



АКЦИЯ!

Уважаемые коллеги!

ЗАО «Пенткрофт Фарма» спешит предложить Вам

антикризисные цены

на комплекты для проведения
медикаментозного аборта.



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

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

акушерство и ГИНЕКОЛОГИЯ



1 /2014

■ Дикке Г.Б., Сахаутдинова И.В.
Современные методы
прерывания беременности
в поздние сроки

Scientifically-practical magazine **AND**
OBSTETRICS
GYNECOLOGY

■ Dikke G.B., Sakhautdiniva I.V.
Current methods for termination
of pregnancy in late periods

© Г.Б. Дикке, И.В. Сахаутдинова, 2014

Г.Б. ДИККЕ¹, И.В. САХАУТДИНОВА²

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ В ПОЗДНИЕ СРОКИ

¹ГБОУ ВПО Российский университет дружбы народов Минобрнауки России, Москва

²ГБОУ ВПО Башкирский государственный медицинский университет Минздрава России, Уфа

Настоящий обзор имеет целью познакомить широкий круг практических врачей с особенностями методов прерывания беременности на поздних сроках. Поиск доказательных данных об особенностях технологии, преимуществах, рисках и эффективности осуществлялся в базах данных Cochrane Collaboration, PubMed, Medline, на сайтах Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), Королевской коллегии (RCOG, Великобритания) и Американской коллегии акушеров-гинекологов (ACOG, США), Национальной федерации абортотерапии (NAF, США), Управления по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных препаратов (FDA).

Для прерывания беременности сроком более 12 недель Минздрав России, RCOG, ВОЗ рекомендуют как хирургический (дилатация и эвакуация), так и медикаментозные методы. Показаны преимущества методов по сравнению с ранее применявшимися методиками стимуляции, эффективность и возможные осложнения.

Ключевые слова: прерывание беременности, поздние сроки беременности, дилатация и эвакуация, медикаментозный аборт, мифепристон, мизопропростол.

G.B. DIKKE¹, I.V. SAKHAUTDINOVA²

CURRENT METHODS FOR TERMINATION OF PREGNANCY IN LATE PERIODS

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

²Bashkir State Medical University, Ufa

This review is designed to familiarize a wide range of practitioners with the specific features of methods for terminating pregnancy in late periods. Documentary information on the specific features of technology, benefits, risks, and efficiency has been sought in the Cochrane Collaboration, PubMed, and Medline databases and at the websites of the World Health Organization (WHO); the Royal College of Obstetricians and Gynecologists (RCOG), United Kingdom; the American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), USA; the National Abortion Federation, USA; and the U.S. Food and Drug Administration.

The Ministry of Health of the Russian Federation, RCOG, and WHO recommend both surgical (dilatation and evacuation) and medical methods for termination of pregnancy at a gestational age of 12 weeks. The advantages of the methods over the previously used procedures for stimulation, efficiency, and possible complications are shown.

Key words: pregnancy termination, late-period pregnancy, dilation and evacuation, medical abortion, mifepristone, misoprostol.

В 2008 г. в России было проведено исследование, включавшее качественную оценку системы медицинской помощи по вопросам непланируемой беременности, абортотерапии и контрацепции, организованное Министерством здравоохранения при поддержке Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) [1, 2]. Целью этого исследования было определить возможные стратегические изменения и создание программ, направленных на улучшение качества медицинской помощи при прерывании беременности и на снижение количества абортотерапии. Рекомендации, основанные на выводах, сделанных в процессе исследования, указывают на необходимость замены устаревших методов прерывания беременности как в I, так и во II триместрах.

Серьезные шаги в этом направлении были сделаны в связи с принятием Федерального Закона 323 «Об основах охраны здоровья граждан Российской

Федерации» в ноябре 2012 г. [3] и утверждением Приказа 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)» [4]. Приказ определил приоритетные технологии прерывания беременности в I и во II триместрах. В настоящее время проходит второй этап Стратегического подхода – внедрение безопасных технологий в практику здравоохранения.

Учитывая определенные трудности перехода от устаревших методов прерывания беременности во II триместре к современным технологиям, настоящий обзор имеет целью познакомить широкий круг практических врачей с особенностями методов, рекомендуемых Минздравом России в настоящее время в соответствии с Приказом № 572н.

22. *Tang O.S., Lee S.W., Ho P.C.* A prospective randomized study on the measured blood loss in medical termination of early pregnancy by three different misoprostol regimens after pretreatment with mifepristone. *Hum. Reprod.* 2002; 17: 2865–8.
23. *Ashok P.W., Templeton A., Wagaarachchi P.T., Flett G.M.* Midtrimester medical termination of pregnancy: a review of 1002 consecutive cases. *Contraception.* 2004; 69(1): 51–8.
24. *Cheng L.* Сравнение хирургических и медикаментозных методов индуцированного аборта во втором триместре: Комментарий БРЗ (последняя редакция: 28 сентября 2011 года). Женева: Всемирная организация здравоохранения. (Библиотека репродуктивного здоровья ВОЗ)

Поступила 02.12.2013

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

Сахаутдинова Индира Венеровна, д.м.н., заведующая кафедрой акушерства и гинекологии № 3 лечебного факультета ГБОУ ВПО Башкирский государственный медицинский университет Минздрава России. Адрес: 450000, Россия, Уфа, ул. Ленина, д. 3. Телефон: 8 (347) 272-11-60. E-mail: bgmu.ag@yandex.ru

About the authors:

G.B. Dikke, Honored Science and Education, MD, professor of obstetrics, gynecology and reproductive medicine faculty training of health workers of Peoples' Friendship University of Russia, 117198, 6 Miklukho-Maclay Street, Moscow, Russia, tel.: +7 (495) 434-53-00, e-mail: galadikke@yandex.ru

I.V. Sachautdinova, MD, Head of the Department of Obstetrics and Gynecology, number 3 of the medical faculty of Bashkir State Medical University, 450000, 3 Lenin Street, Ufa, Russia, tel. +7 (347) 272-11-60, e-mail: bgmu.ag@yandex.ru

Поиск данных осуществлялся в базах Cochrane Collaboration, PubMed, Medline, на сайтах ВОЗ, Королевской коллегии (RCOG, Великобритания) и Американской коллегии акушеров-гинекологов (ACOG, США), Национальной федерации абортот (NAF, США), Управления по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных препаратов (FDA, США).

Современная статистика абортов в поздние сроки

Несмотря на то что основная часть прерываний беременности выполняется в I триместре (95,8% в 2012 г.), тем не менее, имеется потребность в этой процедуре и во II триместре (4,2%) [5]. Это связано с задержкой диагностики пороков развития плода, возникновением медицинских показаний со стороны матери, а также несвоевременным (поздним) выявлением нежелательной беременности при наличии медицинских или социальных показаний к ее прерыванию [6, 7].

В последние годы отмечено значительное снижение общего количества абортов в России в целом, однако продолжает увеличиваться доля самопроизвольных абортов и прерываний беременности по медицинским показаниям, а вместе с ними и материнская смертность, что отражает частоту и тяжесть осложнений, возникающих в основном при абортах, выполняемых в поздние сроки. На протяжении последнего десятилетия более 1/3 летальных исходов (а в 2009 г. — 49,5%) наступало при аборте по медицинским показаниям и более половины женщин (53,8%) погибли при абортах в сроках 22–27 недель [8].

В 2012 г. [5] произошло изменение соотношения абортов в сроке менее 22 недель (рост) и прерываний беременности в сроке 22–27 недель (снижение) в связи с вступлением в силу Приказа Минздрава России от 27.12.2011 №1687н, согласно которому критерием рождения установлен срок беременности 22 недели. Если в 2011 г. число прерываний беременности в сроке 22–27 недель (рассматривавшихся как «поздний аборт») составляло 11 316 из числа беременных женщин, состоявших на учете в женских консультациях, то в 2012 г., когда эти прерывания стали регистрироваться как роды, число их существенно уменьшилось и составило лишь 7168; снизилась более чем в 1,5 раза и доля их в структуре всех законченных беременностей — с 0,66% до 0,40%.

При этом число абортов в сроке до 22 недель увеличилось как в абсолютных значениях (с 59 128 до 63 441, или на 7,3%), так и в относительных (с 3,45 до 3,5%).

Сравнительный анализ данных за 2011–2012 гг. выявляет, что наибольший прирост числа абортов в сроке 12–21 недели произошел в отношении абортов по медицинским показаниям — на 39,5%, среди последних преимущественно в связи с врожденными пороками развития плода — на 72,4%. Число пре-

рываний беременности по материнским показаниям увеличилось на 15,5%. Годовой прирост числа самопроизвольных абортов в этом сроке составил 19,1%. Число всех остальных абортов — по социальным показаниям, криминальных и неуточненных внебольничных — сократилось за 2011–2012 гг. соответственно на 58,7, 21,5 и 6,0%, продолжая устойчивую тенденцию прежних лет.

Методы прерывания беременности во втором триместре

Для прерывания беременности сроком более 12 недель Минздрав России, ВОЗ, RCOG рекомендуют как хирургический (дилатация и эвакуация) (уровень А*), так и медикаментозные методы (уровень В). Лечебно-профилактические учреждения должны предлагать хотя бы один, а лучше оба метода (уровень В, настоятельность рекомендаций высокая) [4, 9, 10]. Эти рекомендации поддерживают ведущие российские ученые, что отражено в Клинических рекомендациях по акушерству и гинекологии, которые были разработаны Российским обществом акушеров-гинекологов и Ассоциацией медицинских обществ по качеству [11].

В развитых странах дилатация и эвакуация и медикаментозная стимуляция с применением мифепристона и мизопростола (или только мизопростола в тех странах, где мифепристон не доступен) стали наиболее распространенными технологиями аборта во II триместре, однако относительная распространенность их по странам различается. В США, например, преобладает метод дилатации и эвакуации, применяемый в 99% абортов при сроке беременности 13–15 недель, в 95% — при сроке 16–20 недель и в 85% при сроке 21 неделя или более [12]. Аналогично этот метод является предпочтительным при прерывании 75% абортов при сроке беременности более 13 недель в Англии и Уэльсе и также широко распространен в Нидерландах, Франции и отдельных частях Австралии. Напротив, в странах Скандинавии, Шотландии и Вьетнаме большинство абортов во II триместре выполняется медикаментозным методом. В Канаде медикаментозный аборт доступен ограниченно и только с использованием мизопростола, так как применение мифепристона не утверждено в установленном порядке. В Китае широко используют медикаментозный аборт, а также дилатацию и эвакуацию [13].

Несмотря на то что интраамниальное введение гипертонического раствора, интра- или экстраамниальное введение простагландинов или внутривенное введение больших доз окситоцина с последующим выскабливанием полости матки большой кюреткой в настоящее время не рекомендуются [4, 9, 10], в России эти методы продолжают практиковаться [13]. В то же время наблюдается распространение дилатации и эвакуации. Медикаментозный метод пока применяется очень ограниченно, в основном в рамках науч-

* Степень доказательности рекомендаций приводится в соответствие с исследованиями, основанными на доказательствах, по классификации RCOG [21]:

A: доказательства, основанные на рандомизированных контролируемых исследованиях;

B: доказательства, основанные на других надежных экспериментальных или наблюдательных исследованиях;

C: доказательства, основанные на ограниченных данных, опирающихся на мнения специалистов и имеющих одобрение авторитетных экспертов;

D: данные GPP (Good Practice Point — хороший практический опыт) — доказательства не существует, выводы основаны на клиническом опыте многопрофильной группы специалистов.

но-исследовательских программ [1], а в клинической практике — в единичных лечебно-профилактических учреждениях на основе местных нормативных документов.

Техника и безопасность прерывания беременности во втором триместре

Анализ частоты осложнений и сравнительная безопасность методов по данным Кокрейновского сообщества (2008) [14] и других источников [6, 7, 15–18] приводится ниже.

Дилатация и эвакуация предполагают эвакуацию содержимого полости матки с помощью абортных щипцов после предварительного расширения шейки матки с использованием медикаментозных средств (мифепристон или мизопропрост), механических (расширители Гегара) или осмотических расширителей (ламинарии, дилапан) [9, 10, 14, 16].

Избыточная кровопотеря (более 500 мл) может возникнуть вследствие травмирования матки или шейки, неполного завершения процедуры или недостаточного сокращения матки после удаления плода. Частота этого осложнения составляет, по данным мировой литературы, не более 0,9%, из них необходимость в переливании крови возникает в 0,09–0,7% случаев. Процент случаев, потребовавших повторного хирургического вмешательства после неполного аборта — 0,05–0,4%, частота кровотечений, связанных с разрывом шейки матки, составляет 0,1–0,2%. Риск кровотечения возрастает с увеличением срока беременности.

Подходы к снижению кровопотери включают применение препаратов, стимулирующих сокращение матки, таких как окситоцин или производные спорыньи, а также местных сосудосуживающих средств. Окситоцин (0,5–1,0 мл) или метилэргометрин (1 мл) могут вводиться в виде болюсной внутримышечной, внутривенной или интрацервикальной инъекции в начале или в конце операции. Вазопрессин вводится путем пара- или интрацервикальной инъекции перед хирургическим вмешательством.

Перфорация матки — потенциально серьезное осложнение хирургического аборта во II триместре (0,2–0,4%). Для устранения его, как правило, требуется лапаротомия (в отдельных случаях — гис-

терэктомия). Установлено, что рутинное применение ультразвукового контроля при дилатации и эвакуации способствует снижению частоты перфораций. Кроме того, для его профилактики важно адекватное расширение шейки матки и внимательное наблюдение за правильным положением инструментов. Недооценка срока беременности также связана с возможностью перфорации, поэтому необходимо его точное определение.

Частота инфекционных осложнений метода составляет 0,8–2%. Использование «бесконтактной» технологии (методика «неприкосновения» инструментария к окружающей стерильным тканям) и профилактическое назначение антибиотиков способствует значительному снижению относительного риска инфекции (0,58; 95% ДИ 0,47–0,71), и в настоящее время это является стандартной практикой.

Хирургический аборт во II триместре должен выполняться с внутривенным введением седативных средств легкого или глубокого воздействия, либо с применением местной анестезии, вводимой пара- или интрацервикально, в сочетании с пероральным введением нестероидных противовоспалительных препаратов, наркотиков или анксиолитиков. Уровень серьезных осложнений анестезиологического пособия оценивается как 0,72 на 100 абортов при общей анестезии и 0,31 на 100 абортов при местной анестезии.

Медикаментозный метод. На основании многочисленных исследований, проведенных в последние годы, были разработаны, изучены и рекомендованы ВОЗ (2012 г.) [10] схемы медикаментозного прерывания беременности для использования в странах, где аборт разрешен законом, в сроках беременности до 22 недель (таблица). Эти рекомендации объединили исследования, основанные на доказательствах, и клинические руководства таких авторитетных организаций, как ACOG (2011), RCOG (2011), NAF (2011), Европейское медицинское агентство (ЕМЕА, 2007) [9, 19, 20].

Эффективность применения мифепристона с использованием рекомендованных схем составляет по данным разных авторов до 98,9%.

Учитывая особую значимость препаратов для эффективного и безопасного прерывания нежелательной беременности, ВОЗ включила мифепристон

Таблица. Современные схемы медикаментозного аборта в I и II триместрах (до 22 недель беременности), имеющие доказанную эффективность (ВОЗ, 2012 г.)

| Режимы | Сроки | Критерии доказательности | Настоятельность рекомендаций |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|--------------------------|------------------------------|
| Мифепристон 200 мг орально Мизопропрост 400 мкг орально (или вагинально, буккально, сублингвально) через 24–48 ч | До 49 дней | A | Высокая |
| Мифепристон 200 мг орально Мизопропрост 800 мкг вагинально (или под язык или буккально) через 36–48 ч | 50–63 дня | A | Высокая |
| Мифепристон 200 мг орально Мизопропрост 800 мкг вагинально через 36–48 ч и далее по 400 мкг вагинально или под язык каждые 3 ч до 4 доз | 64–84 дня | B | Низкая |
| Мифепристон 200 мг орально Мизопропрост 800 мкг вагинально или 400 мкг внутрь через 36–48 ч и далее по 400 мкг вагинально или под язык каждые 3 ч до 4 доз | 13–22 недели | B | Высокая |

(с 2005 г.) и мизопропрост (с 2009 г.) в перечень основных лекарственных средств (Model List of Essential Medicines) [21].

Согласно международным клиническим рекомендациям, основанным на доказательствах, протокол прерывания беременности поздних сроков (13–22 недели) предусматривает прием препарата мифепристон в дозе 200 мг (1 таблетка) однократно внутрь под контролем врача. Динамическое наблюдение за пациенткой осуществляется в течение 36–48 часов. Через 36–48 часов проводится осмотр пациентки, и если аборт не произошел, с целью усиления эффекта мифепристона вводят препарат мизопропрост 400 мг внутрь или 800 мкг однократно во влагалище, затем мизопропрост вводят повторно в дозе 400 мкг сублингвально каждые 3 ч (максимальное число доз – 4). Динамическое наблюдение за пациенткой осуществляется врачом до изгнания плода (в стационарных условиях).

Средний интервал между началом стимуляции и абортом составляет 5,9–6,6 часа. Он увеличивается с увеличением срока беременности (95% ДИ от –2,52 до –0,89, $p=0,0001$), с увеличением возраста ($p=0,0001$) и у первобеременных женщин (95% ДИ от –0,25 до –1,01, $p=0,0001$) [22]. Положительный эффект достигается в среднем в 97–98% случаев. Приблизительно у 0,2–0,4% женщин аборт происходит после введения исключительно мифепристона.

После медикаментозного аборта во II триместре рутинное хирургическое выскабливание полости матки не требуется. Его следует проводить только в том случае, когда имеются клинические признаки неполного аборта (уровень В) [16, 23]. В проведенных исследованиях такая необходимость была в 8,1% [22] и 9,4–11,5% случаев [9].

Если аборт не происходит в течение 24 ч, в соответствии с некоторыми протоколами мифепристон вводится повторно, после чего повторно вводится мизопропрост вагинально. Пациентки, у которых аборт не происходит в течение вторых суток, получают третью дозу мифепристона с последующим введением простагландина. Для тех женщин, у которых аборт не наступает на вторые или третьи сутки, следует завершить прерывание беременности путем дилатации и эвакуации.

Кровотечение является ожидаемым побочным эффектом и, как правило, не бывает чрезмерным. Обильное кровотечение (более 500 мл), требующее переливания крови, встречается с частотой около 0,7%.

Разрывы шейки матки при медикаментозном аборте возможны, как и в случаях использования дилатации и эвакуации, с той же частотой (0,1–0,2%). Разрыв матки встречается редко, однако медицинские работники должны знать о том, что такой риск есть (1 случай на 1000 вмешательств) [9, 23] и обычно возникает при необходимости завершения процедуры хирургическим вмешательством.

Риск восходящей инфекции патогенными микроорганизмами непосредственно во время аборта, выполненного в лечебном учреждении, ничтожно

мал. До недавнего времени вопрос о необходимости профилактической антибиотикотерапии при медикаментозном аборте рассматривался отрицательно. Однако недавно было показано, что базовый риск серьезной инфекции при медикаментозном аборте с 0,093% был снижен до 0,006% при рутинной антибиотикопрофилактике. В целом предоставление доксициклина во время медикаментозного аборта способствовало снижению относительного риска инфекций на 76%. Публикации 2011–2012 гг. и в особенности рекомендации RCOG (2011) [9] подтверждают необходимость такой меры (уровень С). Однако не все исследователи пока разделяют эту точку зрения, признавая необходимость рутинной антибиотикопрофилактики только для женщин с высоким риском инфекционных заболеваний, передаваемых половым путем, и развития инфекционных осложнений.

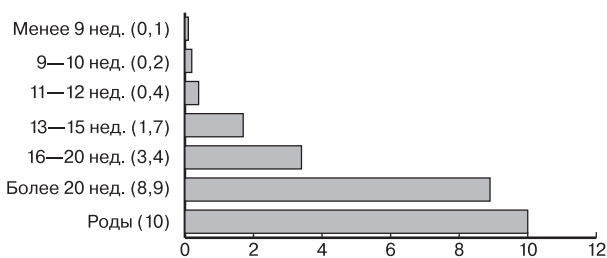
Сравнение безопасности методов индуцированного аборта во II триместре

Изучение показателей смертности, связанной с абортами, на уровне стран позволяет получить представление о сравнительной безопасности метода. Так, летальность в США при прерывании беременности путем стимуляции родовой деятельности (гипертонический раствор, окситоцин, простагландины) и дилатации и эвакуации составила 7,1 и 3,7 на 100 тыс. процедур соответственно.

В США, где смертность, связанная с абортом, достаточно низкая, было обнаружено, что риск смертельного исхода значительно возрастает с увеличением срока беременности [10] (рисунок). Хотя абсолютный риск смерти был достаточно низким, относительный риск смерти при аборте, выполненном на сроке 21 неделя или позже, был более чем в 75 раз выше, чем риск, связанный с абортом на сроке 8 недель [7, 10]. В данной серии исследований 85% смертельных случаев были вызваны прямыми причинами – преимущественно кровотечением и инфекцией, и приблизительно 15% были связаны с косвенными причинами, такими как эмболия и осложнения после анестезии [7, 10].

Сравнительные исследования [6, 7, 14, 17, 18, 24] показали, что дилатация и эвакуация имеют пре-

Рисунок. Уровень смертности в США, 2008 г. (общее количество случаев – 0,7 на 100 000 вмешательств в первом триместре, 5,1 – во втором, 8,9 – более 20 недель) [10]



имущества по сравнению с методами стимуляции матки и по другим показателям безопасности. Так, по сравнению со стимуляцией родовой деятельности путем интраамниотического введения физиологического раствора или простагландина F₂-альфа, как показали результаты когортных исследований в рамках Совместной программы изучения абортотерапии при Совете по народонаселению (UN Population Council) и Центра контроля и профилактики заболеваемости (CDC, USA), дилатация и эвакуация имеют меньший относительный риск, который составил соответственно 1,9 (95% ДИ 1,2–3,1); 2,6 (95% ДИ 1,9–3,6) и 5,7 (95% ДИ 2,1–15,3). При условии подготовки шейки матки перед вмешательством хирургические аборты во II триместре безопаснее, быстрее и экономически эффективнее, чем методики стимуляции, применявшиеся ранее.

В сравнении с современными режимами медикаментозного аборта и дилатации и эвакуации ни по показателям приемлемости, ни по уровню удовлетворенности и частоте осложнений статистически значимых различий выявлено не было. Тем не менее, женщины, прервавшие беременность медикаментозным способом, чаще испытывали один или более побочных эффектов (относительный риск 6,0; 95% ДИ 0,9–40,3; $p=0,05$ против 0,1; 95% ДИ 0,0–0,3 при дилатации и эвакуации) [6, 7].

Таким образом, хотя относительный риск осложнений выше во II триместре, абсолютный риск невелик, когда прерывание беременности выполняется (в случае хирургического аборта) или наблюдается (в случае медикаментозного) квалифицированными медицинскими работниками [7]. В целом медикаментозный аборт рассматривается международными экспертами как существенный резерв в снижении материнской смертности при прерывании беременности во всех сроках [14].

Заключение

Для сравнения используемых в настоящее время медикаментозных (мифепристон в сочетании с мизопростолом) и хирургических методов выполнения аборта для прерывания беременности во II триместре еще необходимо проведение исследований достаточной статистической мощности. Однако предварительный клинический опыт прерывания беременности в поздних сроках современными методами в научно-исследовательских учреждениях России в рамках научных программ, а также практический опыт ряда медицинских учреждений в регионах по протоколам, утвержденным местными органами самоуправления, демонстрирует перспективность этих методов для снижения осложнений и материнской смертности среди женщин, вынужденных прервать беременность в сроках более 12 недель [24].

Дополнение Приказа Минздрава России № 572н детализирующими документами позволит в кратчайшие сроки привести нормативную базу лечебных учреждений в соответствие с требованиями времени и внедрить современные методы в целях улучшения качества оказания медицинской помо-

щи женщинам при вынужденном прерывании беременности в поздние сроки.

Литература

1. 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.
2. Сухих Г.Т., Яроцкая Е.Л. Стратегический подход к решению проблемы непланируемой беременности в России. Современные медицинские технологии. 2010; 5: 96–99.
3. Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
4. 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)».
5. Основные показатели здоровья матери и ребенка, деятельность службы охраны детства и родовспоможения в Российской Федерации. М.; 2013.
6. Гемзель-Дэниелссон К., Лалиткумар С. Медикаментозный аборт во втором триместре с применением мифепристона и мизопростала и только мизопростала: обзор методов и ведение. Проблемы репродуктивного здоровья. 2008: 88–99.
7. Гроссман Д., Блэнчард К., Блументаль П. Осложнения после хирургического и медикаментозного аборта во втором триместре беременности. Проблемы репродуктивного здоровья. 2008: 100–10.
8. О материнской смертности в Российской Федерации в 2009 году: Письмо МЗ и СР РФ от 21 февраля 2011 г. № 15-4/10/2-1694.
9. 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). <http://www.rcog.org.uk>
10. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. 2nd ed. World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research; 2012. Available at: <http://www.who.int/>
11. Серов В.Н., Сухих Г.Т., ред. Акушерство и гинекология. Клинические рекомендации. 4-е изд. М.; 2014: 607–27.
12. Лор П.А. Хирургический аборт во втором триместре беременности. Проблемы репродуктивного здоровья. 2008: 76–87.
13. Countries abortion profile. ICMA. Available at: <http://www.medicalabortionconsortium.org/country/>
14. Lohr P.A., Hayes J.L., Gemzell-Danielsson K. Surgical versus medical methods for second trimester induced abortion. Cochrane Database Syst. Rev. 2008; (1): CD006714.pub2.
15. Grossman D. Медикаментозные методы проведения аборта в первом триместре: Комментарий БРЗ (последняя редакция: 3 сентября 2003 г.). Женева: Всемирная организация здравоохранения. (Библиотека репродуктивного здоровья ВОЗ)
16. Kapp N., Lohr P.A., Ngo T.D., Hayes J.L. Cervical preparation for first trimester surgical abortion. 2010. Available: <http://www.cochrane.org/cochrane-reviews>
17. Lalitkumar S., Bygdeman M., Gemzell-Danielsson K. Mid-trimester induced abortion: a review. Hum. Reprod. Update. 2007; 13: 37–52.
18. Late abortion: a review of the evidence. Sally Sheldon. 2004. Available at: http://www.prochoiceforum.org.uk/pdf/PCF_late_abortion08.pdf
19. ACOG. A clinician's guide to medical and surgical abortion: NAF's textbook. 2012.
20. European Medicines Agency in 2007. Summary of the thirteenth annual report of the EMEA. Available at: <http://www.ema.europa.eu>
21. WHO. Model list of essential medicines. 18th ed. Geneva: WHO; 2013. Available at: <http://mednet3.who.int/EMLib/>