Часто задаваемые клинические вопросы о **медикаментозном аборте**

По итогам Международной согласительной конференции по медикаментозному аборту в начале первого триместра беременности, 1-5 ноября 2004 г., Белладжио, Италия

Часто задаваемые клинические вопросы о медикаментозном аборте

Всемирная организация здравоохранения

Библиотека публикаций ВОЗ

Часто задаваемые клинические вопросы о медикаментозном аборте

«С 1 по 5 ноября 2004 г. в г. Белладжио (Италия) в рамках Специальной программы по исследованиям, развитию и подготовке исследователей в области репродукции человека ПРООН, ЮНФПА, ВОЗ и Всемирного банка проведена Международная согласительная конференция по нехирургическому (медикаментозному) аборту в начале I триместра беременности, посвященная схемам лечения и оказанию медицинской помощи (Приложение 1). Данный документ – результат дискуссии участников этой конференции, среди которых были высококвалифицированные исследователи и врачи, занимающиеся проблемами медикаментозного аборта.» – Предпосылки.

1. Аборт искусственный – методы. 2. Средства для искусственного аборта. 3. Мифепристон. 4. Простагландины. 5. Планирование семьи. I. Международная согласительная конференция по нехирургическому (медикаментозному) аборту в начале I триместра беременности, посвященная схемам лечения и оказанию медицинской помощи (г. Белладжио, Италия, 2004 г.). II. Специальная программа по исследованиям, развитию и подготовке исследователей в области репродукции человека ПРООН, ЮНФПА, ВОЗ и Всемирного банка. III. Всемирная организация здравоохранения. IV. Название: Медикаментозный аборт.

ISBN 92 4 159484 5 (классификация NLM: WQ 440)
ISBN 978 92 4 159484 4

Часто задаваемые клинические вопросы о медикаментозном аборте

Отпечатано в

БЛАГОДАРНОСТИ

Всемирная организация здравоохранения благодарит Фонд Рокфеллера и его конгресс-центр в г. Белладжио за возможность провести в нем конференцию, а также за финансовую поддержку подготовки и издания этой публикации.

СОДЕРЖАНИЕ

ПРЕДПОСЫЛКИ

С 1 по 5 ноября 2004 г. в г. Белладжио (Италия) в рамках Специальной программы по исследованиям, развитию и подготовке исследователей в области репродукции человека ПРООН, ЮНФПА, ВОЗ и Всемирного банка проведена Международная согласительная конференция по нехирургическому (медикаментозному) аборту в начале I триместра беременности, посвященная схемам лечения и оказанию медицинской помощи (Приложение 1). Данный документ – результат дискуссии участников этой конференции, среди которых были высококвалифицированные исследователи и врачи, занимающиеся проблемами медикаментозного аборта.

Перед началом конференции медицинских работников из разных стран мира, выполняющих искусственные аборты, попросили составить список наиболее часто задаваемых вопросов о медикаментозном аборте. Участники конференции изучили представленные вопросы и на основании данных научной литературы и собственного клинического опыта ответили на них. Эти ответы представлены в данной публикации.

ВВЕДЕНИЕ

Выполнение безопасного искусственного аборта в рамках закона – важная составляющая охраны репродуктивного здоровья. Разработка методов медикаментозного (нехирургического) аборта позволила выполнять его на разных уровнях оказания медицинской помощи. Проблемы медикаментозного аборта активно изучались в течение последних 5 лет. В результате опубликован ряд рекомендаций, основанных на принципах доказательной медицины [1–6].

Цель данной публикации – не повторить имеющиеся рекомендации, а дать основанные на научных данных ответы на часто задаваемые вопросы. Они сфокусированы на практических аспектах проблемы, что будет особенно полезно медицинским работникам, организующим или уже оказывающим медицинскую помощь в рамках выполнения медикаментозного аборта в начале I триметра беременности.

В идеале эффективность любого метода медикаментозного аборта должна быть сравнима с эффективностью вакуум-аспирации, т. е. частота полного аборта должна быть более 95%, развивающейся беременности – менее 1%.

Ниже перечислены другие желательные характеристики методов медикаментозного аборта в начале I триметра беременности. Он должен:

- быть эффективным до 63-го дня беременности;
- быть легким в применении;
- быть безопасным, иметь приемлемые осложнения;
- сопровождаться кровопотерей, не превышающей кровопотерю при вакуум-аспирации;
- быть дешевым;
- быть широко доступным.

Единственная схема медикаментозного аборта, отвечающая критериям эффективности, – это комбинация мифепристона и простагландина (мизопростола или гемепроста). Эффективность самостоятельного применения мифепристона или простагландинов ниже. Комбинация метотрексата и простагландина имеет требуемую эффективность, однако ее не рекомендуют применять из-за тератогенного действия.

Представленные здесь рекомендации касаются медикаментозного аборта в начале I триместра беременности (до 63-го дня беременности, считая с 1-го дня последней менструации). Хотя последовательное назначение мифепристона и простагландина позволяет прервать беременность любого срока (в некоторых странах эта комбинация разрешена к применению до 24-й недели беременности), прерывание беременности сроком более 63 дней проводят реже, оно требует пребывания в стационаре и сопряжено с решением особых медицинских, юридических и организационных вопросов.

Литература

1. *Medical methods for termination of pregnancy*. Geneva, World Health Organization, 1997 (WHO Technical Report Series, No. 871).
2. *National evidence-based clinical guideline: the care of women requesting induced abortion*. Updated guidelines. London, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2004.
3. *Safe abortion: technical and policy guidance for health systems*. Geneva, World Health Organization, 2003.
4. *Providing medical abortion in developing countries: an introductory guidebook*. New York, Gynuity Health Projects, 2004.
5. *Prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse jusqu'à 14 semaines*. Paris, L'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES), 2001; available at: <http://www.anaes.fr/>; accessed on 22 February 2006.
6. Guidelines for the use of mifepristone and prostaglandin in termination of early pregnancy. In: *Guideline for family planning technology.* Beijing, State Ministry of Health and Family Planning Committee, 2003 [Document No (2003)32].

МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПЕРЕД ИССКУСТВЕННЫМ АБОРТОМ

1. Какое консультирование необходимо женщине, планирующей прервать нежелательную беременность?

Каждая женщина, планирующая прервать нежелательную беременность, должна получить консультацию у опытного медицинского работника, владеющего разными методами искусственного аборта и всесторонними знаниями по этой проблеме. Необходимая информация должна быть предоставлена любой женщине, независимо от ее возраста и обстоятельств, в понятной форме. Это позволит женщине самой принять решение, выполнять аборт или нет и каким методом.

Консультирование и искусственный аборт следует проводить быстро, без чрезмерных задержек. Однако врач должен чувствовать, когда для принятия решения женщине требуются дополнительные время и поддержка.

Консультирование по поводу искусственного аборта можно проводить в любом медицинском учреждении, лучше в том месте, где будет выполняться вмешательство. Такое консультирование требует конфиденциального общения. Каждая женщина должна сама выбирать, беседовать с медицинским работником наедине или вместе с партнером, родителями или подругой.

Медицинские работники, проводящие консультирование по вопросам искусственного аборта, должны знать местные законы, касающиеся беременностей у несовершеннолетних. Каждая женщина должна принимать решение прервать беременность самостоятельно. В отсутствие соответствующих юридических требований нельзя принуждать ее привлекать к этому решению ее родителей или партнера.

В идеале консультирование перед искусственным абортом должно включать обсуждение вопросов контрацепции. Чтобы помочь женщине выбрать наиболее подходящий метод, полезно выяснить обстоятельства наступления нежелательной беременности. Цель консультирования по вопросам контрацепции в рамках выполнения искусственного аборта – начать применение выбранного метода контрацепции сразу после прерывания беременности.

Дополнительная литература

1. Haddad M et al. Patient support and education for promoting adherence to highly active antiretroviral therapy for HIV/AIDS. *Cochrane Database Systematic Reviews*, 2000, 3:CD001442.
2. John J. Improving quality through patient – provider communication. *Journal of Health Care Marketing*, 1991, 11:51–60.
3. Lewin SA et al. Interventions for providers to promote a patient-centered approach in clinical consultations. *Cochrane Database Systematic Reviews,* 2001, 4:CD003267.
4. The Picker Institute. *From the patient's perspective: quality of abortion care*. Washington, DC, Kaiser Family Foundation, 1999.
5. Zapka JG et al. The silent consumer: women's reports and ratings of abortion services. *Medical Care*, 2001, 39:50–60.

2. Что следует принимать во внимание, консультируя женщину о выборе между медикаментозным и хирургическим абортом?

Медикаментозный и хирургический аборт практически не отличаются друг от друга по безопасности и эффективности. Таким образом, с медицинской точки зрения оба эти метода искусственного аборта не различаются. Существует лишь несколько ситуаций, когда по медицинским показаниям рекомендуют один из них.

В двух исследования [1; 2] показано, что женщина скорее сочтет метод искусственного аборта приемлемым, если выбрала его сама. Большинство женщин, которым выполнен искусственный аборт, считают крайне важной возможность выбора [2]. По данным многих исследований, женщины, которые выбирают медикаментозный аборт, считают его более приемлемым на более раннем сроке беременности [1; 3–5].

Случаи, когда предпочтителен медикаментозный аборт

- Желание женщины.
- Очень ранний срок беременности – до 49-го дня беременности медикаментозный аборт считается более эффективным, чем хирургический, особенно если существующая клиническая практика не подразумевает детального исследования удаленного плодного яйца [6].
- Выраженное ожирение (индекс массы тела более 30 кг/м2), в отсутствие других факторов риска атеросклероза (см. Вопрос 3), когда возможны технические трудности при выполнении хирургического аборта.
- Пороки развития или миома матки, хирургические вмешательства на шейке матки в анамнезе, когда возможны технические трудности при выполнении хирургического аборта.
- Нежелание женщины подвергаться хирургическому вмешательству.

Случаи, когда предпочтителен хирургический аборт

- Предпочтение женщины, желание женщины одновременно провести стерилизацию.
- Противопоказания к медикаментозному аборту (см. Вопрос 3).
- Временной или географический факторы, препятствующие наблюдению после медикаментозного аборта, которое необходимо, чтобы убедиться, что плодное яйцо удалено полностью.

Литература

1. Henshaw RC et al. Comparison of medical abortion with surgical vacuum aspiration: women's preferences and acceptability of treatment. *British Medical Journal*, 1993, 307:714–717.
2. Slade P et al. A comparison of medical and surgical termination of pregnancy: choice, emotional impact and satisfaction with care. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1998, 05:1288–1295.

3. Honkanen H, von Hertzen H. Users' perspectives on medical abortion in Finland. *Contraception*, 2002, 65:419–423.
4. Winikoff B et al. Safety, efficacy and acceptability of medical abortion in China, Cuba, and India: a comparative trial of mifepristone/misoprostol versus surgical abortion. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1997, 176:431–437.
5. Honkanen H et al. WHO multinational study of three misoprostol regimens after mifepristone for early medical abortion. II: Side effects and women's perceptions. *BJOG*, 2004, 111:1–11.
6. *National evidence-based clinical guideline: the care of women requesting induced abortion*. Updated guidelines. London, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2004.

3. Каковы противопоказания к медикаментозному аборту?

Абсолютные противопоказания к медикаментозному аборту немногочисленны. К ним относятся:

- аллергические реакции на один из препаратов, применяемых для медикаментозного аборта, в анамнезе;
- наследственные порфирии;
- хроническая надпочечниковая недостаточность;
- предполагаемая или доказанная внематочная беременность.

Предосторожности требуются при выполнении медикаментозного аборта в следующих случаях:

- длительное лечение глюкокортикоидами, в том числе по поводу тяжелой бронхиальной астмы;
- нарушения свертывания крови;
- тяжелая анемия;
- сердечно-сосудистые заболевания или факторы риска атеросклероза (например, артериальная гипертензия и курение).

Дополнительная литература

1. Hill NCW et al. The placental transfer of mifepristone during the second trimester and its influence upon maternal and fetal steroid concentrations. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1990, 97:406–411.
2. Leighton B et al. Physiological glucocorticoid levels regulate glutamine and insulin-mediated glucose metabolism in skeletal muscle of the rat. Studies with RU 486 (mifepristone). *Biochemistry Journal*, 1991, 274:187–192.

4. *Какие особенности женщины следует учитывать при выполнении медикаментозного аборта?*

- **Возраст**. Ни подростковый, ни старший (например, старше 35 лет) возраст не должен считаться противопоказанием к медикаментозному аборту.

- **Анемия**. Это состояние следует считать противопоказанием к медикаментозному аборту. Если анемия выявлена во время искусственного аборта, показано ее лечение. Средняя кровопотеря во время медикаментозного аборта может быть больше [1], а частота тяжелого кровотечения – выше, чем во время хирургического.

- **Кормление грудью**. Мифепристон может попадать в грудное молоко. При изучении влияний мифепристона на эндокринную систему плода отмечено повышение уровней адренокортикотропного гормона и кортизола [2]. Клиническое значение этих изменений не известно.

В грудное молоко достаточно быстро после применения попадает также небольшое количество мизопростола, однако, влияет это на состояние ребенка или нет, не известно. Сывороточная концентрация мизопростола при приеме внутрь быстро снижается, поэтому мизопростол рекомендуют принимать внутрь сразу после кормления грудью, а следующее кормление проводить через 4 часа [3]. При интравагинальном введении сывороточная концентрация мизопростола остается высокой дольше, поэтому кормление следует проводить через 6 часов или позже. К сожалению, имеющиеся данные не позволяют дать точные рекомендации по оптимальному времени назначения мизопростола на фоне кормления грудью.

- **Сахарный диабет типа 1 и патология щитовидной железы**. Данных о том, что медикаментозный аборт вызывает ухудшение состояния больных с этой патологией, нет. Однако мифепристон in vitro меняет чувствительность к инсулину [4], что может влиять на уровни глюкозы плазмы и инсулина сыворотки.

- **Многоплодная беременность**. Данных о том, что при многоплодной беременности эффективность медикаментозного аборта ниже или требуется менять дозы препаратов, нет.

- **Ожирение**. Данных о том, что при ожирении эффективность медикаментозного аборта ниже или требуется менять дозы препаратов, нет.

- **Кесарево сечение в анамнезе**. По данным одного исследования, кесарево сечение в анамнезе не влияет на безопасность и эффективность медикаментозного аборта на ранних сроках беременности [5].

▶ **Курение**. Данных о том, что курение влияет на исход медикаментозного аборта, нет. Однако курение повышает риск атеросклероза, что должно учитываться при оценке противопоказаний к медикаментозному аборту.

▶ **Врожденные (пороки развития) и приобретенные органические изменения матки, хирургические вмешательства на шейке матки в анамнезе**. Данных о том, что это служит противопоказанием к медикаментозному аборту, нет.

Литература

1. Chan YF, Ho PC, Ma HK. Blood loss in termination of early pregnancy by vacuum aspiration and by combination of mifepristone and gemeprost. *Contraception*, 1993, 47:85–95.
2. Hill NCW et al. The placental transfer of mifepristone during the second trimester and its influence upon maternal and fetal steroid concentrations. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology,* 1990, 97:406–411.
3. Vogel D et al. Misoprostol versus methylergometrine: pharmacokinetics in human milk. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2004, 191:2168–2173.
4. Leighton B et al. Physiological glucocorticoid levels regulate glutamine and insulin-mediated glucose metabolism in skeletal muscle of the rat. Studies with RU 486 (mifepristone). *Biochemistry Journal*, 1991, 274:187–192.
5. Xu J et al. Termination of early pregnancy in the scarred uterus with mifepristone and misoprostol. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 2001, 72:245–251.

5. *Как следует диагностировать беременность и определять ее срок?*

В большинстве случаев для диагностики беременности и определения ее срока достаточно данных анамнеза и физикального исследования. Реже, когда признаки беременности определяются нечетко и медицинский работник не уверен в том, что женщина беременна, проводят лабораторные исследования.

Ультразвуковое исследование органов малого таза для выполнения искусственного аборта на ранних сроках беременности не нужно. Если соответствующее оборудование доступно, то это исследование, проведенное после 6-й недели беременности, позволяет выявить плодное яйцо в матке и исключить внематочную беременность. Ультразвуковое исследование помогает определить срок беременности, диагностировать патологическую или неразвивающуюся беременность.

Дополнительная литература

1. *Safe abortion: technical and policy guidance for health systems*. Geneva, World Health Organization, 2003.
2. *National evidence-based clinical guideline: the care of women requesting induced abortion*. Updated guidelines. London, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2004.

6. Какое обследование необходимо перед медикаментозным абортом?

Как и при использовании других методов искусственного аборта, противопоказания и факторы риска осложнений уточняют при сборе анамнеза (см. Вопрос 3). Выясняют, страдает ли женщина или ее родственники заболеваниями, при которых противопоказан медикаментозный аборт, какие лекарственные средства принимает женщина, были ли у нее аллергические реакции, имеется ли повышенная кровоточивость. Выясняют акушерский и гинекологический анамнез, в том числе наличие внематочных беременностей и заболеваний, передающихся половым путем. Оценивают риск заболеваний, передающихся половым путем. При этом учитывают распространенность этих заболеваний в данной местности. Врач должен принимать во внимание, что нежелательная беременность могла наступить в результате изнасилования или принуждения к половым сношениям.

Базовое обследование включает определение пульса, артериального давления и температуры тела.

Лабораторные исследования перед медикаментозным абортом необязательны. С учетом выявленных факторов риска и имеющихся ресурсов можно определить уровень гемоглобина, группу крови и Rh-фактор, провести исследования для выявления гепатитов B и C, ВИЧ-инфекции и заболеваний, передающихся половым путем. В идеале следует выделять патогенную микрофлору влагалища и при необходимости проводить соответствующее лечение.

Исследование Rh-фактора. На наличие Rh-фактора во многом влияют раса и национальность. Больше всего лиц с Rh-отрицательной кровью среди белых. Теоретически риск аллоиммунизации до 63-го дня беременности крайне низок. Данных о ее развитии на таком сроке беременности нет. В связи с этим определение группы крови и Rh-фактора и профилактическое введение анти-Rh0(D)-иммуноглобулина при медикаментозном аборте на ранних сроках беременности необязательны. При наличии ресурсов в местностях, где много лиц с Rh-отрицательной кровью, определение Rh-фактора и профилактическое введение анти-Rh0(D)-иммуноглобулина в рамках оказания помощи при медикаментозном аборте целесообразны.

Дополнительная литература

1. Thong KJ, Norman JE, Baird DT. Changes in the concentration of alpha-fetoprotein and placental hormones following two methods of medical abortion in early pregnancy. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1993, 100:1111–1114.
2. Naik K et al. The incidence of fetomaternal haemorrhage following elective termination of first-trimester pregnancy. *European Journal of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Biology*, 1988, 27:355–357.
3. Fiala C, Fux M, Gemzell-Danielsson K. Rh-prophylaxis in early abortion. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 2003, 82:892–903.

4. Jabara S, Barnhart KT. Is Rh immune globulin needed in early first-trimester abortion? A review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2003, 188:623–627.
5. Stevenson MM, Radcliffe KW. Preventing pelvic infection after abortion. *International Journal of STD and AIDS*, 1995, 6:305–312.
6. Penney GC. Preventing infective sequelae of abortion. *Human Reproduction*, 1997, 12 (11 Suppl): 107–112.
7. Stubblefield PG, Grimes DA. Current concepts: septic abortion. *New England Journal of Medicine*, 1994, 331:310–314.
8. Blackwell AL et al. Health gains from screening for infection of the lower genital tract in women attending for termination of pregnancy. *The Lancet*, 1993, 342:206–210.

7. Что необходимо сделать, чтобы снизить риск недиагностированной внематочной беременности?

Мифепристон и мизопростол при внематочной беременности неэффективны. На фоне введения этих препаратов она продолжает развиваться. Если медикаментозный аборт проводят на очень раннем сроке беременности, когда ультразвуковое исследование не позволяет визуализировать плодное яйцо в полости матки, врач должен быть особенно насторожен в отношении внематочной беременности. Следует обращать внимание, если размер матки меньше ожидаемого на основании даты начала последней менструации. Женщине объясняют, что она должна сразу обратиться к врачу при возникновении симптомов, которые могут быть вызваны внематочной беременностью, например односторонней боли внизу живота. Подтвердить полный аборт на столь ранних сроках беременности можно только при сравнении уровней β-субъединицы хорионического гонадотропина до и после аборта (см. Вопрос 19).

При подозрении на внематочную беременность (например, внематочная беременность или заболевания, передающиеся половым путем, в анамнезе, несоответствие даты начала последней менструации и результатов ультразвукового исследования, кровянистые выделения из влагалища, боль внизу живота) показаны соответствующие исследования. При серьезном подозрении на внематочную беременность или постановке этого диагноза женщину следует направить в медицинское учреждение, занимающееся лечением гинекологической патологии.

Дополнительная литература

1. Kenigsberg D et al. Medical treatment of residual ectopic pregnancy: RU486 and methotrexate. *Fertility and Sterility*, 1987, 47:2–3.
2. Ulmann A, Dubois C. Anti-progesterones in obstetrics, ectopic pregnancies and gynaecological malignancies. *Bailliere's Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 1988, 2:631–638.
3. Liu F et al. Mifepristone in the treatment of 47 ectopic pregnancy patients. *Hunan Yi Ke Da Zue Zue Bao*, 1998, 23:265–268.

4. Gazavani MR et al. Mifepristone in combination with methotrexate for the medical treatment of tubal pregnancy: a randomised controlled trial. *Human Reproduction*, 1998, 13:1987–1990.
5. Fiala C et al. Verifying the effectiveness of medical abortion; ultrasound versus hCG testing. *European Journal of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Biology*, 2003, 109:190–195.
6. Edwards J, Carson SA. New technologies permit safe abortion at less than 6 weeks' gestation and provide timely detection of ectopic gestation. *Americal Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1997, 176:1101–1106.
7. Kelly AJ, Sowter MC, Trinder J. *The management of tubal pregnancy*. London, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2004 (RCOG Guideline No. 21).

СХЕМЫ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО АБОРТА

8. Каковы рекомендуемые схемы медикаментозного аборта?

Рекомендуемая схема медикаментозного аборта включает комбинацию мифепристона, 200 мг внутрь, и одного из простагландинов: мизопростола, 0,8 мг, или гемепроста, 1 мг, интравагинально через 36–48 часов после приема мифепристона [1; 2]. Частота полного аборта при применении этой комбинации более 96%, частота развивающейся беременности при сроке менее 63 дней, считая с 1-го дня последней менструации, – менее 1% [3–5].

Мизопростол можно также назначать внутрь в дозе 0,4 мг. Однако из-за более низкой эффективности применять мизопростол в этой дозе рекомендуется только при сроке беременности менее 50 дней.

Литература

1. *Safe abortion: technical and policy guidance for health systems*. Geneva, World Health Organization, 2003.
2. *National evidence-based clinical guideline: the care of women requesting induced abortion*. London, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2004.
3. Ashok PW et al. Factors affecting the outcome of early medical abortion: a review of 4132 consecutive cases. *BJOG*, 2002, 109:1281–1289.
4. Schaff EA, Fielding SL, Westhoff C. Randomized trial of oral versus vaginal misoprostol 2 days after mifepristone 200 mg for abortion up to 63 days of pregnancy. *Contraception*, 2002, 66:247–250.
5. Schaff EA et al. Low-dose mifepristone followed by vaginal misoprostol at 48 hours for abortion up to 63 days. *Contraception*, 2000, 61:41–46.

9. Могут ли применяться другие дозы мифепристона?

И мифепристон, и простагландины в самостоятельном виде могут вызвать искусственный аборт, однако они либо имеют более низкую эффективность, либо характеризуются более высокой частотой побочных эффектов, чем при совместном применении. В комбинации они проявляют синергичное действие. Задача состоит в том, чтобы найти схему, в которой эти препараты назначаются в наименьших дозах, но которая характеризуется наибольшей эффективностью при наименьшей частоте побочных эффектов. Кроме того, во многих странах мира существенной проблемой является стоимость лечения.

Во многих странах мифепристон разрешен к применению в дозе 600 мг внутрь однократно. Однако данных о том, что для достижения оптимального эффекта при назначении в комбинации с соответствующим простагландином необходима доза мифепристона более 200 мг, нет [1–4]. По данным нескольких исследований, мифепристон можно назначать по 25 мг 5–6 раз в течение 3 суток до суммарной дозы 125–150 мг [5]. Этот режим широко применяется в Китае. Показано, что при использовании в комбинации с соответс-

твующим простагландином он высоко эффективен при сроке беременности до 49 дней. Тем не менее однократное назначение мифепристона проще с точки зрения оказания медицинской помощи и удобнее для женщины.

Назначение мифепристона в дозе 50 мг внутрь в комбинации с гемепростом интравагинально менее эффективно, чем в дозе 200 мг [6]. Исследования с целью определения минимальной эффективной дозы мифепристона продолжаются.

Литература

1. World Health Organization Task Force on Post-ovulatory Methods for Fertility Regulation. Termination of pregnancy with reduced doses of mifepristone. *British Medical Journal,* 1993, 307:532–537.
2. World Health Organization Task Force on Post-ovulatory Methods for Fertility Regulation. Comparison of two doses of mifepristone in combination with misoprostol for early medical abortion: a randomized trial. *BJOG*, 2000, 107:524–530.
3. World Health Organization Task Force on Post-ovulatory Methods for Fertility Regulation. Medical abortion at 57 to 63 days gestation with a lower dose of mifepristone and gemeprost. A randomized controlled trial. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 2001, 80:447–451.
4. McKinley C, Thong KJ, Baird DT. The effect of dose of mifepristone and gestation on the efficacy of medical abortion with mifepristone and misoprostol. *Human Reproduction*, 1993, 8:1502–1505.
5. World Health Organization Task Force on Post-ovulatory Methods for Fertility Regulation. Pregnancy termination with mifepristone and gemeprost: a multicenter comparison between repeated doses and a single dose of mifepristone. *Fertility and Sterility,* 1991, 56:32–40.
6. World Health Organization Task Force on Post-ovulatory Methods for Fertility Regulation. Lowering the doses of mifepristone and gemeprost for early abortion: a randomised controlled trial. *BJOG,* 2001, 108:738–742.

10. Могут ли применяться другие дозы или пути введения простагландинов?

Интравагинальное применение мизопростола более эффективно и реже сопровождается побочными действиями, чем назначение препарата в той же дозе внутрь [1–4]. Однако если женщина предпочитает прием внутрь и срок беременности менее 50 дней, считая с 1-го дня последней менструации, можно назначить мизопростол в дозе 0,4 мг (2 таблетки) внутрь через 36–48 часов после приема мифепристона [5]. Если срок беременности 50 дней или более, назначать мизопростол внутрь не следует из-за более низкой эффективности.

В некоторых исследованиях мизопростол назначали несколько раз как всем женщинам, так и при неполном аборте [1; 6; 7]. Повторное назначение повышает риск побочных эффектов простагландинов. На сегодняшний день недостаточно данных о том, что приме-

нение дополнительных доз простагландинов повышает эффективность медикаментозного аборта[1].

В настоящее время исследуется интравагинальное применение мизопростола в более низких дозах, а также применение препарата под язык и в виде защечных таблеток.

Литература

1. von Hertzen H et al. WHO multinational study of three misoprostol regimens after mifepristone for early medical abortion. I: Efficacy. *BJOG*, 2003, 110:808–818.
2. El-Refaey H et al. Induction of abortion with mifepristone (RU 486) and oral or vaginal misoprostol. *New England Journal of Medicine*, 1995, 332:983–987.
3. Honkanen H et al. WHO multinational study of three misoprostol regimens after mifepristone for early medical abortion. II: Side effects and women's perceptions. *BJOG*, 2004, 111:715–725.
4. Schaff EA, Fielding SL, Westhoff C. Randomized trial of oral versus vaginal misoprostol 2 days after mifepristone 200 mg for abortion up to 63 days of pregnancy. *Contraception*, 2002, 66:247–250.
5. *Safe abortion: technical and policy guidance for health systems*. Geneva, World Health Organization, 2003.
6. Cahill S, Gallo M, Castleman L. More than one dose of misoprostol in medical abortion at less than ten weeks of gestation *Contraception*, 2006, 74:36–41.
7. Ashok PW et al. Factors affecting the outcome of early medical abortion: a review of 4132 consecutive cases. *BJOG*, 2002, 109:1281–1289.

11. Каковы преимущества и недостатки мизопростола по сравнению с гемепростом?

Мизопростол дешевле гемепроста и остается стабильным при комнатной температуре. Гемепрост выпускается в виде влагалищных свечей, содержащих 1 мг препарата, которые необходимо хранить в замороженном состоянии и извлекать из морозильной камеры примерно за 30 минут до применения. По данным некоторых исследований, гемепрост чаще, чем мизопростол, вызывает сильную боль [1; 2]. Хотя мизопростол выпускают и в виде таблеток для приема внутрь, он более эффективен при интравагинальном применении или назначении под язык [3–5].

Литература

1. Svendsen PF et al. Comparison of gemeprost and vaginal misoprostol in first trimester mifepristone-induced abortion. *Contraception*, 2005, 72:28–32.

[1] Несмотря на то что этот вопрос выходит за пределы данных рекомендаций, искусственный аборт в конце I триместра и во II триместре беременности обычно требует повторного назначения простагландинов.

2. Celentano C et al. Oral misoprostol vs. vaginal gemeprost prior to surgical termination of pregnancy in nulliparae. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 2004, 83:764–768.
3. El-Refaey H et al. Induction of abortion with mifepristone (RU 486) and oral or vaginal misoprostol. *New England Journal of Medicine*, 1995, 332:983–987.
4. Tang OS et al. A prospective, randomized, placebo-controlled trial on the use of mifepristone with sublingual or vaginal misoprostol for medical abortions of less than 9 weeks gestation. *Human Reproduction*, 2003, 18:2315–2318.
5. Tang OS et al. A prospective randomized comparison of sublingual and oral misoprostol when combined with mifepristone for medical abortion at 12–20 weeks' gestation. *Human Reproduction*, 2005, 20:3062–3066.

12. Можно ли применять другие простагландины?

В прошлом для медикаментозного аборта применяли целый ряд простагландинов, в частности сульпростон и 15-метил-простагландин $F_{2\alpha}$. Из-за побочных действий и относительно низкой эффективности сейчас эти препараты не используют.

Литература

1. Sang G et al. A large-scale introductory trial on termination of early pregnancy by mifepristone in combination with different prostaglandins. *Chinese Journal of Clinical Pharmacology*, 1999, 15:323–329.

13. Важен ли интервал времени между назначением мифепристона и простагландина?

Разрешенный и чаще всего применяемый интервал времени между назначением мифепристона и простагландина 36–48 часов [1; 2]. Он соответствует времени, когда матка после подготовки мифепристоном наиболее чувствительна к действию простагландина и доза последнего может быть минимальной. Кроме того, по данным предварительных исследований, во время которых измеряли сократимость миометрия под действием простагландина в разные сроки после введения мифепристона, в этот период она наибольшая [3]. Недавно показано, что, если мифепристон назначают в комбинации с мизопростолом, 0,8 мг интравагинально, интервал между их назначением может быть без снижения эффективности укорочен до 24 или увеличен до 72 часов [4; 5]. Если мизопростол назначают внутрь в дозе 0,4 мг, то простагландин следует вводить через 36–48 часов. Сейчас изучаются другие интервалы времени между назначением этих препаратов [6].

Литература

1. von Hertzen H et al. WHO multinational study of three misoprostol regimens after mifepristone for early medical abortion. I: Efficacy. *BJOG*, 2003, 110:808–818.

2. MIFEPREX® (mifepristone) Tablets, 200 mg; for oral administration only. Available at: <http://www.earlyoptionpill.com/pdfs/prescribing071905.pdf>; accessed on 17 February 2006.
3. Swahn ML, Bygdeman M. The effect of the antiprogestin RU 486 on uterine contractility and sensitivity to prostaglandin and oxytocin. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1988, 95:126–134.
4. Schaff EA et al. Vaginal misoprostol administered 1, 2, or 3 days after mifepristone for early medical abortion: a randomized trial. *JAMA*, 2000, 284:1948–1953.
5. Schaff EA, Fielding SL, Westhoff C. Randomized trial of oral versus vaginal misoprostol at one day after mifepristone for early medical abortion. *Contraception*, 2001, 64:81–85.
6. Creinin MD et al. A randomized comparison of misoprostol 6 to 8 hours versus 24 hours after mifepristone for abortion. *Obstetrics and Gynecology*, 2004, 103:851–859.

14. Можно ли вызвать аборт, назначив только простагландин?

Вызвать аборт на ранних сроках беременности можно, назначив только простагландин. Однако даже наиболее активные режимы, подразумевающие повторное интравагинальное применение относительно высоких доз мизопростола (0,8 мг) или гемепроста (1 мг), менее эффективны и чаще сопровождаются побочными действиями, чем комбинация мифепристона и простагландина.

На сегодняшний день недостаточно данных, чтобы рекомендовать какой-либо режим назначения (доза, путь введения, интервал между введениями) простагландина в самостоятельном виде. По данным опубликованных клинических наблюдений, для прерывания беременности необходимо повторное применение мизопростола, 0,8 мг интравагинально. В единственном рандомизированном исследовании (результаты еще не опубликованы) сравнивали интравагинальное применение мизопростола и его применение под язык с интервалами 3 и 12 часов. Показано, что для достижения той же эффективности, что при интравагинальном применении, мизопростол под язык следует назначать через более короткий промежуток времени.

Дополнительная литература

1. Jain JK et al. A prospective randomized, double-blinded, placebo-controlled trial comparing mifepristone and vaginal misoprostol to vaginal misoprostol alone for elective termination of early pregnancy. *Human Reproduction*, 2002, 17:1477–1482.
2. Meckstroth KR, Darney PD. Prostaglandins for first-trimester termination. *Best Practices in Research in Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 2003, 17:745–763.
3. Carbonell JL et al. Oral and vaginal misoprostol 800 microg every 8 h for early abortion. *Contraception*, 2003, 67:457–462.
4. Norman JE et al. Medical abortion in women of less than or equal to 56 days amenorrhoea: a comparison between gemeprost (a PGE1 analogue) alone and mifepristone and gemeprost. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1992, 99:601–606.

15. Какое обезболивание необходимо во время медикаментозного аборта?

Боль вызывают как само прерывание беременности, так и простагландины. Чаще всего боль возникает через несколько часов после назначения простагландина, когда плодное яйцо изгоняется из полости матки. По данным исследований, медикаментозный аборт сопровождается менее интенсивной болью у женщин старшего возраста, при наличии беременностей в анамнезе, а также на более ранних сроках беременности. Однако ни один из этих факторов не позволяет предсказать индивидуальное течение медикаментозного аборта.

Восприятие боли и потребность в обезболивании индивидуальны и во многом зависят от культурных особенностей. В любом случае медицинские работники должны предоставлять адекватное обезболивание всем женщинам, требующим его во время медикаментозного аборта. Назначают парацетамол, 500–1000 мг, или нестероидные противовоспалительные средства, например ибупрофен, 200 мг. При сильной боли к одному из этих препаратов добавляют кодеин, 30–40 мг.

Дополнительная литература

1. Ashok PW et al. Factors affecting the outcome of early medical abortion: a review of 4132 consecutive cases. *BJOG*, 2002, 109:1281–1289.
2. Westhoff C et al. Predictors of analgesia use during supervised medical abortion. *Contraception*, 2000, 61:225–229.
3. Westhoff C, Dasmahapatra R, Schaff E. Analgesia during at-home use of misoprostol as part of a medical abortion regimen. *Contraception*, 2000, 62:311–314.

МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПОСЛЕ ИСКУССТВЕННОГО АБОРТА

16. Необходимо ли хирургическое вмешательство при неполном аборте?

Кровотечение после медикаментозного аборта, постепенно уменьшаясь, продолжается в среднем примерно 2 недели. Изредка незначительные кровянистые выделения сохраняются до 45 дней. Кровотечение после медикаментозного аборта продолжается обычно дольше, чем после вакуум-аспирации. При хорошем общем состоянии женщины ни длительные кровянистые выделения, ни наличие остатков плодного яйца в полости матки по данным ультразвукового исследования не являются показанием к хирургическому вмешательству. Остатки плодного яйца будут удалены из полости матки вместе с кровью. Хирургическое вмешательство проводят по настоянию женщины, при длительном и тяжелом кровотечении, при развитии анемии или инфекционных осложнений. В последнем случае показана также антимикробная терапия (см. Вопрос 17).

Дополнительная литература

1. Fiala C et al. Verifying the effectiveness of medical abortion; ultrasound versus hCG testing. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 2003, 109:190–195.
2. Acharya G et al. Role of routine ultrasonography in monitoring the outcome of medical abortion in a clinical setting. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 2004, 83:390–394.
3. Cowett AA et al. Ultrasound evaluation of the endometrium after medical termination of pregnancy. *Obstetrics and Gynecology*, 2004, 103:871–875.

17. Как следует выявлять и лечить инфекционные осложнения искусственного аборта?

Риск восходящей инфекции половых органов особенно велик, когда шейка матки раскрыта после аборта или родов. Данные о частоте клинически значимых инфекций половых органов после медикаментозного аборта немногочисленны. По-видимому, они редки и, вероятно, встречаются реже, чем после вакуум-аспирации. Многие проявления инфекционных осложнений, например боль, неспецифичны, что затрудняет их диагностику. При появлении таких симптомов, как боль внизу живота, болезненность при пальпации нижних отделов живота или придатков матки, выделения из влагалища и лихорадка, следует назначать антимикробные средства широкого спектра действия.

Редкие случаи анаэробных инфекционных осложнений медикаментозного аборта, протекавших без лихорадки, описаны в Канаде (1 наблюдение) и США (4 наблюдения). В Китае и Европе таких осложнений не отмечено. В описанных случаях лихорадки не было или температура тела повышалась незначительно. Отмечались тошнота разной интенсивности, рвота, слабость и незначительная боль внизу живота. Состояние больной быстро ухудшалось в течение часов или дней. Развивались тахикардия, стойкая артериальная гипотензия, выпоты в полостях тела, повышение гематокрита, нейтрофильный лейкоцитоз. У всех больных наблюдался септический шок, вызванный *Clostridium sordellii*.

Литература

1. *FDA Public health advisory; sepsis and medical abortion*. US Food and Drug Administration. Available at <www.fda.gov/cder/drug/advisory/mifeprex.htm>; accessed on 20 February 2006.

Дополнительная литература

1. Shannon C et al. Infection after medical abortion: a review of the literature. *Contraception*, 2004, 70:183–190.
2. Sitruk-Ware R, Spitz IM. Pharmacological properties of mifepristone: toxicology and safety in animal and human studies. *Contraception*, 2003, 68:409–420.

18. Как оценить эффективность медикаментозного аборта?

В каждом случае медикаментозного аборта важно убедиться, что беременность действительно прервана. Если квалифицированный медицинский работник подтвердил выделение плодного яйца через несколько часов после введения простагландина, дальнейшее наблюдение не требуется. В остальных случаях женщину приглашают для обследования в удобное для нее время примерно через 2 недели после назначения мифепристона.

Во время этой консультации следует с помощью бимануального или, если это возможно, ультразвукового исследования подтвердить полный аборт. Если проводят серийное определение ß-субъединицы хорионического гонадотропина в сыворотке или моче, следует помнить, что низкие уровни этого гормона могут определяться до 4 недель после полного изгнания плодного яйца из полости матки. При наличии признаков беременности или незначительных кровянистых выделений из влагалища следует думать о развивающейся беременности.

19. Как диагностировать внематочную беременность после медикаментозного аборта?

Внематочная беременность – угрожающее жизни состояние и значимая причина материнской смертности. Меры, которые необходимо предпринять для исключения внематочной беременности до медикаментозного аборта, перечислены в ответе на Вопрос 7.

Даже если предприняты все меры по исключению внематочной беременности, медицинские работники всегда должны помнить о ее возможности и том, что медикаментозный аборт может скрадывать ее клинические проявления. Крайне редко маточная и внематочная беременность существуют одновременно.

При подозрении на внематочную беременность (например, при сохранении признаков беременности или боли внизу живота) показано обследование – ультразвуковое иссле-

дование органов малого таза и серийное определение β-субъединицы хорионического гонадотропина. Если это невозможно, женщину направляют в специализированный центр.

Дополнительная литература

1. Kelly AJ, Sowter MC, Trinder J. *The management of tubal pregnancy*. London, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2004 (RCOG Guideline No.21).
2. Shannon C et al. Ectopic pregnancy and medical abortion. *Obstetrics and Gynecology*, 2004, 104:161–167.

20. Возможны ли пороки развития плода после неудачного медикаментозного аборта?

Имеется лишь одно наблюдение пороков развития после применения мифепристона в самостоятельном виде. Этой случай сиреномелии [1], который не может быть связан с приемом препарата. Сиреномелия развивается очень рано, примерно на 4-й неделе беременности, в то время как медикаментозный аборт в данном наблюдении проводили на 5-й неделе. Имеются сообщения еще о 13 случаях различных пороков развития после неудачного медикаментозного аборта. Во всех наблюдениях мифепристон назначали на 7–9-й неделе беременности, считая с 1-го дня последней менструации. В 8 случаях затем применяли гемепрост, в 5 – мизопростол. Ни одно из наблюдений нельзя однозначно связать с применявшимися препаратами.

Определить, связаны данные пороки развития с проведением медикаментозного аборта или нет, невозможно, поскольку частота пороков развития в популяции составляет примерно 2 на 100 родов [3]. Некоторые простагландины обладают тератогенным действием, однако мизопростол в эксперименте не проявил его [4]. Не обладает тератогенным действием и мифепристон, однако при использовании в комбинации с простагландином он вызывает сокращения матки, которые могут приводить к некоторым из описанных пороков развития [5].

Поскольку имеющиеся данные ограничены и не позволяют сделать окончательные выводы, настаивать на прерывании беременности, развивающейся после медикаментозного аборта, если женщина желает сохранить ее, не нужно. Тем не менее следует информировать женщину о важности наблюдения, поскольку влияние препаратов, применяемых для медикаментозного аборта, на плод не известно.

Литература

1. Pons J-C et al. Development after exposure to mifepristone in early pregnancy. *The Lancet*, 1991, 338:763.
2. Exelgyn. *Periodic safety update No. 16*, 31 May 2005.
3. Sitruk-Ware R, Davey A, Sakiz E. Fetal malformation and failed medical termination of pregnancy. *The Lancet*, 1998, 352:323.

4. Kotsonis FN et at. Preclinical toxicology profile of misoprostol. *Digestive Diseases Sciences*, 1985, 30 (11 Suppl.) 142S–146S.
5. Jost A. New data on the hormonal requirements of the pregnant rabbit: partial pregnancies and fetal abnormalities after treatment with a hormonal antagonist at subabortifacient doses. *Comptes Rendues de l'Académie des Sciences*, 1986, 303 (series III, No. 7):281–284.

21. Какие методы контрацепции можно применять после медикаментозного аборта?

Большинство женщин, которым проведен медикаментозный аборт по поводу нежелательной беременности, не планируют беременность в ближайшее время. Иногда имеются медицинские показания к предупреждению беременности после аборта. Таким образом, планирование семьи – неотъемлемая часть оказания комплексной медицинской помощи в рамках выполнения искусственного аборта [1; 2].

Женщины, которым проведен искусственный аборт на ранних сроках беременности, могут забеременеть снова практически сразу после него. Овуляция может произойти на 10-й день после искусственного аборта в I триместре беременности [3]. По данным одного из исследований, в течение 6 недель после аборта овуляция происходит у 78% женщин [4].

После медикаментозного аборта женщина может применять любой современный метод контрацепции. Вопросы контрацепции следует обсудить с женщиной во время консультации перед искусственным абортом. В идеале эффективный метод контрацепции должен быть доступен ей сразу после аборта.

Прием комбинированных пероральных контрацептивов можно начинать в день применения мизопростола, когда обычно происходит изгнание плодного яйца из полости матки. Применение комбинированных пероральных контрацептивов сразу после медикаментозного аборта изучено в двух проспективных рандомизированных плацебо-контролируемых исследованиях [5; 6]. Различий в частоте полного аборта, осложнений и длительности кровотечения не отмечено. Пероральные контрацептивы, содержащие только прогестагены, нередко вызывают кровотечения прорыва, которые можно принять за проявления неполного аборта.

Применение имплантационных контрацептивов и медроксипрогестерона для внутримышечного введения часто сопровождается аменореей или нерегулярными кровянистыми выделениями. Определить, прервана беременность или нет, в этом случае трудно. В связи с этим начинать использовать данные методы контрацепции лучше после того, как доказано прерывание беременности. То же касается стерилизации и внутриматочной контрацепции.

Если выбран метод контрацепции, начать применять который сразу нельзя, до подтверждения прерывания беременности женщине рекомендуют использовать презервативы.

Другие методы, такие, как шеечные колпачки, влагалищные диафрагмы, контрацептивные губки, а также спермициды в виде пены, геля или влагалищных таблеток, можно применять, когда женщина возобновит половую жизнь, предпочтительно после прекращения кровянистых выделений. Использование ритмических методов контрацепции возможно только после восстановления менструального цикла.

Литература

1. Johnson BR et al. Reducing unplanned pregnancy and abortion in Zimbabwe through postabortion contraception. *Studies in Family Planning*, 2002, 33:195–202.
2. Pandey DN et al. Contraceptive coverage after medical termination of pregnancy. *Indian Journal of Hospital Pharmacology*, 1989, 26:154–157.
3. Boyd EF, Holmström EG. Ovulation following therapeutic abortion. *American Journal of Obstetrics and Gynecology,* 1972, 113:469–473.
4. Lähteenmäki P et al. Return of ovulation after abortion and after discontinuation of oral contraceptives. *Fertility and Sterility*, 1980, 34:246–249.
5. Martin CW, Brown AH, Baird DT. A pilot study of the effect of methotrexate or combined oral contraceptive on bleeding patterns after induction of abortion with mifepristone and a prostaglandin pessary. *Contraception*, 1998, 58:99–103.
6. Tang OS et al. The effect of contraceptive pills on the measured blood loss in medical termination of pregnancy by mifepristone and misoprostol: a randomized placebo controlled trial. *Human Reproduction*, 2002, 17:99–102.

ВОПРОСЫ, КАСАЮЩИЕСЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РАМКАХ ВЫПОЛНЕНИЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО АБОРТА

Юридические аспекты

Выполнение искусственного аборта регулируется нормативными документами, действующих в рамках законодательной базы той или иной страны или местности. В большинстве стран прерывание беременности официально разрешено по крайней мере в одном случае – после изнасилования или при угрозе жизни беременной. В некоторых странах показания к искусственному аборту намного шире. Зачастую законы, регулирующие прерывание беременности, были приняты задолго до разработки методов медикаментозного аборта.

Методы медикаментозного аборта вносят некоторую неопределенность в трактовку действующих законов и нормативных документов, поскольку они были составлены, когда основным методом искусственного аборта был хирургический. Например, в некоторых странах закон требует, чтобы искусственный аборт проводили в регистрированных для этого клиниках. Ни у кого не вызывает сомнений, где следует выполнять хирургический аборт. Однако что следует считать местом проведения медикаментозного аборта – место, где назначают препараты, где их вводят или где происходит изгнание плодного яйца из полости матки?

Организация медицинской помощи

Менеджеры медицинских учреждений, планирующие организацию медицинской помощи, направленной на выполнение медикаментозных абортов, в первую очередь должны выяснить законодательную базу этой проблемы в своей стране. Во многих странах специальных нормативных документов, касающихся медикаментозных абортов нет. В этом случае их выполнение регулируется нормативными документов для искусственных абортов в целом. В некоторых странах такие документы имеются.

В стране могут существовать нормативные документы, регулирующие, какие медицинские учреждения могут выполнять искусственные аборты. В некоторых странах стандарты оказания медицинской помощи в рамках выполнения искусственного аборта с помощью законов или нормативных документов в сфере здравоохранения устанавливает правительство. В других странах такие нормы устанавливают на уровней провинций, штатов или более мелких административно-территориальных единиц.

Медикаментозные аборты можно проводить на тех уровнях оказания медицинской помощи, на которых не выполняют хирургические аборты. В идеале медицинское учреждение, в котором выполняют медикаментозные аборты, должно быть интегрировано в систему медицинских учреждений, занимающихся охраной репродуктивного здоровья. Это облегчает обращение за помощью по другим вопросам, например планирования семьи, что является важным элементом оказания всесторонней медицинской помощи в рамках выполнения искусственного аборта.

На месте должны быть созданы условия для оказания неотложной помощи и проведения хирургического лечения либо налажены связи для направления женщин в другие медицинские учреждения. При необходимости должны быть проведены хирургическое удаление плодного яйца из полости матки, инфузионная терапия, переливание компонентов крови.

Получение лекарственных средств

В тех странах, где мифепристон уже разрешен к применению для медикаментозного аборта, в разрешительных документах, как правило, указано, что его следует назначать в комбинации с определенным (обычно с мизопростолом) или «соответствующим» простагландином. В странах, где разрешен медикаментозный аборт, мифепристон можно получить у врача или в клинике. Возможны ситуации, когда простагландины, которые могут применяться вместе с мифепристоном, официально не разрешены к использованию. В этом случае обычно назначают мизопростол, поскольку он доступен во многих странах, хотя и официально может быть не разрешен к применению для прерывания беременности.

Во многих странах лекарственные средства, разрешенные к применению, могут назначаться по медицинским показаниям, которые не включены в разрешительную документацию. Врачи могут применять лекарственные средства по таким показаниям, если имеются научные доказательства их эффективности. Если врач назначает препарат, который официально не разрешен к применению по данному показанию, он должен информировать об этом больного. Менеджеры, организующие медицинскую помощь, направленную на выполнение медикаментозных абортов, должны выяснить состояние данной проблемы в своей стране. В некоторых странах при назначении препаратов по показаниям, не включенным в разрешительную документацию, больной не может требовать возмещения расходов на свое лечение.

В документах Управления по контролю за качеством пищевых продуктов и лекарственных средств США (FDA) сказано: «Оказание качественной медицинской помощи и соблюдение интересов больного требует от врача применять разрешенные лекарственные средства, биопрепараты и приспособления в соответствии с их знаниями и опытом. Если врач использует препарат по показаниям, не включенным в разрешительную документацию, он обязан изучить данные об этом препарате, применять его на основании весомых научных или практических доказательств, а также вести документацию, в которой будет отражено применение и действие препарата».

Дополнительная литература

1. MIFEPREX® (mifepristone) Tablets, 200 mg; for oral administration only. Available at: <http://www.earlyoptionpill.com/pdfs/prescribing071905.pdf>; accessed on 23 February 2006.
2. Misoprostol. Major labelling changes. *WHO Pharmaceuticals Newsletter*, 2002, 3:5.
3. Weeks AD, Fiala C, Safar P. Misoprostol and the debate over off-label drug use. *BJOG*, 2005, 112:269–272.

Приложение 1

МЕЖДУНАРОДНАЯ СОГЛАСИТЕЛЬНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ ПО НЕХИРУРГИЧЕСКОМУ (МЕДИКАМЕНТОЗНОМУ) АБОРТУ В НАЧАЛЕ I ТРИМЕСТРА БЕРЕМЕННОСТИ, ПОСВЯЩЕННАЯ СХЕМАМ ЛЕЧЕНИЯ И ОКАЗАНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Конгресс-центр Белладжио, г. Белладжио, Италия, 1–5 ноября 2004 г.

Участники

Доктор David Baird, профессор, Сеть развития контрацепции, Эдинбургский университет, Эдинбург, Шотландия.

Доктор Laura Castleman, медицинский директор, Объединение независимых частнопрактикующих врачей, Чэпел Хилл, Северная Калифорния, США.

Доктор Linan Cheng, директор, Шанхайский институт подготовки рекомендаций по планированию семьи, Шанхай, Китайская Народная Республика.

Доктор Dr Kurus Coyaji, директор и почетный профессор, отделение акушерства и гинекологии, Госпиталь К.Е.М., Пуне, Индия.

Мисс Angela Davey, коммерческий директор и директор по медицинскому обслуживанию, Икселджин, Оксфордшир, Великобритания.

Доктор Christian Fiala, президент Международной федерации медицинских работников, занимающихся искусственными абортами и контрацепцией (FIAPAC), Вена, Австрия.

Доктор Kristina Gemzell-Danielsson, директор, Центр по сотрудничеству в области репродукции человека ВОЗ, отделение здоровья женщины и ребенка, отдел акушерства и гинекологии, Госпиталь Каролинского университета, Стокгольм, Швеция.

Доктор Selma Hajri, консультант по охране репродуктивного здоровья, Тунис, Тунис.

Доктор Helena von Hertzen, офицер медицинской службы, менеджер, Группа по исследованиям постовуляторных методов регуляции фертильности, Специальная программа по исследованиям, развитию и подготовке исследователей в области репродукции человека ПРООН, ЮНФПА, ВОЗ и Всемирного банка, Всемирная организация здравоохранения, Женева, Швейцария.

Доктор Pak Chung Ho, профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии, отделение акушерства и гинекологии, Гонконгский университет, специальный административный район Китая.

Доктор Lena Marions, старший консультант, Центр по сотрудничеству в области репродукции человека ВОЗ, отделение здоровья женщины и ребенка, отдел акушерства и гинекологии, Госпиталь Каролинского университета, Стокгольм, Швеция.

Доктор Suneeta Mittal, профессор и руководитель, отделение акушерства и гинекологии; исполняющая обязанности директора, Центр по сотрудничеству в области репродукции человека ВОЗ, Всеиндийиский институт медицинских наук, Нью-Дели, Индия.

Доктор Nguyen thi Nhu Ngoc, консультант по исследованиям и международному сотрудничеству, отделение медикаментозного аборта, Центр по сотрудничеству в области репродукции человека ВОЗ, Госпиталь Хунгвуонг, Хошимин, Вьетнам.

Доктор Joachim Oehler, главный исполнительный директор, Фонд «Консепт», Патумтани, Таиланд.

Доктор Gillian Penney, доцент, Эдинбургский и Абердинский университеты, Шотландская программа повышения клинической эффективности в охране репродуктивного здоровья (SPCERH), Абердинский родильный дом, Абердин, Шотландия.

Доктор Gilda Piaggio, статистик, Группа статистической и информационной поддержки, Специальная программа по исследованиям, развитию и подготовке исследователей в области репродукции человека ПРООН, ЮНФПА, ВОЗ и Всемирного банка, Всемирная организация здравоохранения, Женева, Швейцария.

Доктор Eric A. Schaff, профессор семейной медицины, педиатрии, акушерства и гинекологии; директор, Программа повышения квалификации по охране репродуктивного здоровья, отделение семейной медицины, Медицинская школа Рочестерского университета, Рочестер, Нью-Йорк, США.

Доктор Régine Sitruk-Ware, профессор, Рокфеллеровский университет; исполнительный директор по развитию контрацепции, Центр биомедицинских исследований, Совет по проблемам народонаселения, Нью-Йорк, Нью-Йорк, США.

Доктор Oi Shan Tang, консультант, отделение акушерства и гинекологии, Госпиталь Королевы Марии, Гонконг, специальный административный район Китая.

Доктор Beverly Winikoff, президент, Проекты в области здравоохранения «Джинуити», Нью-Йорк, Нью-Йорк, США.

Для получения дополнительной информации просим обращаться:

Департамент по репродуктивному здоровью и научным исследованиям
Всемирная организация здравоохранения
20 Avenue Appia, CH-1211 Geneva 27
Switzerland
Эл. почта: reproductivehealth@who.int
Веб-сайт: www.who.int/reproductive-health