Остатки плодного яйца	6	0,66	11	1,34	0,49	-4,62–0,77
Всего	21	2,31	17	2,07	1,1	-1,42–2,02

Остатки плодного яйца диагностированы у 0,66% (6/908) женщин, получивших 600 мг мифепристона, и у 1,34% (11/820, ОР=0,49, 95% ДИ -4,62–0,77) в группе с дозой препарата 200 мг. По поводу данного осложнения всем пациенткам выполнена вакуум-аспирация полости матки. Следует отметить, что у всех этих пациенток имелись указания на хирургические медицинские аборт в анамнезе, при этом 8 из 17 (47,1%) женщин имели по два инструментальных аборта. Наши результаты в этой части исследования в целом совпадают с данными М.Ф. Reeves и соавт. (2009), которые при анализе исходов медикаментозного прерывания беременности у 1870 женщин отметили, что по данным ультразвукографии кюретаж матки потребовался в 1,6% случаев [18].

По данным зарубежной литературы, в целом частота инструментальной ревизии полости матки и вакуум-аспирации по поводу кровотечений, остатков плодного яйца и прогрессирования беременности после фармакологического аборта составляет 2–5% [8].

Длительность кровянистых выделений после экспульсии плодного яйца, произошедшей у 902 из 908 пациенток, получивших 600 мг мифепристона, и 819 из 820 женщин, принявшим препарат в дозе 200 мг, не зависела от схемы медикаментозного аборта (рис. 2). У 1-й и 2-й клинических групп умеренные кровянистые выделения до 7 суток отмечены в 41,13% (371/902) и 40,03% (336/819, ОР=1,0, 95% ДИ -0,30–0,32). До 14 суток сохранялись выделения от умеренных до скудных в 40,47% (365/902) и 40,78% (334/819, ОР=0,99, 95% ДИ -0,33–0,29); до 21 дня – в 9,98% (90/902) и 10,13% (83/819, ОР=0,99, 95% ДИ -0,81–0,73); небольшие и мажущие выделения свыше 21 дня – в 8,43% (76/902) и 8,06% (66/819, ОР=0,99, 95% ДИ -0,74–0,98). По данным литературы, сроки кровянистых выделений после свершившегося медикаментозного аборта варьировали в пределах от 9 до 45 дней [19].

Заключение

Уменьшение дозы мифепристона с 600 до 200 мг в комбинации с сублингвальным приемом 400 мкг мизопростола не снижает эффективности медикаментозного аборта при сроках до 63 дней аменореи и не увеличивает количества его осложнений. Наличие хирургических аборт и несостоявшихся выкидышей в анамнезе повышает частоту таких осложнений фармакологического аборта, как прогрессирование беременности и остатки плодного яйца, независимо от дозы вводимого мифепристона.

Литература

1. Дикке Г.Б., Яроцкая Е.Л., Ерофеева Л.В. Стратегическая оценка политики, программ и услуг в сфере непланируемой беременности, аборт и контрацепции в Российской Федерации. Совместное исследование МЗ и СР РФ и ВОЗ. Проблемы репродукции. 2010; 3: 92–108. //
2. Дикке Г.Б., Яроцкая Е.Л., Ерофеева Л.В. Стратегическая оценка политики, программ и услуг в сфере непланируемой беременности, аборт и контрацепции в Российской Федерации. Совместное исследование МЗ и СР РФ и ВОЗ. Проблемы репродукции. 2010; 3: 92–108.
3. Безопасный аборт: Рекомендации для систем здравоохранения по вопросам политики и практики. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2004. 138 с. // Bezopasnyiy abort: Rekomendatsii dlya sistem zdavoohraneniya po voprosam politiki i praktiki. Zheneva: Vsemirnaya organizatsiya zdavoohraneniya; 2004. 138 s.
4. Радзинский В.Е. Акушерская агрессия. М.: Медиабюро Статус презенс; 2011. 688 с. // Radzinskiy V.E. Akusherskaya agressiya. M.: Mediabyuro Status prezents; 2011. 688 s.
5. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 2012. 123 p.
6. Kulier R., Kapp N., Gülmözoglu A.M., Hofmeyr G.J., Cheng L., Campana A. Medical methods for first trimester abortion. Cochrane Database Syst. Rev. 2011; (1): CD002855.
7. Urquhart D.R., Templeton A.A., Shinewi F., Chapman M., Hawkins K., McGarry J. et al. The efficacy and tolerance of mifepristone and prostaglandin in termination of pregnancy of less than 63 days gestation; UK Multicentre Study – final results. Contraception. 1997; 55(1): 1–5.
8. Белокриницкая Т.Е., Загородняя Э.Д., Лица В.Ф. Клинические протоколы оказания помощи в акушерстве и гинекологии. Часть 1. Утверждены Министром Здравоохранения Забайкальского края 8.10.2012. Чита; 2012. // Belokrinitskaya T.E., Zagorodnyaya E.D., Liga V.F. Klinicheskie protokoly okazaniya pomoschi v akusherstve i ginekologii. Chast 1. Utverzhdeni Ministrom Zdravoohraneniya Zabaykalskogo kraia 8.10.2012. Chita; 2012.
9. World Health Organization Task Force on Postovulatory Methods for Fertility Regulation; Special Programme of Research, Development and Research Training. Comparison of two doses of mifepristone in combination with misoprostol for early medical abortion: a randomised trial. Br. J. Obstet. Gynaecol. 2000; 107(4): 524–30.
10. El-Refaey H., Rajasekar D., Abdalla M., Calder L., Templeton A. Induction of abortion with mifepristone (Ru-486) and oral or vaginal misoprostol. N. Engl. J. Med. 1995; 332(15): 983–7.
11. Fjerstad M., Trussell J., Sivin I., Lichtenberg E.S., Cullins V. Rates of serious infection after changes in regimens for medical abortion. N. Engl. J. Med. 2009; 361(2): 145–51.
12. Tran N.T., Jang M.C., Choe Y.S., Ko W.S., Pyo H.S., Kim O.S. Feasibility, efficacy, safety and acceptability of mifepristone-misoprostol for medical abortion in the Democratic People's Republic of Korea. Int. J. Gynaecol. Obstet. 2010; 109(3): 209–12.
13. Trussell J., Ellertson C. Estimating the efficacy of medical abortion. Contraception. 1999; 60: 119–35.
14. Дикке Г.Б., Кутуева Ф.П. Опыт прерывания беременности одной таблеткой мифепристона (200 мг) в комбинации с мизопростомом в амбулаторной практике женской консультации № 22 г. Санкт-Петербурга. Земский врач. 2012; 4: 25–30. // Dikke G.B., Kutueva F.R. Opyit preryivaniya beremennosti odnoy tabletkoy mifepristona (200 mg) v kombinatsii s mizoprostolom v ambulatornoj praktike zhenskoy konsultatsii # 22 g. Sankt-Peterburga. Zemskiy vrach. 2012; 4: 25–30.
15. Boersma A.A., Meyboom-de Jong B., Kleiverda G. Mifepriston followed by home administration of buccal misoprostol for medical abortion up to 70 days of amenorrhoea in a genital practice in Curaçao. Eur. J. Contracept. Reprod. Health Care. 2011; 16(2): 61–6.
16. Winikoff B., Dzuba I.G., Chong E., Goldberg A.B., Lichtenberg E.S., Ball C. et al. Extending outpatient medical abortion services through 70 days of gestational age. Obstet. Gynecol. 2012; 120(5): 1070–6.
17. Moreno-Ruiz N.L., Borgatta L., Yanow S., Kapp N., Wiebe E.R., Winikoff B. Alternatives to mifepristone for early medical abortion. Int. J. Gynaecol. Obstet. 2007; 96(3): 212–8.