

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

© Коллектив авторов, 2014

Г.Б. ДИККЕ¹, Е.Л. ЯРОЦКАЯ², Л.В. ЕРОФЕЕВА³

ВНЕДРЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ В ОТЕЧЕСТВЕННУЮ ПРАКТИКУ

¹ГБОУ ВПО Российский университет дружбы народов Минобрнауки России, Москва

²ФГБУ Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова Минздрава России, Москва

³Российская ассоциация «Народонаселение и Развитие», Москва

Цель исследования. Оценить современный уровень внедрения и качество оказания медицинской помощи женщинам при нежелательной беременности (НБ) в медицинских учреждениях.

Материал и методы. Статистические данные Минздрава России в динамике за 2008–2013 гг.; данные периодической литературы и выступлений региональных лидеров на конференциях за 2010–2013 гг.; анонимное тестирование специалистов (г. Екатеринбург, 24 акушера-гинеколога), анализ анкет 161 женщины, обратившихся за консультированием перед абортom.

Результаты. Внедрение рекомендуемых экспертами ВОЗ и нормативными документами Минздрава России современные методы прерывания беременности в лечебно-профилактических учреждениях имеет положительную тенденцию, но осуществляется недостаточно быстрыми темпами. Использование безопасных технологий способствует значительному снижению осложнений при отсутствии случаев материнской смертности.

Ключевые слова: нежелательная беременность, аборт, вакуумная аспирация, дилатация и эвакуация, медикаментозный аборт.

G.B. DIKKE¹, E.L. YAROTSKAYA², L.V. EROFEEVA³

INTRODUCTION OF CURRENT METHODS FOR PREGNANCY TERMINATION IN RUSSIAN PRACTICE

¹Peoples' Friendship University of Russia, Ministry of Education of Russia

²Academician V.I. Kulakov Research Center of Obstetrics, Gynecology and Perinatology,
Ministry of Health of Russia

³Russian Association for Population and Development

Objective. To estimate the current introduction and quality of medical care for women with unwanted pregnancy in health care facilities.

Subject and methods. The 2008–2013 statistics of the Ministry of Health of the Russian Federation; the data of periodicals and speeches of regional leaders at the conferences during 2010–2013; anonymous testing of specialists (24 obstetricians/gynecologists in Yekaterinburg), and questionnaires of 161 women seeking medical advice before abortion were analyzed.

Results. The introduction of the current pregnancy termination methods in health care facilities, which are recommended by the WHO experts and the normative documents of the Ministry of Health of the Russian Federation, shows a positive tendency, but insufficiently rapid rates. The application of safe technologies aids in significantly reducing complications in the absence of maternal deaths.

Key words: unwanted pregnancy, vacuum aspiration, dilation and evacuation, medical abortion.

Повышение качества и доступности медицинской помощи — одна из важнейших целей государственной политики в области охраны здоровья граждан Российской Федерации, что подчеркнуто в Федеральном Законе «Об основах охраны здоровья граждан РФ» № 323-ФЗ [1] и в «Концепции охраны здоровья населения Российской Федерации на период

до 2020 г.» [2]. На основании этих документов, а также иных нормативных актов (Приказ МЗ РФ №572н [3] и др.), принятых в последние годы, и в соответствии с рекомендациями, сделанными в результате совместного Проекта МЗ РФ и ВОЗ «Стратегическая оценка политики, программ и услуг с области непланируемой беременности, абортов и контрацепции»

(2009 г.) [4–6], проводится планомерная работа по улучшению качества медицинской помощи женщинам по вопросам репродуктивного выбора.

Цель исследования: оценить современный уровень внедрения и качество оказания медицинской помощи женщинам при нежелательной беременности (НБ) в медицинских учреждениях.

Материал и методы исследования

Статистические данные МЗ РФ в динамике за 2008–2013 гг.; данные периодической литературы и выступлений региональных лидеров на конференциях за 2010–2013 гг.; анонимное тестирование участников проекта «Стратегическая оценка...» (2-й этап, г. Екатеринбург, 24 акушера-гинеколога) до и после обучения (анкеты содержали 16 вопросов, 9 из них предполагали выбор одного правильного ответа, 7 – нескольких); анонимное анкетирование 161 женщины (средний возраст $30 \pm 8,2$ года), обратившихся в женские консультации г. Екатеринбурга в 2013 г. по поводу прерывания нежелательной беременности (анкета содержала 40 вопросов по 9 разделам). Полученные данные обрабатывались качественным и количественным методами.

Результаты и их обсуждение

Одной из основных рекомендаций «Стратегической оценки...» стала необходимость скорейшей замены устаревших методов прерывания нежелательной беременности в 1-м и 2-м триместрах [4, 5]. Согласно рекомендациям ВОЗ [7, 8], Приказу МЗ РФ (572н) [3] и Клиническим рекомендациям по акушерству и гинекологии (4-й пересмотр) [9] предпочтительными способами выполнения аборта являются вакуумная аспирация (в 1-м триместре) (ВА), дилатация и эвакуация (во 2-м триместре) (ДЭ) и медикаментозный (до 22 недель) метод (МА). В соответствии с перечисленными документами осуществляется постепенный переход к указанным методам в учреждениях практического здравоохранения. Однако в настоящее время самым распространенным методом в России остается дилатация и кюретаж (ДК) (59,1%) [10], который эксперты ВОЗ допускают только в исключительных случаях, когда нет возможности применить более щадящие методы [7].

Необходимо отметить, что, несмотря на определенные ограничения распространения современных методов прерывания беременности, обусловленные недостатками нормативной правовой базы по этому вопросу в предыдущие годы [11], в целом динамика замены устаревших методов на современные является положительной. Так, если сравнивать частоту

используемых методов в 2006 и 2012 гг., то использование МА увеличилось с 1,5 до 8,2%, то есть в 5,5 раза, а ДК снизилось на 15% [10] (таблица).

Ряд учреждений демонстрирует успешное применение МА в поздние сроки беременности [12–15]. Существенную роль в этом процессе играет обучение специалистов, которое проводится в рамках реализации проекта МЗ РФ и ВОЗ «Стратегическая оценка...» (II этап – Внедрение безопасных технологий искусственного прерывания беременности в 1-м триместре), на профильных кафедрах, в том числе при участии некоммерческой общественной организации «Российская ассоциация «Народонаселение и Развитие», объединяющей профессионалов медицинского и социального профиля и располагающей многолетним опытом реализации проектов в области охраны репродуктивного здоровья, а также других организаций, активно участвующих в решении вопросов охраны здоровья женщин. Приоритетным направлением деятельности этих организаций является внедрение новейших разработок отечественных и зарубежных ученых в области акушерства и гинекологии в медицинскую практику, сотрудниками проводится большая информационная работа среди врачей и руководителей.

Так, внедрение в Сахалинской области ВА с использованием мануального аспиратора MVA Plus [16] показало его эффективность в снижении осложнений в раннем послеабортном периоде. Изменение методики и приведение ее в соответствие с международными требованиями привело к снижению случаев использования внутривенного наркоза и замены его на комбинированный – в 85–90%, снижена необходимость в расширении цервикального канала, исключен контрольный кюретаж с заменой его визуальным осмотром удаленных тканей, снижено применение сокращающих средств с 62 до 8%. В результате частота неполного аборта уменьшилась с 2,1 до 0,7% соответственно; частота повреждений шейки матки – с 0,6 до 0,5%; продолжающейся беременности – с 2,4 до 0,8%; гематометры – с 6,8 до 1,9%; инфекций органов малого таза – с 4,8 до 2,7% соответственно. Отмечено, что при проведении мануальной ВА значительно снижается длительность процедуры, ее болезненность.

Важная роль правильного применения современных методов и значение обучения специалистов определены на втором этапе Проекта «Стратегическая оценка...», который в настоящее время реализуется в Свердловской области. Курс обучения состоит из теоретической (интерактивные методы) и практической (тренинг на моделях,

Таблица. Динамика и структура использования методов прерывания НБ в первом триместре (по данным Минздравсоцразвития),%

Годы	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Аборты, выполненные медикаментозным методом	1,5	2,2	3,3	3,9	4,8	6,2	8,2
Аборты, выполненные вакуумной аспирацией (мини-аборты)	30,3	29,0	28,1	27,1	25,5	24,6	32,6
Аборты, выполненные методом дилатации и кюретажа	68,2	68,8	68,6	69,0	69,7	69,2	59,1

работа в операционной) частей. Проведено анонимное тестирование участников до и после обучения. Результаты анализа анкет показали, что до проведения обучения 58,6% слушателей дали правильные ответы на поставленные вопросы и 41,4% — неправильные (общая оценка теста 3,1 балла — удовлетворительно). После обучения правильных ответов было 91,9% ($p < 0,001$) и неправильных — 8,1% ($p < 0,001$) (4,6 балла — отлично) ($p < 0,001$). До начала обучения только четверть слушателей дали правильные ответы, соответствующие оценке выше 4,0 балла. Удовлетворительных ответов было 44%. В результате проведенного обучения качество знаний врачей существенно повысилось: отличные ответы дали 88% из них и 12% — удовлетворительные, неправильных ответов не было. Разница полученных результатов достоверна во всех случаях ($p < 0,001$). В целом суммарно по всем вопросам средняя оценка качества знаний выросла на 1,5 пункта из 1,9 возможных, что составило 80%. Таким образом, оценка результатов обучения слушателей показала существенное повышение качества знаний провайдеров по вопросам, отражающим задачи исследования.

Проведена оценка качества консультирования перед абортom и его влияние на психоэмоциональное состояние женщины. Проанализирована 161 анкета, полученная от женщин, обратившихся в женские консультации г. Екатеринбурга в 2013 г. по поводу НБ с целью ее прерывания. 104 женщинам врач сообщил об обязательном дополнительном визите к психологу и/или социальному работнику для консультирования. В целом, отдельный визит для преабортной консультации сочли полезным 23% респондентов, отчасти полезным — 53%, не совсем полезным — 18%, бесполезным — 6%. В среднем для этого женщины потратили 1 день, а 45% потеряли 2080 руб. (пропуск рабочего дня).

До консультирования были не вполне уверены в своем решении сделать аборт 9% женщин, после — 20%. Вместо аборта хотели бы родить ребенка 3% (как до, так и после консультирования), никто не отметил, что хотел бы отдать ребенка на усыновление. Мнение, что аборт в сложившейся ситуации был лучшим выходом, чем рождение ребенка, разделяли 71% женщин. Эту уверенность сохранили 70% опрошенных после консультации. В ходе консультирования получили информацию, стимулирующую к отказу от аборта, 20% женщин. Консультирование заставило усомниться в правильности своего решения 70% женщин, у 9% оно вызвало страх перед абортom. «Период ожидания» никак не повлиял на эмоциональное состояние 82% женщин, негативное воздействие оказал в 18% случаев. Степень удовлетворенности консультированием женщины оценили следующим образом: высокая — 7%, умеренная — 43%, низкая — 35%, без оценки — 15%. Между первым обращением и визитом с целью проведения процедуры аборта в среднем прошло 14 дней. Дату для выполнения аборта назначал врач в соответствии с имеющейся очередью —

92 женщинам, по выбору женщины — 44, по другим критериям — 9, 16 женщин не ответили на этот вопрос. Таким образом, только половина женщин выразила удовлетворение преабортным консультированием. Время от момента первого обращения до выполнения процедуры аборта является неоправданно продолжительным (2 недели), что может способствовать увеличению риска осложнений.

«Психологическое» консультирование с целью повлиять на решение женщины и мотивировать ее к отказу от аборта было впервые внедрено в г. Красноярске (2007 г.) [17]. За три года реализации этой программы от аборта отказались 323 женщины, что от общего количества выполненных абортов составило 1%, или 12% проконсультированных. В целом по данным литературы количество «отказов» от аборта соответствует 5–10% [18, 19] за счет женщин, испытывающих сомнения, действующих по принуждению третьих лиц, больных СПИДом или являющихся жертвами правонарушений. Такие женщины действительно нуждаются в помощи психолога, социального работника, правоохранительных служб или специалистов другого профиля, и эта помощь им должна быть предоставлена. В то же время Приказом № 572н определено, что психологическое консультирование должно быть предложено всем женщинам, но проводиться может исключительно при их информированном согласии (п. 104, раздел IX Порядка...) [3]. Тем не менее, данное положение нередко интерпретируется неверно. Например, в Самарской области поддержана инициатива по развертыванию с 2014 г. проекта доабортного психологического консультирования во всех учреждениях, производящих аборты. По мнению инициаторов акции это может дать прирост рождаемости в регионе в 2–3 тыс. человек в год (при предполагаемом уровне отказов от абортов в 15%). На эти цели в бюджете Самарской области в следующем году будет выделено 15 млн рублей (при общем количестве абортов в области 18 тыс. в год) [20]. При этом если предоставить женщинам один из экономичных пролонгированных методов контрацепции или экстренную контрацепцию на эту сумму, можно было бы предотвратить 75 тыс. абортов.

Обращает на себя внимание чрезвычайно низкое на сегодняшний день использование МА (8,23%, 2012 г.) [10]. Вместе с тем по отдельным округам процент его применения значительно выше и достигает 20–30% (Брянская обл., г. Санкт-Петербург, республика Мордовия, Кемеровская обл.), и, напротив, на 53 территориях метод применяется реже, чем в целом по России (0,1% — в Калининградской области, 0,7% — в Москве) [10].

В Кемеровской области МА был включен в Программу государственных гарантий бесплатной медицинской помощи в 2009 г. [21]. С этого момента увеличилась доля абортов, проведенных с использованием данного метода при продолжающейся тенденции снижения их общего количества. В последнее время наблюдается увеличение доли

МА, выполняемых по программе ОМС, в 2012 г. они составили 28% всех искусственных абортов. Отмечено существенное снижение криминальных абортов и материнской смертности, наблюдаемое одновременно с увеличением доли МА (рис. 1). Снижение количества криминальных абортов является весьма показательным: в 2009 г., когда аборты были включены в программу госгарантий, по отношению к 2008 г. снижение произошло в 3,75 раза (12 случаев по отношению к 45 случаям соответственно), а к 2012 г. — в 15 раз (3 случая). Материнская смертность за этот же период снизилась на 30,4% (в России — на 7,9% за 2006–2012 гг.).

Таким образом, доступность безопасных методов прерывания беременности способствует снижению материнских потерь, преимущественно за счет уменьшения уровня криминальных абортов, и не влияет на общую тенденцию снижения уровня абортов.

С 2009 по 2012 гг. в Кемеровской области, в соответствии с региональным протоколом, для МА использовалась дозировка мифепристона от 200 до 600 мг. В настоящее время дозу препарата привели в соответствие с рекомендациями ВОЗ — 200 мг, поскольку имеет место сходная эффективность различных дозировок препарата, что было подтверждено и результатами эффективности практического использования различных доз в Кемеровской области (рис. 2). Согласно имеющимся данным, МА на территории Кемеровской области проходят с небольшим количеством осложнений — эффективность метода составляет 97,6% (доля неполных абортов составляет всего 2,4% случаев).

Обучение, накопление опыта и адекватная оценка результатов аборта способствуют снижению количества осложнений, о чем свидетельствует опыт женской консультации № 22 г. Санкт-Петербурга по использованию современной схемы МА в ранние сроки (до 63 дней аменореи) в амбулаторных условиях [22]. В исследовании изучены результаты (эффективность и осложнения) прерывания беременнос-

ти у 11 542 женщин репродуктивного возраста, которым был выполнен аборт методом ВА (57,2%) и МА с использованием 600 и 200 мг мифепристона в комбинации с мизопростолом (42,8%). Показано, что количество осложнений после МА (0,9%) в 2011 г. было меньше по сравнению с ВА (1,5%) в том же году. Уменьшение дозы мифепристона с 600 до 200 мг не влияет на эффективность МА и количество осложнений, а повышение качества его выполнения ведет к уменьшению осложнений (с 10,1% в 2003 г. до 0,9% в 2011 г. соответственно). Показано, что проведение оценки эффективности МА в контрольные сроки (на 14-е сутки) возможно с использованием определения β -субъединицы хорионического гонадотропина количественным методом вместо рутинного ультразвукового исследования.

По данным международных исследований при МА положительный эффект достигается в среднем в 96–98% случаев, а частота осложнений не превышает 5%, при этом ревизия полости матки требуется примерно в 3% случаев [7, 23–27].

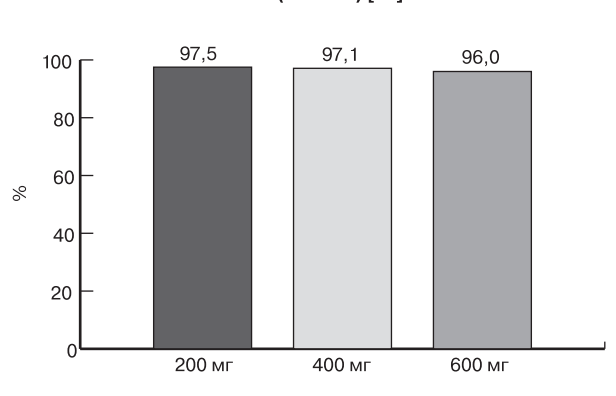
Согласно рекомендациям ВОЗ (2012) [7] современные схемы МА в первом триместре амбулаторно предусматривают использование мифепристона до 9 недель беременности (63 дня от первого дня последней менструации) однократно в дозе 200 мг внутрь (1 таблетка) в присутствии врача. После приема препарата женщина должна находиться под наблюдением врача в течение 1–2 ч. Через 24–48 ч назначают мизопростол в дозе 400 мкг внутрь (при сроках до 49 дней аменореи) либо через 36–48 ч 800 мкг вагинально или сублингвально однократно (при сроках 50–63 дня аменореи). Через 10–14 дней показан контрольный осмотр. Данные схемы были отобраны и рекомендованы группой экспертов ВОЗ на основании многочисленных данных, полученных при научных и клинических исследованиях в разных странах мира, и эффективность их имеет степень доказательности А.

Выполнение МА в государственных медицинских учреждениях РФ на платной основе противоречит законодательству РФ, а ссылки на дороговизну применяющихся препаратов несостоятель-

Рис. 1. Динамика МА и материнской смертности в Кемеровской области [17]



Рис. 2. Эффективность различных доз мифепристона при выполнении аборта до 63 дней аменореи в Кемеровской области (n=3263) [17]



ны. Фармако-экономическая целесообразность МА была продемонстрирована в докладе на примере помощи девочкам-подросткам Республики Бурятия [28]. Отмечена высокая эффективность МА у подростков, которая составила 97,1%. Внедрение МА в практику и соблюдение обязательств по Программе Госгарантий позволили сэкономить около 450 000 рублей в год на каждую тысячу вмешательств без учета расходов на лечение осложнений, частота которых при МА оказалась ниже в 4 раза по сравнению с хирургическим прерыванием беременности. Изучение риска инфекционных осложнений у первобеременных женщин [29] показало, что при хирургическом прерывании первой беременности он был в 2,7 раза выше по сравнению с повторнобеременными женщинами (ОШ=6,9, 95% ДИ 3,4–13,9); напротив, при медикаментозном прерывании риск был практически одинаковым и составил 0,86 (ОШ=0,71, 95% ДИ 0,3–1,8). Это обстоятельство следует учитывать при выборе метода прерывания беременности у первобеременных женщин.

Таким образом, опыт Республики Бурятия, Сахалинской, Свердловской, Кемеровской, Тюменской и некоторых других областей, где МА внедрен в амбулаторную практику и обеспечивается из фондов ОМС, показывает пример государственного подхода к решению проблемы. В связи с этим в целях обеспечения выполнения государственных гарантий по бесплатному оказанию медицинской помощи женщинам при прерывании беременности и доступности аборта в амбулаторных условиях, в соответствии с рекомендациями ВОЗ, территориальным фондам ОМС, следует внести в соответствующие нормативные документы пункт о финансировании услуги МА, включая лекарственное обеспечение указанной процедуры. Настоящая услуга должна стать доступной всем категориям женщин независимо от возраста, семейного положения, расовой или национальной принадлежности, регистрации или иных ограничивающих права женщины условий. Право выбора метода прерывания беременности должно быть предоставлено самой женщине.

Что касается аборта во 2-м триместре (13–22 недели), то, согласно рекомендациям ВОЗ, предпочтительными методами являются ДЭ и МА. Современные схемы МА во 2-м триместре (после 12 полных недель) предусматривают введение 200 мг мифепристона внутрь и через 36–48 ч – 400 мкг мизопростола внутрь или 800 мкг во влагалище и далее через каждые 3 ч по 400 мкг не более 4 доз [7–9]. В сравнении с современными режимами МА и ДЭ ни по показателям приемлемости, ни по уровню удовлетворенности и частоте осложнений статистически значимых различий выявлено не было. Так, частота кровотечения составляет 0,7%, разрывов шейки матки – 0,1–0,2%, разрыва матки – 0,1%, инфекции – 2,6% [30, 31].

Эффективность МА для прерывания беременности во 2-м триместре была изучена в клинических протоколах ВОЗ [7], в том числе на базе НИИ репродукции человека (Тбилиси, Грузия) [32]. Было

показано, что эффективность предлагаемых схем составляет не менее 98%, необходимость в хирургическом удалении плаценты возникала не чаще, чем в 20% случаев, в отличие от интраамниального введения гипертонических растворов, когда эту манипуляцию приходилось выполнять в 100% случаев.

Об успешном использовании мифепристона для прерывания беременности во 2-м триместре при наличии пороков развития плода или его внутриутробной гибели неоднократно сообщал коллектив МОНИИАГа [12, 13]. Было показано, что наиболее эффективной является комбинация мифепристона с мизопростолом, которая позволяет добиться прерывания беременности в течение 24 ч практически в 100% случаев при минимуме осложнений.

Опыт МА во 2-м триместре, представленный отделением Орловского областного перинатального центра (всего 357 прерываний беременности с 2007 г.) [14] демонстрирует отсутствие таких осложнений, как разрыв матки, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, разрыв шейки матки, кровопотеря, превышающая 0,5% массы тела, и инфекционные осложнения. Не наблюдалось также ни одного случая материнской смертности в течение 7 лет. У 5 женщин диагностирована гематометра, потребовавшая вакуумной аспирации (1,4%), трем пациенткам выполнено инструментальное исследование стенок полости матки после отделения и выделения последа (0,8%). Антибактериальная терапия с профилактической целью назначалась 15,6% женщин групп риска по септическим осложнениям.

За 6 месяцев 2013 г. МА внедрен в трех лечебно-профилактических учреждениях г. Уфы [15]. Отмечено, что за это время выполнено 17 вмешательств, из них 8 пациенткам – с врожденными пороками развития плода, 4 – с антенатальной гибелью плода и 5 – с начавшимися поздними самопроизвольными выкидышами в сроках 15–20 нед. Кровопотеря была физиологически допустимой – от 90 до 250 мл; гипотоническое кровотечение было зафиксировано в одном случае; повреждение шейки матки не наблюдалось; не отмечено также случаев септических осложнений. У 12 пациенток была диагностирована задержка остатков плодных оболочек (произведено выскабливание или ВА полости матки). Средний койко-день составил 8 дней. Авторами подчеркивается высокая эффективность, безопасность и приемлемость метода, отсутствие риска осложнений, связанных с хирургическим вмешательством и анестезией, опасности заражения ВИЧ-инфекцией, гепатитом В, С, психоэмоциональной травмы, предпочтительность использования у первобеременных, высокая удовлетворенность методом как со стороны пациенток, так и врачей.

Заключение

Компонентами качества медицинской помощи при аборте, которые можно использовать в качестве показателей его состояния, эксперты ВОЗ считают: правильность выполнения медицин-

ских технологий; отсутствие риска для пациентов; оптимальность использования ресурсов; удовлетворенность потребителей медицинской помощью [7]. Внедрение рекомендуемых экспертами ВОЗ и нормативными документами Минздрава России современных методов прерывания беременности имеет положительную тенденцию, но осуществляется недостаточно быстрыми темпами. Использование безопасных технологий демонстрирует значительное снижение осложнений и отсутствие случаев материнской смертности.

Реформа системы здравоохранения и в первую очередь преодоление острых структурных диспропорций в сочетании с поиском внутрисистемных источников экономии средств и ресурсов ни в коем случае не должны затронуть качество и доступность медицинской помощи для широких слоев населения, в том числе по вопросам НБ, как их неотъемлемого права на охрану здоровья и репродуктивный выбор. В большинстве регионов замена устаревших методов прерывания НБ на современные свидетельствует о перспективном улучшении медицинской помощи женщинам, сопровождается снижением осложнений и материнской смертности, что наряду с экономической целесообразностью свидетельствует о повышении качества медицинской помощи женщинам.

Литература

1. Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». // *Federalnyy zakon Rossiyskoy Federatsii ot 21 noyabrya 2011 g. # 323-FZ «Ob osnovah ohrany i zdorovya grazhdan v Rossiyskoy Federatsii».*
2. Концепция охраны здоровья населения Российской Федерации на период до 2020 г. (одобрена распоряжением Правительства 17 ноября 2008 г. N 1662-р). // *Kontseptsiya ohrany i zdorovya naseleniya Rossiyskoy Federatsii na period do 2020 g. (odobrena rasporyazheniem Pravitelstva 17 noyabrya 2008 g. N 1662-r).*
3. Приказ Минздрава России от 12 ноября 2012 г. № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)». // *Prikaz Minzdrava Rossii ot 12 noyabrya 2012 g. # 572n «Ob utverzhdenii Poryadka okazaniya meditsinskoy pomoshchi po profilu «akusherstvo i ginekologiya (za isklucheniem ispolzovaniya vspomogatelnykh reproduktivnykh tekhnologiy)».*
4. Дикке Г.Б., Яроцкая Е.Л., Ерофеева Л.В. Стратегическая оценка политики, программ и услуг в сфере непланируемой беременности, абортов и контрацепции в Российской Федерации. Совместное исследование МЗ и СР РФ и ВОЗ. Проблемы репродукции. 2010; 3: 92–108. // *Dikke G.B., Yarotskaya E.L., Erofeeva L.V. Strategicheskaya otsenka politiki, programm i uslug v sfere neplaniruemoy beremennosti, abortov i kontratseptsii v Rossiyskoy Federatsii. Sovmestnoe issledovanie MZ i SR RF i VOZ. Problemy reproduksii. 2010; 3: 92–108.*
5. Сухих Г.Т., Яроцкая Е.Л. Стратегический подход к решению проблемы непланируемой беременности в России. Современные медицинские технологии. 2010; 5: 96–99. // *Suhikh G.T., Yarotskaya E.L. Strategicheskii podhod k resheniyu problemy neplanirovannoy beremennosti v Rossii. Sovremennyye meditsinskie tekhnologii. 2010; 5: 96–99.*
6. Дикке Г.Б. Проблемы внедрения технологий безопасного аборта в России. Status Praesens. 2009; 11. Available at: <http://www.ru486.ru> // *Dikke G.B. Problemy vnedreniya tekhnologiy bezopasnogo aborta v Rossii. Status Praesens. 2009; 11. Available at: http://www.ru486.ru*
7. WHO. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. 2nd ed. Geneva: Department of Reproductive Health and Research; 2012.
8. WHO. Model list of essential medicines. 18th ed. Geneva: WHO; 2013. Available at: <http://mednet3.who.int/EMLib/>
9. Серов В.Н., Сухих Г.Т., ред. *Акушерство и гинекология. Клинические рекомендации. 4-е изд. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2014. 1024 с. // Serov V.N., Suhikh G.T., red. Akusherstvo i ginekologiya. Klinicheskie rekomendatsii. 4-e izd. M.: GEOTAR-Media; 2014. 1024 s.*
10. Основные показатели здоровья матери и ребенка, деятельность службы охраны детства и родовспоможения в Российской Федерации. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2011. 152 с. // *Osnovnyye pokazateli zdorovya materi i rebenka, deyatelnost sluzhby ohrany detstva i rodovspomozheniya v Rossiyskoy Federatsii. M.: GEOTAR-Media; 2011. 152 s.*
11. Дикке Г.Б., Ерофеева Л.В., Яроцкая Е.Л. От кюветки до таблетки. Искусственный аборт: российские реалии. Status Praesens. 2011; 1: 20–4. Available at: <http://www.ranir.ru>; Available at: <http://www.za-vibor.ru> // *Dikke G.B., Erofeeva L.V., Yarotskaya E.L. Ot kyuretki do tabletki. Artifitsialnyy abort: rossiyskie realii. Status Praesens. 2011; 1: 20–4. Available at: http://www.ranir.ru; Available at: http://www.za-vibor.ru*
12. Мельник Т.Н. Медицинские и организационные аспекты медикаментозного прерывания беременности в поздние сроки: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М.; 2009. 35 с. // *Melnik T.N. Meditsinskie i organizatsionnyye aspekty medikamentoznogo preryvaniya beremennosti v pozdnie sroki: Avtoref. dis. ... d-ra med. nauk. M.; 2009. 35 s.*
13. Мельник Т.Н. Прерывание беременности во втором триместре. В кн.: *Материалы 9-го Всероссийского научного форума «Мать и дитя». М.; 2007: 164. // Melnik T.N. Preryvanie beremennosti vo vtorom trimestre. V kn.: Materialy 9-go Vserossiyskogo nauchnogo foruma «Mat i ditya». M.; 2007: 164.*
14. Крылова Л.А. Современные технологии безопасного прерывания беременности II триместра в условиях регионального центра. Доклад на III конференции с международным участием «Инфекции и инфекционный контроль в акушерстве и гинекологии». 7 ноября 2013 г., Москва. // *Krylova L.A. Sovremennyye tekhnologii bezopasnogo preryvaniya beremennosti II trimestra v usloviyakh regionalnogo tsentra. Doklad na III konferentsii s mezhdunarodnym uchastiem «Infektsii i infektsionnyy kontrol v akusherstve i ginekologii». 7 noyabrya 2013 g., Moskva.*
15. Сахаутдинова И.В. Аборт во II триместре. Сохраняя здоровье женщины. Доклад на VI Общероссийском семинаре «Репродуктивный потенциал России: версии и контраверсии». 8 сентября 2013 г., Сочи. // *Sahautdinova I.V. Abort vo II trimestre. Sohranyaya zdorove zhenshchiny. Doklad na VI Obscherossiyskom seminar «Reproduktivnyy potentsial Rossii: versii i kontraversii». 8 sentyabrya 2013 g., Sochi.*
16. Иванова О.М., Набатов А.А. Оптимизация медицинской помощи при аборте женщинам Сахалинской области и результаты внедрения мануальной вакуумной аспирации. Эффективная фармакотерапия. Акушерство и гинекология. 2010; май: 26–30. // *Ivanova O.M., Nabatov A.A. Optimizatsiya meditsinskoy pomoshchi pri aborte zhenshinam Sahalinskoy oblasti i rezultaty vnedreniya manualnoy vakuumnoy aspiratsii. Effektivnaya farmakoterapiya. Akusherstvo i ginekologiya. 2010; may: 26–30.*
17. Шевченко В.В., Ямщиков А.С., Чепурная Е.А. Оценка социально-экономической эффективности доабортного консультирования (на примере реализации в городе Красноярске проекта «Ты не одна» демографической программы «Святость материнства»). Менеджер здравоохранения. 2011; 2: 34–46. // *Shevchenko V.V., Yamschikov A.S., Chepurnaya E.A. Otsenka sotsialno-ekonomicheskoy effektivnosti doabortnogo konsultirovaniya (na primere realizatsii v gorode Krasnoyarske projekta «Ty ne odna» demograficheskoy programmy «Svyatost materinstva»). Menedzher zdavoohraneniya. 2011; 2: 34–46.*

18. Counseling and waiting periods for abortion. State Policies in Brief. Guttmacher Institute. November 1, 2013. Available at: <http://www.guttmacher.org>
19. *Joyce T.J., Henshaw S.K., Dennis A., Finer L.B., Blanchard K.* The impact of state mandatory counseling and waiting period laws on abortion: a literature review. New York: Guttmacher Institute; 2009. Available at: <http://www.guttmacher.org>
20. На психологов, консультирующих женщин перед абортom, потратят 15 млн рублей. Портал PRO Город. Самара. Available at: <http://news.progorodsamara.ru/news/view/158349> // Na psihologov, konsultiruyuschih zhenshin pered abortom, potratyat 15 mln rubley. Portal PRO Gorod. Samara. Available at: <http://news.progorodsamara.ru/news/view/158349>
21. *Артымук Н.В.* Медикаментозный аборт в России (на примере опыта внедрения в Кемеровской области). Доклад на XIV Всероссийском научном форуме «Мать и дитя». 25 сентября 2013 г., Москва. // *Artyimuk N.V.* Medikamentoziy abort v Rossii (na primere opyta vnedreniya v Kemerovskoy oblasti). Doklad na XIV Vserossiyskom nauchnom forumе «Mat i ditya». 25 sentyabrya 2013 g., Moskva.
22. *Дикке Г.Б., Кутуева Ф.Р.* Опыт прерывания беременности одной таблеткой мифепристона (200 мг) в комбинации с мизопростолом в амбулаторной практике женской консультации № 22 г. Санкт-Петербурга. Земский врач. 2012; 4: 25–31. // *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: 25–31.
23. *Kulier R., Kapp N., Gülmözöglü A.M., Hofmeyr G.J., Cheng L., Campana A.* Medical methods for first trimester abortion. Cochrane Database Syst. Rev. 2011; (11): CD002855. Available at: <http://summaries.cochrane.org>
24. *Lievre M., Sitruk-Ware R.* Meta-analysis of 200 or 600 mg mifepristone in association with two prostaglandins for termination of early pregnancy. Contraception. 2009; 80(1): 95–100.
25. American College of Obstetricians and Gynaecologists (ACOG). A clinician's guide to medical and surgical abortion. NAF's textbook; 2012. Available at: <http://www.prochoice.org>
26. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). The care of women requesting induced abortion. London (England): Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG); 2011. Nov. 130 p. (Evidence-based Clinical Guideline; no. 7). Available at: <http://www.rcog.org.uk>
27. The European Medicines Agency in 2007. Summary of the thirteenth annual report of the EMEA. Available at: <http://www.ema.europa.eu>
28. *Жовтун Л.М.* Опыт применения медикаментозного аборта у подростков в республике Бурятия. Доклад на I научно-практической конференции с международным участием «Национальный и международный опыт охраны репродуктивного здоровья девочек». 4 июня 2013 г., Москва. // *Zhovtun L.M.* Opyit primeneniya medikamentoznogo aborta u podrostkov v respublike Buryatiya. Doklad na I nauchno-prakticheskoy konferentsii s mezhdunarodnyim uchastiem «Natsionalniy i mezhdunarodniy opyt ohranyi reproduktivnogo zdorovya devochek». 4 iyunya 2013 g., Moskva.
29. *Плотко Е.Э.* Прогнозирование, профилактика, диагностика и лечение осложнений искусственного прерывания беременности: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М.; 2013. 48 с. // *Plotko E.E.* Prognozirovanie, profilaktika, diagnostika i lechenie oslozhneniy iskusstvennogo preryivaniya beremennosti: Avtoref. dis. ... d-ra med. nauk. M.; 2013. 48 s.
30. *Гемзель-Дэниссон К., Лалиткумар С.* Медикаментозный аборт во втором триместре с применением мифепристона и мизопростола и только мизопростола: Обзор методов и ведение. Проблемы репродуктивного здоровья. 2008; декабрь: 88–100. // *Gemzel-Denilsson K., Lalitkumar S.* Medikamentoziy abort vo втором trimestre s primeneniem mifepristona i mizoprostola i tolko mizoprostola: Obzor metodov i vedenie. Problemy reproduktivnogo zdorovya. 2008; dekabr: 88–100.
31. *Гроссман Д., Блэнчард К., Блументаль П.* Осложнения после хирургического и медикаментозного аборта во втором триместре беременности. Проблемы репродуктивного здоровья. 2008; декабрь: 100–11. // *Grossman D., Blenchar K., Blumental P.* Oslozhneniya posle hirurgicheskogo i medikamentoznogo aborta vo втором trimestre beremennosti. Problemy reproduktivnogo zdorovya. 2008; dekabr: 100–11.
32. *Хомасуридзе А.* Применение антипрогестагенов в репродуктологии, акушерстве и гинекологии. Сборник клинических материалов. Тбилиси; 2009. 67 с. // *Homasuridze A.* Primeneniye antiprogestagenov v reproduktologii, akusherstve i ginekologii. Sbornik klinicheskikh materialov. Tbilisi; 2009. 67 s.

Поступила 26.12.2013

Сведения об авторах:

Дикке Галина Борисовна, заслуженный деятель науки и образования, д.м.н., профессор кафедры акушерства, гинекологии и репродуктивной медицины факультета повышения квалификации медицинских работников ГБОУ ВПО РУДН Минобрнауки России. Адрес: 117198, Россия, Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 6. Телефон: 8 (495) 434-53-00. E-mail: galadikke@yandex.ru

Яроцкая Екатерина Львовна, д.м.н., руководитель Отдела международного сотрудничества ФБГУ НЦАГиП им. академика В.И. Кулакова Минздрава России, профессор кафедры репродуктивной медицины и хирургии факультета последипломного образования ГБОУ ВПО ММСУ Минздрава России. Адрес: 117997, Россия, Москва, ул. Академика Опарина, д. 4. Телефон: 8 (495) 438-11-66. E-mail: inter_otdel@mail.ru

Ерофеева Любовь Владимировна, генеральный директор Российской ассоциации «Народонаселение и Развитие». Адрес: 115184, Россия, Москва, Озерковская наб., д. 22/24. Телефон: 8 (495) 632-02-94. E-mail: info@ranir.ru

About the authors:

Dikke Galina B., Honored Science and Education, MD, professor of obstetrics, gynecology and reproductive medicine faculty training of health workers of Peoples' Friendship University of Russia. 117198, Russia, Moscow, Miklukho-Maclay Street 6. Tel.: +74954345300. E-mail: galadikke@yandex.ru

Yarotskaya Catherine L., MD, Head of the International Cooperation Scientific Center for Obstetrics, Gynecology and Perinatology named by ak. VI Kulakov, Professor of department of Reproductive Medicine and Surgery, Faculty of Postgraduate Education, Moscow Medical and Dental University. 117997, Russia, Moscow, Ac. Oparina str. 4. Tel.: +74954381166. E-mail: inter_otdel@mail.ru

Erofeeva Lubov V., CEO, Russian Association Population and Development. 115184, Russia, Moscow, Ozerkovskaya nab. 22/24. Tel.: +74956320294. E-mail: info@ranir.ru