



Совершенствование протокола медикаментозного аборта в ранние сроки беременности: медицинское, социальное и экономическое значение

Н.Е. Кан¹, И.И. Баранов¹,
Г.Б. Дикке²,
В.Л. Тютюнник¹

¹ ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И. Кулакова» Минздрава России, Москва

² ФГБОУ ВПО «Российский университет дружбы народов», Москва

В статье дан подробный анализ зарубежных и российских данных о проведении медикаментозного прерывания нежелательной беременности. В частности, даны сведения о расширении сроков прерывания беременности, наиболее эффективных препаратах и их оптимальной дозировке. Кроме того разобран вопрос выбора простагландинов, а также оптимального режима их приема, доз и путей введения.

Ключевые слова:
медицинский аборт,
мифепристон,
мизопропрост,
простагландины

Improved medication abortion protocol in the early stages of pregnancy: medical, social and economic importance

N.E. Kahn¹, I.I. Baranov¹,
G.B. Dikke², V.L. Tyutyunnik¹

¹ V.I. Kulakov Obstetrics, Gynecology and Perinatology Research Center of Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Moscow

² Peoples' Friendship University of Russia, Moscow

The article provides detailed analysis of foreign and Russian data medication abortion. In particular, here you can find information about extension of waiting period for an abortion, most effective drugs and their optimal dosage. Furthermore question of prostaglandins choice, optimum dosage and administration was investigated.

Keywords:
medication abortion,
mifepristone,
misoprostol,
prostaglandins

Почти 30-летний опыт научных исследований и клинического применения медикаментозного аборта в I триместре беременности за рубежом способствовал накоплению новых знаний о технологии метода в нашей стране, что привело к пересмотру ряда позиций в отношении сроков беременности для ее прерывания, режимов применения препаратов, наблюдения и ведения восстановительного периода. Обновленные клинические рекомендации ведения медикаментозного прерывания нежелательной беременности были разработаны в 2011–2012 гг. и рекомендованы такими авторитетными организациями, как Королевское и Американское общества акушеров-гинекологов (RCOG, ACOG) [1–2] и Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) [3]. Учитывая особую значимость препаратов для прерывания нежелательной беременности в связи с их высокой востребованностью, эффективностью и безопас-

ностью, ВОЗ включила мифепристон и мизопропрост в перечень основных лекарственных средств (18th Model List of Essential Medicines) [4].

Расширение сроков прерывания беременности. Согласно определению ВОЗ 2003 г., медикаментозный метод прерывания беременности с использованием мифепристона и мизопростола наиболее эффективен при сроке беременности до 9 нед аменореи (степень доказательности А) [5]. В настоящее время во многих странах используется медикаментозный аборт также до 83 дней аменореи (до 12 полных недель) и в поздние сроки, разрешенные законодательством (до 22 нед) (степень доказательности В) [1, 3]. Грамотное консультирование и последующий уход повышают надежность и приемлемость данного метода [3]. Эффективность медикаментозного метода прерывания беременности составляет 95–98% во всех указанных сроках (степень доказательности А) [1–5].

В России медикаментозное прерывание беременности в сроках более 42 дней аменореи может быть выполнено только по заключению врачебной комиссии при наличии противопоказаний к другим методам на основании ст. 48 Федерального закона РФ № 323 от 21 ноября 2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и согласно Приказу Минздрава России от 5 мая 2012 г. № 502н «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации (с изменениями и дополнениями от 2 декабря 2013 г.)».

В исследовании, проведенном на базе ГБОУ ВПО «Читинская государственная медицинская академия» Минздрава России, с общим количеством наблюдений 1728 женщин в сроки беременности до 63 дней аменореи было выявлено прерывание беременности в этих сроках у 99,3–99,9% пациенток [6].

Изменение дозы мифепристона. Первые клинические исследования по выбору дозировки мифепристона проводились в диапазоне доз от 200 до 800 мг. Увеличения эффективности при дозах выше 600 мг или при введении повторных доз не выявлено [7]. Эффективность наблюдения варьировала в диапазоне 63–87% (без использования простагландина).

Мифепристон без использования простагландинов (ПГ) оказался менее эффективен по сравнению с комбинацией мифепристон+ПГ (ОР 3,76 при 95% ДИ от 2,30 до 6,15) [8]. В связи с этим для достижения удовлетворительного клинического результата была предложена комбинированная схема. Была зарегистрирована разовая доза 600 мг мифепристона во всех странах, где мифепристон был тогда разрешен (Франция, США), за исключением Китая (в Китае зарегистрирована и применяется по настоящее время существенно меньшая доза – 150 мг) [9, 10].

Первая схема для медикаментозного прерывания беременности, рекомендованная для практического использования, включала назначение 600 мг мифепристона с последующим введением небольшой дозы ПГ в сроке беременности до 49 дней аменореи, при этом беременность прерывалась в 95% случаев. Проведенные клинические испытания показали, что максимальный abortивный эффект достигается при введении ПГ через 36–48 ч после приема мифепристона.

Впоследствии было обнаружено, что концентрация мифепристона в крови в течение 72 ч после введения практически не зависит от его дозы. Метаанализ, проведенный M. Lieve и соавт. [11] на основании анализа 4 рандомизированных клинических исследований (3482 пациенток с беременностью в сроках до 63 дней), подвел итог 15-летним исследованиям и не показал достоверных различий в увеличении частоты неудач при сравнении доз 200 и 600 мг (разница 0,4%, 95% ДИ –0,3% – 1,0%) с использованием комбинированной схемы. Недостовверное увеличение частоты продолжающейся беременности (но не более 1%) в этих исследованиях было обусловлено разницей в сроках беременности (до 54–63 дней), а не дозой мифепристона. Отмечено, что замена орального пути введения мизопростола на сублингвальный, буккальный

или вагинальный приводит к улучшению результатов эффективности в этих сроках.

В ряде работ приведены доказательные данные, что мифепристон в дозе 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) [12–13]. Вышеизложенное послужило основанием к пересмотру рекомендаций по выбору минимальной необходимой эффективной дозы, которая определена в 200 мг. В настоящее время этот режим рекомендуется и широко используется в клинической практике во всех странах Европы и США [1–2]. В 2013 г. в журнале «Contraception» был опубликован систематический обзор E.G. Raymond и соавт. [14], в цели которого входило определение эффективности и безопасности схем с использованием широко рекомендуемой меньшей дозой мифепристона 200 мг и последующим приемом мизопростола в ранние сроки беременности, а также изучение потенциальных неудач метода. Из 47 283 пролеченных пациенток, включенных в 87 различных исследований, продолжающаяся беременность выявлена у 1,1% женщин (499/45 150), 0,3% пациенток были госпитализированы по поводу осложнений, а в 0,1% случаев выполнено переливание крови. Риск медицинской неудачи аборта был выше у пациенток с гестационным возрастом более 8 нед (OR=1,5; 95% ДИ 1,1–2,0), при этом указанный интервал между приемом мифепристона и мизопростола не превышал 24 ч (OR=2,1; 95% ДИ 1,4–3,2), общая доза мизопростола составляла 400 мкг (а не выше) или мизопростол вводили оральным путем (а не вагинально, трансбуккально, сублингвально). По результатам исследования было показано, что МА с помощью мифепристона 200 мг с последующим приемом мизопростола в I триместре беременности в сроках до 63 дней аменореи, безусловно, эффективен и безопасен. Кроме того, авторы подчеркивают, что используемые в настоящее время схемы МА настолько эффективны и безопасны, что предстоящие исследования должны быть направлены на решение вопросов расширения доступа к медицинским услугам, снижения затрат, повышения комфорта для пациента, обеспечения доступности дополнительных услуг и др.

Однако следует отметить, что в инструкциях к препаратам, зарегистрированным за рубежом, до настоящего времени продолжает значиться доза в 600 мг, в то время как схемы МА с редуцированной дозой мифепристона (200 мг) в сроках до 63 дней аменореи применяются уже в течение 10 лет (согласно рекомендациям ВОЗ, изданным в 2003 г.). Вместе с тем указанная ситуация (применение препарата off label, т.е. «вне инструкции», «не по прямому назначению») вполне легитимна для этих стран, так как изменение инструкции к препарату занимает продолжительное время и является весьма дорогостоящим, а рекомендации профессиональных сообществ, основанные на доказательствах, позволяют оперативно внедрять в практику современные достижения науки для улучшения медицинской помощи.

До недавнего времени в России применялась схема 600 мг мифепристона в сроках до 42 дней аменореи,

что ограничивалось инструкцией к препаратам, которая является приоритетной (в соответствие с нормативными правовыми документами) по отношению к современным рекомендациям международных профессиональных сообществ, даже имеющих высокий мировой авторитет. Только в 2012 г. был зарегистрирован препарат мифепристона, в инструкции к которому указана рекомендованная доза 200 мг в комбинации с мизопростолом [мифепристон, табл., 200 мг №1 производителя *Beijing Zizhu Pharmaceutical Co., Ltd* (Китай)]. В связи с этим 2012 г. для использования МА в России можно назвать переломным, поскольку он открыл новые возможности для снижения стоимости вмешательства и увеличения доступности метода.

Высокая эффективность дозы мифепристона 200 мг в комбинации с мизопростолом (400 мкг внутрь в сроках до 42 дней аменореи и 400 мкг сублингвально в сроках до 63 дней аменореи) подтверждается и российскими исследованиями [6, 15] с общим количеством наблюдений 3846.

Выбор простагландина и изменение доз и путей его введения. Многие исследования посвящены поискам оптимального режима для приема ПГ, дозы и путей его введения [8, 13–14]. Это было обусловлено расширением сроков беременности, при которых указанная комбинация может применяться без снижения эффективности и повышения риска вмешательства [12, 15].

В схемах, используемых для медикаментозного прерывания беременности с помощью мифепристона, ранее использовали синтетические аналоги ПГ: сульпростон, гемепрост, мизопростол, реже метенепрост и др. [8, 15]. В настоящее время наиболее широко используется и рекомендован мизопростол, который может вводиться внутрь, буккально, сублингвально или вагинальным путем [8, 13, 16–18], что на фоне его низкой стоимости создает дополнительные преимущества перед другими ПГ.

Эффективность прерывания беременности при сроке до 49 дней аменореи практически не зависит от способа введения мизопростола, и поэтому современный протокол предусматривает введение его внутрь. С увеличением срока беременности способ введения играет значимую роль, так как максимальная концентрация действующего вещества в крови и продолжительность его действия при вагинальном или сублингвальном введении выше. Это обусловлено особенностями фармакокинетики препарата: при внутреннем приеме мизопростола пиковая концентрация достигается в течение 12 мин, период полувыведения составляет 20–40 мин. Сублингвальный прием увеличивает пиковую концентрацию действующего вещества в крови, а вагинальный способствует более медленному ее снижению, в связи с чем оба пути введения способствуют увеличению эффективности. Прием мизопростола внутрь менее эффективен, чем вагинальный (OR=3,00 95% ДИ 1,44–6,24), а сублингвальное и буккальное введение были одинаково эффективны по сравнению с вагинальным путем [8, 13]. В то же время обнаружено, что пероральный прием мизопростола чаще ассоциировался с тошнотой и диареей, чем вагинальный

(2 исследования, ОР 1,13 95% ДИ 1,0–1,25; ОР 1,80 95% ДИ 1,49–2,18 соответственно) [8].

Е. Aubeny (2001) предложена модификация схемы, заключающаяся в приеме второй оральной дозы 400 мкг мизопростола через 3 ч после первой, если к этому времени аборт еще не произошел [19]. Позднее было показано, что введение повторных доз через 3 ч для повышения эффективности метода оказалось успешным в поздние сроки беременности (эффективность от 95,4 до 98,5% и снижение числа продолжающейся беременности с 1,5 до 0,1% по сравнению со стандартной разовой дозой мизопростола), но не показало преимуществ в I триместре [19–20].

В России мизопростол был впервые зарегистрирован по показанию для прерывания беременности на ранних сроках в 2006 г. (мизопростол, Китай, и миролют, Россия) в сочетании с мифепристоном.

В исследовании А.А. Voersma и соавт. [21] при прерывании беременности в сроках до 70 дней аменореи при использовании 200 мг мифепристона с последующим приемом через 24–36 ч мизопростола на дому в дозе 800 мкг буккально была получена эффективность 97,7% и показана приемлемость и безопасность «домашнего» приема мизопростола.

Эффективность аналогичной схемы прерывания беременности была изучена В. Winnikoff и соавт. [22]. Было проанализировано 729 случаев прерывания беременности в сроках 64–70 дней в сравнении со сроками 57–63 дня (использовалась одинаковая методика с применением 200 мг мифепристона и 800 мкг мизопростола буккально в амбулаторных условиях). Эффективность была одинаковой в обеих группах: в группе 57–63 дней – 93,5% [95% доверительный интервал (ДИ) 90–96]; в группе 64–70 дней – 92,8% (95% ДИ 89–95) (разница статистически не достоверна). Количество продолжающихся беременностей также существенно не отличалось (57–63 дней: 3,1%, 95% ДИ 1,6–5,8; 64–70 дней: 3,0%, 95% ДИ 1,5–5,7). Высокая эффективность методики была продемонстрирована в обеих группах: высокая и очень высокая удовлетворенность пациенток составила 87,4 и 88,3% соответственно.

Таким образом, обе предлагаемые схемы применения мифепристона в комбинации с мизопростолом могут быть рекомендованы для использования в клинической практике при оказании медицинской помощи женщинам для прерывания нежелательной беременности на ранних сроках.

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ И ФАРМАКО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВНЕДРЕНИЯ МЕДИЦИНСКОГО АБОРТА В КЛИНИЧЕСКУЮ ПРАКТИКУ

При проведении медикаментозного прерывания беременности необходимо учитывать различные факторы, включая возраст пациентки, паритет, механизм действия препаратов, время, необходимое для достижения эффекта. Применение клинического протокола медикаментозного прерывания беременности позволяет систематизировать и усовершенствовать работу амбулаторного

звена акушерско-гинекологической службы. Кроме того, амбулаторное проведение процедуры и отсутствие потребности в госпитализации позволяют рассматривать медикаментозное прерывание беременности как одну из резервных возможностей снижения занятости хирургических коек гинекологических отделений.

Необходимо отметить, несмотря на определенные ограничения распространения современных методов прерывания беременности, обусловленные недостатками нормативной правовой базы по данному вопросу в предыдущие годы [23], в целом динамика замены устаревших методов на современные положительная. Так, если сравнивать частоту используемых методов в 2006 и 2012 г., количество МА увеличилось с 1,5 до 8,2%, т.е. в 5,5 раза, а дилатация и кюретаж (ДК) снизились на 15% [24].

Несмотря на чрезвычайно низкое на сегодняшний день использование в России МА (8,2%, 2012 г.) [24], в отдельных округах доля его применения достигает 20–30% (Брянская обл., г. Санкт-Петербург, Республика Мордовия, Кемеровская обл.). В то же время на 53 территориях метод применяется реже, чем в целом по России (0,1% – в Калининградской области, 0,7% – в Москве и др.) [24].

В последнее время наблюдается увеличение доли МА, выполняемых по программе обязательного медицинского страхования (ОМС). Так, в Кемеровской области в 2013 г. они составили 38% всех искусственных абортов. При этом отмечено существенное снижение криминальных абортов и материнской смертности, наблюдаемое одновременно с увеличением доли МА. Снижение количества криминальных абортов весьма показательно: в 2009 г., когда аборты были включены в программу госгарантий, по отношению к 2008 г. снижение произошло в 3,75 раза (12 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 материн-

ских потерь, преимущественно за счет уменьшения уровня криминальных абортов, не влияя на общую тенденцию снижения количества абортов. Обучение, накопление опыта и адекватная оценка результатов аборта способствуют снижению количества осложнений.

Фармако-экономическая целесообразность МА была продемонстрирована 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 тыс. рублей в год на каждую 1000 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 [15] показало, что при хирургическом прерывании первой беременности он был в 2,7 раза выше по сравнению с повторно беременными женщинами (OR=6,9, 95% ДИ 3,4–13,9); напротив, при медикаментозном прерывании риск был практически одинаковым и составил 0,86 (OR=0,71, 95% ДИ 0,3–1,8). Это обстоятельство следует учитывать при выборе метода прерывания беременности у первобеременных женщин.

В целях улучшения оказания медицинской помощи женщинам при прерывании беременности и доступности аборта в амбулаторных условиях, в соответствии с рекомендациями ВОЗ, территориальным фондам ОМС целесообразно рассмотреть вопрос о внесении в нормативные документы пункта о государственном финансировании услуги МА, включая ее лекарственное обеспечение. 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.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И. Кулакова» Минздрава России, Москва:
Кан Наталья Енқыновна – доктор медицинских наук, профессор кафедры акушерства, гинекологии, перинатологии и репродуктологии ИПО ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России, руководитель акушерского observationalного отделения
E-mail: kan-med@mail.ru

Баранов Игорь Иванович – доктор медицинских наук, профессор, заведующий организационно-методическим отделом Службы научно-организационного обеспечения

Тютюнник Виктор Леонидович – доктор медицинских наук, руководитель акушерского физиологического отделения

Дикке Галина Борисовна – доктор медицинских наук, профессор кафедры акушерства, гинекологии и репродуктивной медицины факультета последипломного образования медицинских работников ФГБОУ ВПО «Российский университет дружбы народов», Москва
E-mail: galadikke@yandex.ru

ЛИТЕРАТУРА

1. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). The care of women requesting induced abortion. London: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG), 2011 Nov. 130 p. (Evidence-based Clinical Guideline; no. 7). <http://www.rcog.org.uk>
2. American College of Obstetricians and Gynaecologists (ACOG). A Clinician's Guide to Medical and Surgical Abortion, NAF's textbook. 2012. URL: <http://www.prochoice.org>
3. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems Second edition Share Print. World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research. WHO, 2012. URL: <http://www.who.int/>
4. WHO. Model list of essential medicines. 18th ed. Geneva: WHO, 2013. URL: <http://mednet3.who.int/EMLib/>
5. World Health Organization. Safe abortion: Technical and policy guidance for health systems. Geneva: The World Health Organization, 2003.
6. Белокрыницкая Т.Е., Фролова Н.И., Белокрыницкая И.А., Сухина В.В. Сравнительная оценка клинического течения медикаментозного аборта, выполненного с 200 и 600 мг мифепристона: проспективное когортное исследование // Акуш. и гин. 2014. №3. С. 80–85.
7. Sitruk-Ware R. Medical recommendations for the safe use of mifepristone // Reproductive Medicine – a Millennium Review / Eds E.M. Coutinho, P. Spinola. New York. The Parthenon Publishing Group, 1999. P. 288–299.
8. Grossman D. Медикаментозные методы проведения аборта в первом триместре: Комментарий БРЗ (последняя редакция: 3 сентября 2003 г.). Библиотека репродуктивного здоровья ВОЗ. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2003.
9. Sang G.W., Weng L.J., Shao Q.X. et al. Termination of early pregnancy by two regimens of mifepristone with misoprostol and mifepristone with PG05 – a multicenter randomized clinical trial in China // Contraception. 1994. Vol. 50. P. 501–510.
10. Wu S. Medical abortion in China // J. Am. Med. Womens Assoc. 2000. Vol. 55, N 3. Suppl. P. 197–199, 204.
11. 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. Vol. 80, N 1. P. 95–100.
12. Kulier R., Kapp N., Gülmezoglu A.M., Hofmeyr G.J. et al. Medical methods for first trimester abortion. 2011. URL: <http://summaries.cochrane.org>
13. Fiala C., Gemzell-Danielsson K. Review of medical abortion using mifepristone in combination with a prostaglandin analogue // Contraception. 2006. Vol. 74. P. 66–86.
14. Raymond E.G., Shannon C., Weaver M.A., Winikoff B. First-trimester medical abortion with mifepristone 200 mg and misoprostol: A systematic review // Contraception. 2013. Vol. 87, N 1. P. 26–37.
15. Плотко Е.Э. Прогнозирование, профилактика, диагностика и лечение осложнений искусственного прерывания беременности: Автореф. ... дис. д-ра мед. наук. М., 2013.
16. The European Medicines Agency in 2007. Summary of the thirteenth annual report of the EMEA. URL: <http://www.ema.europa.eu>
17. 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. Vol. 17. P. 2865–2868.
18. Chabbert-Buffet N., Meduri G., Bouchard P., Spitz I.M. Selective progesterone receptor modulators and progesterone antagonists: mechanisms of action and clinical applications // Hum. Reprod. Update. 2005 May – Jun. Vol. 11, N 3. P. 293–307.
19. Aubeny E. A two-stage increase in the dose of misoprostol improves the efficacy of medical abortion with mifepristone and prostaglandins // Eur. J. Contracept. Reprod. Health Care. 2001. Vol. 6. P. 54–55.
20. Gallo M.F., Cahill S., Castleman L., Mitchell E.M. H. A systematic review of more than one dose of misoprostol after mifepristone for abortion up to 10 weeks of gestation // Contraception. 2006. Vol. 74. P. 36–41.
21. Boersma A.A., Jong M.B., Kleiverda G. Mifepristone followed by home administration of buccal misoprostol for medical abortion up to 70 days of amenorrhoea in a genital practice in Curacao // Eur. J. Contracept. Reprod. Health Care. 2011 Apr. Vol. 16. P. 61–66.
22. Winikoff B., Dzuba I.G., Chong E., Goldberg A.B. et al. Extending outpatient medical abortion services through 70 days of gestational age // Obstet. Gynecol. 2012 Nov. Vol. 120, N 5. P. 1070–1076.
23. Дикке Г.Б., Ерофеева Л.В., Яроцкая Е.Л. От кюретки до таблетки. Артифициальный аборт: российские реалии // Status Praesens. 2011. Vol. 1. P. 20–24. URL: <http://www.ranir.ru>
24. Основные показатели здоровья матери и ребенка, деятельность службы охраны детства и родовспоможения в Российской Федерации. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. 152 с.
25. Артымук Н.В. Медикаментозный аборт в России (на примере опыта внедрения в Кемеровской области). Доклад на XIV Всероссийском научном форуме «Мать и дитя». М., 25 сент. 2013.
26. 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. С. 25–31.
27. Кукарская И.И. Краткий анализ прерываний беременности в Тюменской области. Доклад на VI Общероссийском научно-практическом семинаре «Репродуктивный потенциал России. Версии и контраверсии». Сочи, 6–9 сент. 2013.
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». М., 4 июня 2013.