

УДК 618.33:618.39-085.2/3

3.1.4 Акушерство и гинекология

DOI: 10.37903/vsgma.2022.4.14 EDN: NJSELG

**ИСКУССТВЕННОЕ ПРЕРЫВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ ПОЗДНИХ СРОКОВ:
СОБСТВЕННЫЙ ОПЫТ В КОНТЕКСТЕ ЭВОЛЮЦИИ МЕТОДА**© Покусаева В.Н.¹, Фофонова И.Ю.^{1,2}, Львова П.О.¹, Фридман Т.Ю.^{1,3}¹Смоленский государственный медицинский университет, Россия, 214019, Смоленск, ул. Крупской, 28²Клиническая больница скорой медицинской помощи г. Смоленска, Россия, 214018, Смоленск,
ул. Тенишевой, 9³Женская консультация №2 Клинической больницы №1 г. Смоленска, Россия, 214025, Смоленск,
ул. Нарвская, 21*Резюме***Цель.** Оценка эффективности и безопасности медикаментозного прерывания беременности во 2 триместре.**Методика.** Проведен подробный анализ медицинских, социальных и юридических аспектов прерывания беременности в поздние сроки, эффективности различных методов искусственного аборта в аспекте сохранения репродуктивного потенциала женщин, планирующих продолжить деторождение. В исследовательскую часть включены 76 пациенток в 12+0 - 21+6 недель беременности: 70 – с прерыванием беременности в связи с патологией плода, 6 - в связи с риском для жизни и здоровья матери. Прерывание беременности проведено медикаментозным (61 – 80,2%) и хирургическим (15 – 19,8%) способом: гистеротомия (3 – 3,9%), дилатация и эвакуация (5 – 6,6%), кюретаж после приема антипрогестинов (7 – 9,2%).**Результаты.** Медикаментозное прерывание оказалось успешным у 57 из 61 (93,4%) пациенток. У 10 пациенток с рубцом на матке была проведена попытка медикаментозного прерывания: у 8 (80,0%) произошел полный аборт, у 2 (20,0%) неэффективная попытка закончена дилатацией и эвакуацией. Отсутствие эффекта от приема медикаментозных средств отмечено у 4 (6,6%) женщин: 2 были нерожавшие и 2 имели рубец на матке после планового кесарева сечения. Все случаи хирургического прерывания беременности привели к одномоментному завершению беременности. Тяжелое осложнение (кровотечение, потребовавшее экстирпации матки) зарегистрировано у пациентки с хирургическим абортом, последовавшим за неэффективной попыткой медикаментозного прерывания. Средняя длительность пребывания в стационаре составила 7,6±1,2 койко-дня при хирургическом и 6,7±0,4 койко-дня – при медикаментозном аборте (p<0,05).**Заключение:** медикаментозное прерывание беременности является эффективным и достаточно безопасным методом искусственного аборта во 2 триместре, в том числе при рубце на матке. Частота клинических неудач не превысила 7%, продолжительность пребывания в стационаре была на сутки короче, чем при хирургическом аборте.*Ключевые слова:* медицинские показания, прерывание беременности, деторождение**ARTIFICIAL TERMINATION OF LATE PREGNANCY:
OWN EXPERIENCE IN THE CONTEXT OF THE EVOLUTION OF THE METHOD**Pokusaeva V.N.¹, Fofonova I.Yu.^{1,2}, Lvova P.O.¹, Fridman T.Yu.^{1,3}¹Smolensk State Medical University, 28, Krupskoj St., 214019, Smolensk, Russia²Clinical Emergency Hospital Smolensk, 9, Tenishevoj St., 214018, Smolensk, Russia³Woman's consultation No. 2 of the Clinical Hospital N1 of Smolensk, 21, Narvskaja St., 214025, Smolensk, Russia*Abstract***Objective.** To assess the efficacy and safety of medical abortion in the 2nd trimester. A detailed analysis of the medical, social and legal aspects of late pregnancy termination, the effectiveness of various methods of artificial abortion in maintaining the reproductive potency of women planning to childbearing was carried out.

Methods. The study part includes 76 patients at 12 + 0 - 21 + 6 weeks of pregnancy: 70 – with termination of pregnancy due to fetal pathology, 6 – due to the risk to life and health of the mother. Pregnancy was terminated by drug-induced (61 – 80.2%) and surgical (15-19.8%) methods: hysterotomy (3 – 3.9%), dilation and evacuation (5 – 6.6%), curettage after taking antiprogestins (7 – 9.2%).

Results. Medical interruption was successful in 57 of 61 (93.4%) patients. In 10 patients with a scar on the uterus, a medical abort was successful: 8 (80.0%) had a complete abortion, 2 (20.0%) had an ineffective attempt to end with dilation and evacuation. The lack of effect of medication was noted in 4 (6.6%) women: 2 were nulliparous and 2 had a scar on the uterus after a planned caesarean section. All cases of surgical termination of pregnancy led to the simultaneous termination of pregnancy. A serious complication (bleeding that required uterine extirpation) was reported in a female patient with a surgical abortion that followed an ineffective attempt of medical interruption. The average hospitalization term was $7,6 \pm 1,2$ for surgical and $6,7 \pm 0,4$ for medical abortions ($p < 0.05$).

Conclusion. Medical termination of pregnancy is an effective and fairly safe method of artificial abortion in the 2nd trimester, including scared uterus. The clinical failure rate did not exceed 7%. The length of stay in the hospital was a day shorter than with surgical abortion.

Keywords: medical indications, termination of pregnancy, childbirth

Введение

Современная направленность семейной политики в новейшей истории России четко ориентирована на улучшение демографической ситуации в стране. Поддержка рождаемости, как известно, требует не только социально-экономических мер стимулирования, но и участия медицинских работников в сохранении репродуктивного здоровья потенциальных родителей [11]. В данной статье рассмотрен аспект профилактики возможных неблагоприятных последствий искусственного прерывания беременности у женщин, планирующих в последующем деторождение.

Несмотря на продолжающееся снижение числа аборт в Российской Федерации, вопрос повышения эффективности и безопасности искусственного прерывания беременности до настоящего времени остается одной из серьезных медицинских проблем. Следует отметить, что основная часть искусственных абортов проводится по желанию женщины, однако в ряде случаев возникает необходимость досрочно завершить гестационный процесс по медицинским показаниям. Так, данные Росстата свидетельствуют, что в 2020 г. в сроки до 22 недель прервалось 447 692 беременностей, из которых 13 055 (2,9%) путем искусственного аборта по медицинским показаниям: 2862 – в первом и 10193 – во втором триместрах [5].

Проведение искусственного аборта по медицинским показаниям, в том числе на поздних сроках, регулируется законами Российской Федерации, приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации и субъектов Российской Федерации [12, 13]. Сложная система правового регулирования имеет своей целью максимально обезопасить эту процедуру, а также снизить статистику небезопасного прерывания беременности, которая ведёт к большому количеству гинекологических осложнений. Медицинские показания устанавливаются консилиумом врачей, при наличии состояний, угрожающих жизни и здоровью матери в соответствии с Приказом МЗ РФ №736 от 3 декабря 2007 г., или заболеваний плода с неблагоприятным прогнозом для его жизни и здоровья [15].

Получив полную информацию об особенностях течения своей беременности и потенциальных рисках, связанных с нею пациентка принимает решение о ее дальнейшем продолжении или прерывании. В случае если женщина приняла решение прервать неперспективную или угрожающую жизни беременность и дала на это информированное добровольное согласие врачебная комиссия устанавливает наиболее подходящий и безопасный способ проведения искусственного аборта [2].

Сложность и ответственность такого решения определяется высокой частотой неблагоприятных исходов, так как, составляя около 10-15% от всех случаев артифициальных абортов, аборт во II триместре являются причиной двух третей постабортных осложнений. Снижение их частоты может быть достигнуто, в том числе совершенствованием методик искусственного прерывания беременности на поздних сроках, которые в современных условиях должны удовлетворять следующим принципам: 1) обеспечение необходимых условий их максимальной, 2) ограничение оперативных вмешательств, 3) стремление к разумному консерватизму.

Методы аборта имеют длинную историю, и первые упоминания о них встречаются ещё в трудах Гиппократов. В современной медицине прерывание беременности на поздних сроках проводится с использованием консервативных (введение гипертонических растворов в полость матки и применение медикаментозных средств) и хирургических (гистеротомия, дилатация и эвакуация, кюретаж) методов.

Однако многие из них впоследствии были признаны небезопасными для репродуктивного здоровья женщины и перешли в разряд исторических. Так, дилатация и кюретаж не используются в развитых странах еще с начала 60-х годов, так как ведут к повреждению эндометрия и стенки матки [10, 20].

В России длительное время наиболее распространенным способом прерывания беременности долгое время оставались хирургический метод и интраамниальное введение растворов [4]. Однако в последнее десятилетие смещение приоритетов произошло в сторону более безопасного медикаментозного аборта. Частота его использования за это время выросла с 0,1%-5,4% до 38,7% в первом триместре и 61% – во втором [1, 5, 9]. Несомненными преимуществами использования комбинации антипрогестагенов и простагландинов являются, помимо высокой эффективности, безопасность и приемлемость, отсутствие рисков анестезии, механической травмы, восходящей инфекции, заражения ВИЧ, гепатитами и т.д., отсутствием неблагоприятного влияния на дальнейшую репродуктивную функцию, что особенно важно для планирующих деторождение в будущем. Сравнительный анализ 2 групп женщин с хирургическим абортom путём дилатации и эвакуации и медикаментозным прерыванием беременности продемонстрировал, что наиболее частыми осложнениями хирургического вмешательства явились травма шейки матки (6%) и кровотечение (8%). После проведения медикаментозного аборта эти осложнения не наблюдались. Кроме того, несмотря на проведенную антибиотикопрофилактику, развитие послеабортного метроэндометрита отмечалось в 20% случаев после проведения хирургического аборта, а в группе медикаментозного аборта встречалось лишь в 5% случаев [14]. Высокая удовлетворенность пациенток качеством медицинской помощи при данном методе прерывания беременности связывают с тем, что медикаментозное прерывание беременности психологически легче переносится женщиной по сравнению с хирургическим вмешательством под наркозом.

В то же время, при всех очевидных преимуществах медикаментозного метода прерывания многие врачи относятся к нему с опасением, аргументируя свое мнение частой необходимостью хирургического завершения аборта и опасностью разрыва матки при наличии рубца после кесарева сечения.

В связи с этим целью нашего исследования явился анализ эффективности и безопасности медикаментозного прерывания беременности во 2 триместре у различного контингента женщин. Анализ проводился по данным медицинской документации 1 и 2 гинекологического отделений ОГБУЗ «Клиническая больница скорой медицинской помощи г. Смоленска» (главный врач А.С. Доронин). В исследование были включены пациентки, направленные на прерывание беременности по медицинским показаниям в 12+0 - 21+6 недель беременности. Неэффективным случаем прерывания считали аборт, потребовавший использования дополнительных (первоначально не планировавшихся) методов прерывания. Безопасность оценивали по наличию непосредственных и отсроченных осложнений (кровотечение, хирургическая травма, гнойно-септические и анестезиологические осложнения).

Исследование выполнено за счет гранта Российского научного фонда №22-28-00625 «Родительство в контексте семейной и репродуктивной политики в новейшей истории России: социально-исторический, медико-антропологический анализ».

Методика

В окончательный анализ включено 76 женщин в возрасте от 20 до 40 лет (средний возраст $32,3 \pm 6,3$ года). У всех пациенток, по данным медицинской документации, настоящая беременность была желанной. Однако у 3 адекватность такого решения оценить достаточно сложно в связи с изменениями личности, обусловленными психическими заболеваниями, которые и послужили медицинским показанием для прерывания беременности в поздние сроки.

Первобеременными оказались 19 (25,0%) женщин. У трети (22 – 28,9%) предшествующие беременности заканчивались только родами. У четверти (35 – 46,1%) репродуктивный анамнез был отягощен самопроизвольными и искусственными абортами (табл. 1).

Таблица 1. Паритет данной беременности и количество родов в анамнезе у обследованных пациенток

Паритет беременности	Количество родов в анамнезе				
	нерожавшие	1 роды	2 родов	3 родов	4 родов
Первая	19				
Вторая	5	15			
Третья	3	11	6		
Четвертая		5	2		
Пятая		4		1	1
Шестая			2		1
Восьмая			2		

Показаниями для прерывания беременности явились следующие заболевания и состояния: 1) со стороны матери – 6, в том числе: психическое заболевание – 3, воздействие тератогенных факторов в 1 триместре) – 3; 2) со стороны плода – 70: подтвержденные хромосомные заболевания – 28, пороки развития – 42.

У одной из 3 пациенток с приемом потенциально тератогенных лекарственных препаратов в 1 триместре после патологоанатомического исследования абортуса были диагностированы множественные анатомические аномалии.

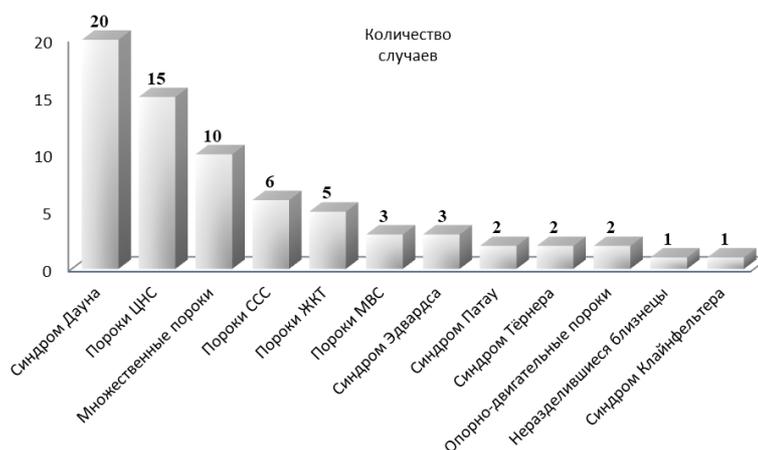


Рис. 1. Показания для прерывания беременности во 2 триместре со стороны плода

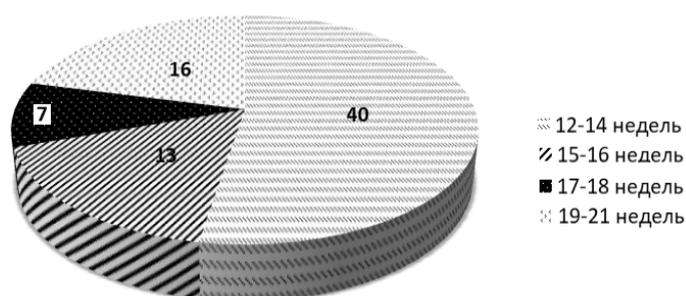


Рис. 2. Сроки прерывания беременности по медицинским показаниям

Результаты исследования

Проведено прерывание беременности с использованием медикаментозного (61 – 80,2%) и хирургического (15 – 19,8%) способа. Хирургическое вмешательство проводилось путем гистеротомия (3 пациентки с психическими заболеваниями – 3,9%), методом дилатации и эвакуации (5 – 6,6%), кюретажа после медикаментозной подготовки антипрогестинами (7 – 9,2%). Все случаи прерывания беременности с использованием хирургических методик привели к

одномоментному завершению беременности. Объем кровопотери ни у одной пациентки не превысил стандартных показателей для данного метода.

При медикаментозном прерывании беременности использован мифепристон в дозе 200 мг с последующим интравагинальным введением 800 мг мизопростола (400 мг при наличии рубца на матке. В случае отсутствия маточной активности после приема первой дозы мизопростола повторяли интравагинальное введение 400 мг в течение суток. Дозирование препаратов проводилось в соответствии с клиническими рекомендациями МЗ РФ [12]. У 57 из 61 (93,4%) пациенток медикаментозный аборт оказался успешным, в том числе при осложненном анамнезе: 2 многоплодные беременности; 8 пациенток с рубцом на матке; 8 пациенток с миомой матки; 3 пациентки с беременностью после ЭКО.

Неэффективным медикаментозный аборт был у 4 (6,6%) женщин. Безуспешная попытка индукции выкидыша у них завершилась дилатацией и кюретажем: в трех случаях успешно, в одном при проведении эвакуации плодного яйца развилось кровотечение в связи с недиагностированным при преабортном обследовании вращением плаценты, что потребовало экстирпации матки. Обращает внимание, что из 4 женщин, которым потребовалось хирургическое завершение аборта, 2 были нерожавшие и 2 имели рубец на матке после планового кесарева сечения.

При наличии рубца на матке беременность во втором триместре была прервана 10 пациенткам, во всех случаях использован метод медикаментозного прерывания. У 8 (80,0%) произошел полный аборт, у 2 (20,0%) прием мифепристона и мизопростола по рекомендованной клиническим протоколом схеме не дал желаемого эффекта. Процедура была закончена дилатацией цервикального канала и эвакуацией плодного яйца. При этом в одном наблюдении аборт закончился проведением экстирпации матки в связи с выше описанным осложнением.

Осложнений, связанных непосредственно с проведением манипуляции искусственного прерывания беременности, а также гнойно-септических осложнений ни при хирургическом, ни при медикаментозном прерывании беременности нами не зарегистрировано.

Среднее количество дней проведенных в стационаре по поводу прерывания беременности при хирургическом прерывании беременности составил $7,6 \pm 1,2$ койко-дня, при медикаментозном - $6,7 \pm 0,4$ ($p < 0,05$).

Обсуждение результатов исследования

На данный момент основными препаратами для проведения медикаментозного аборта являются мифепристон и мизопростол. Препарат мифепристон с 1988 г. активно используется как средство для медикаментозного прерывания беременности. Эффективность мифепристона связана с блокировкой действия прогестерона на уровне рецепторов [18]. Также при приеме мифепристона отмечается повышение чувствительности миометрия к простагландинам, поэтому применение 600 мг мифепристона комбинируют с дальнейшим введением небольших доз простагландинов. Исследования доказали крайне высокую эффективность данного метода искусственного аборта, особенно, при введении простагландинов через 36-48 часов после приема мифепристона [22]. Простагландины могут вводиться как вагинально, так и сублингвально или инъекционно. В целом эффективность медикаментозного способа прерывания по оценкам разных авторов составляет от 92 до 98,9%.

С 2019 года в России утвержден и используется в клинической практике протокол «Искусственное прерывание беременности на поздних сроках по медицинским показаниям при наличии аномалий развития плода», согласно которому рекомендуется назначение 200 мг мифепристона однократно, а далее через 12-48 ч. применяется мизопростол в дозе 800 мкг однократно вагинально и затем по 400 мкг мизопростола сублингвально каждые 3 ч. до наступления аборта (не больше 4 доз) [12].

Ранее медикаментозное прерывание беременности с использованием антигестагенов и простагландинов производилось только в 1 триместре до 42 дней задержки менструации. Постепенное накопление массива данных позволило постепенно расширить возможности медикаментозной интервенции и в более поздние сроки: сначала до 63 дней задержки менструации, затем на протяжении всего первого и второго триместров гестации. В настоящее время согласно клиническим рекомендациям медикаментозное прерывание беременности может быть безопасно выполнено при любом сроке гестации [3]. Однако единой схемы медикаментозного прерывания до настоящего времени не разработано. Рекомендации определяются сроком гестации, доступностью, ценой и инструкцией к медикаментам [19].

Отсутствуют единые подходы не только в мировой акушерской практике, но и в разных клинических протоколах в Российской Федерации [9]. Схемы приема лекарственных средств и режим дозирования периодически пересматриваются с учетом новых данных по эффективности и безопасности препаратов [6]. Чаще используется комбинация 600 мг мифепристона и 400 мкг мизопростола с интервалом 48 часов [22]. Существует и модификация данной схемы, где имеет место дополнительный пероральный приём 400 мкг мизопростола через 3 часа, если аборт еще не наступил [17].

На сегодняшний день наблюдается тенденция к снижению дозировки мифепристона менее 600 мг и увеличению дозировки простагландинов. Так, применение 200 мг мифепристона комбинируют с применением 800 мкг мизопростола однократно или с четырёхкратным вагинальным введением 200 мкг мизопростола [16]. Ряд проведенных по протоколам ВОЗ исследований показал, что эффективность применения 125 мг мифепристона, разделенного на пять приёмов по 25 мг, не уступает по эффективности однократному приёму 600 мг. Это связывают с тем, что концентрация мифепристона в крови при применении 100, 200, 400, 600 или 800 мг через 72 часа не отличается [21].

Для использования во втором триместре гестации предлагаются различные схемы использования данных препаратов. Согласно исследованию, которое проводилось врачами акушерами-гинекологами на территории РФ, было выделено 2 группы беременных с целью определения оптимальной дозировки лекарственных средств для медикаментозного аборта. В обеих группах исследования женщинам было проведено медикаментозное прерывание беременности во II триместре на основании медицинских показаний с применением мифепристона и мизопростола. 1 группа получила более высокие дозировки мифепристона – 200 мг орально с повторной дозой в 200 мг через 24 ч., а также 400 мкг мизопростола орально через 24 ч. Во 2 группе использовали мифепристон в дозировке 200 мг однократно и 200 мкг мизопростола через 24 ч. вагинально. Результаты показали высокую безопасность и эффективность данных препаратов в двух группах исследования. Действие мифепристона как в низкой, так и в высокой дозировке было идентичным. Рекомендованная данным исследованием схема медикаментозного аборта – 200 мг мифепристона орально и 200 мкг мизопростола вагинально через 24 ч. [7].

Отдельный вопрос о безопасности искусственного прерывания беременности – его отдаленные последствия для репродуктивной функции женщины. Особенно актуально это для пациенток, которым прерывание проводится по медицинским показаниям. В ряде исследований установлено, что медикаментозный метод с этой точки зрения является более безопасной альтернативой хирургическому аборту [8]. Течение повторных беременностей после предшествующего хирургического аборта нередко сопровождается плацентарными нарушениями: задержка развития плода наблюдалась на 21% чаще, чем после медикаментозного, маловодие – в 4,5 раза, острая плацентарная недостаточность – в 15 раз чаще [4]. Результаты данного исследования наглядно демонстрируют, что беременность после медикаментозного аборта в анамнезе протекает безопаснее как для здоровья матери, так и для здоровья плода. Так, по данным исследования 2017 г. эффективность медикаментозного прерывания при неразвивающейся беременности в I триместре составила 84%. При этом выявлена зависимость полученного эффекта от возраста пациентки, ее репродуктивного анамнеза, давности гибели плодного яйца. В то же время схема приема препаратов не оказала влияния на вероятность адекватного медикаментозного завершения беременности. Во 2 триместре эффективность прерывания медикаментозным способом составила 94-98% [2]. Сложности внедрения медикаментозных схем прерывания беременности, по мнению авторов, связаны с сомнениями врачей акушеров-гинекологов в эффективности и безопасности метода и экономическими вопросами по приобретению медикаментов лечебными учреждениями [2].

Другой аспект проблемы – растущее число женщин с рубцом на матке, для которых прерывание беременности нередко сопряжено с риском перфорации матки. Показано, что использование антигестагенов и простагландинов до 42 дней аменореи является безопасным и эффективным методом прерывания беременности у женщин с рубцом на матке. В одном из исследований при успешном прерывании 100% беременностей не зарегистрировано ни одного случая травматических осложнений, а остатки плодного яйца отмечены только в 6% наблюдений [1].

Заключение

Результаты проведенного нами исследования демонстрируют, что прерывание беременности в поздние сроки остается востребованной в акушерской практике процедурой. Частота тяжелых осложнений составляет менее 1%, и встречаются они преимущественно при сочетании

неблагоприятных факторов (у пациентки старшего репродуктивного возраста, с отягощенным акушерским анамнезом, рубцом на матке, после использования вспомогательных репродуктивных технологий). В то же время, медикаментозное прерывание беременности является эффективным и достаточно безопасным методом проведения искусственного аборта даже во 2 триместре, в том числе у пациенток с рубцом на матке. Частота клинических неудач не превысила 7%, продолжительность пребывания в стационаре в среднем была на сутки короче, чем при хирургическом аборте. Высокая эффективность при наличии рубца на матке после кесарева сечения делает данный вид вмешательства безопасной альтернативой кюретажу и гистеротомии у этой категории пациенток. Искусственно индуцированный аборт всё ещё имеет угрозу осложнений для женщины, в связи с чем необходимо использовать все возможные резервы предупреждения нежелательной беременности, а при необходимости досрочного завершения неперспективной гестации использовать щадящий аборт, и прежде всего, медикаментозный.

Литература (references)

1. Агабабян Л.Р., Гайбиров С.С., Носирова З.А. Особенности течения медикаментозного прерывания беременности у женщин с рубцом на матке // International scientific review. – 2017, №2 (33). [Agababjan L.R., Gajibov S.S., Nosirova Z.A. Osobennosti techenija medikamentoznogo preryvanija beremennosti u zhenshhin s rubcom na matke // International scientific review. – 2017, N2 (33). (in Russian)]
2. Апресян С.В., Димитрова В.И., Слюсарева О.А. Особенности медикаментозного прерывания беременности во II триместре. Проблемы внедрения // Медицинский Совет. – 2017, №2. [Apresjan S.V., Dimitrova V.I., Sljusareva O.A. Second trimester medical termination of pregnancy. Challenges of implementation. Medical Council. – 2017, N2. (in Russian)]
3. Афанасьева И.В. Медикаментозное прерывание беременности: эффективность, безопасность, критерии применимости // Вестник РГМУ. – 2014, №2. [Afanas'eva I.V. Medikamentoznoe preryvanie beremennosti: jeffektivnost', bezopasnost', kriterii primenimosti // Bulletin RGMU. – 2014, N2. (in Russian)]
4. Богомолова К.Р., Петров Ю.А., Палиева Н.В. Медикаментозный аборт как альтернатива инструментальному аборту // Главный врач Юга России, гинекология. – 2022, №1(82). – С. 47-50. [Bogomolova K.R., Petrov Ju.A., Palieva N.V. Medikamentoznyj abort kak al'ternativa instrumental'nomu abortu // Glavnyj vrach Juga Rossii, ginekologija. – 2022, №1(82). – P. 47-50. (in Russian)]
5. Демографический ежегодник России. 2021: Стат.сб. / Ред.колл.: П.А.Смелов, С.Ю.Никитина и др. – Москва, Росстат, – 2021. – С. 71. [The Demographic Yearbook of Russia. 2021. [Stat.sb. / Red.koll.: P.A.Smelov, S.Ju.Nikitina i dr. – Moskva, Rosstat. – 2021. – P. 71. (in Russian)]
6. Дикке Г. Б., Кутуева Ф. Р. Опыт прерывания беременности одной таблеткой мифепристона (200 мг) в комбинации с мизопроустолом в амбулаторной практике женской консультации №22 Санкт-Петербурга // ЗВ. – 2012, №4. [Dikke G. B., Kutueva F. R. Opyt preryvanija beremennosti odnoj tabletkoj mifepristona (200 mg) v kombinacii s mizoprostolom v ambulatornoj praktike zhenskoj konsul'tacii №22 Sankt-Peterburga // ZV. – 2012, N4. (in Russian)]
7. Жамсоева И.Б., Алексеева Л.Л. Клинический опыт внедрения медикаментозного прерывания беременности в поздние сроки в Республике Бурятия // Мать и Дитя в Кузбассе. – 2018, № 1 (72). – С. 89-92. [Zhamsoeva I.B., Alekseeva L.L. Klinicheskij opyt vnedrenija medikamentoznogo preryvanija beremennosti v pozdnie sroki v Respublike Burjatija // Mother and Baby in Kuzbass. – 2018, № 1 (72). – P. 89-92. (in Russian)]
8. Колесникова О. М., Оразмурадов А. А., Кибардина Н. В. Перинатальные исходы у первородящих после хирургического и медикаментозного абортов // Вестник РУДН. Серия: Медицина. – 2012, №6. – С. 90-94. [Kolesnikova O. M., Orazmuradov A. A., Kibardina N. V. Perinatal'nye ishody u pervorodjashhh posle hirurgicheskogo i medikamentoznogo abortov // RUDN Journal of Medicine. – 2012, N6. – P. 90-94. (in Russian)]
9. Краснопольский В.И., Мельник Т.Н., Серова О.Ф. Безопасный аборт. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, – 2009. – С. 37. [Krasnopol'skij V.I., Mel'nik T.N., Serova O.F. Bezopasnyj abort. – Moskva: GJeOTAR-Media, – 2009. – P. 37. (in Russian)]
10. Кулаков В.И. Аборт в России: изменения последних 20 лет // Доступность безопасного аборта и контрацепции: проблемы общественного здравоохранения: Междунар. семинар. – Москва, – 2005. – С. 8-11. [Kulakov V.I. Abort v Rossii: izmenenija poslednih 20 let // Dostupnost' bezopasnogo aborta i kontracicii: problemy obshhestvennogo zdravooohranenija: Mezhdunar. seminar. – Moskva, – 2005. – P. 8-11. (in Russian)]
11. Носкова А.В. Эволюция государственной семейной политики в России: от советских к современным моделям // Вестник МГИМО Университета. – 2013, №6 (33). – С. 155-159. [Noskova A.V. Jevoljucija gosudarstvennoj semejnoj politiki v Rossii: ot sovetskikh k sovremennym modeljam // MGIMO Review of

- International Relations. – 2013, N6 (33). – P. 155-159. (in Russian)]
12. Письмо Министерства здравоохранения РФ от 4 декабря 2018 г. № 15-4/10/2-7839 О клинических рекомендациях "Искусственное прерывание беременности на поздних сроках по медицинским показаниям при наличии аномалий развития плода". [Pis'mo Ministerstva zdavoohranenija RF ot 4 dekabrja 2018 g. № 15-4/10/2-7839 O klinicheskikh rekomencijah "Iskustvennoe preryvanie beremennosti na pozdnh srokah po medicinskim pokazanijam pri nalichii anomalij razvitija ploda" (in Russian)]
 13. Приказ Минздрава России от 20.10.2020 №1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология». [Prikaz Minzdrava Rossii ot 20.10.2020 № 1130n "Ob utverzhdenii Porjadka okazanija medicinskoj pomoshhi po profilju "akusherstvo i ginekologija" (in Russian)]
 14. Саидова Т.Ш. Сравнительная характеристика современных методов прерывания беременности на поздних её сроках // Вестник Авиценны. – 2011. – Т.13, №4, С. 90-93. [Saidova T.Sh. Sravnitel'naja harakteristika sovremennyh metodov preryvanija beremennosti na pozdnh ejo srokah// Avicenna Bulletin. – 2011. – V.13, N4, P. 90-93. (in Russian)]
 15. Федеральный закон № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изменениями на 26 марта 2022 года) (редакция, действующая с 10 апреля 2022 года). [Federal'nyj zakon № 323-FZ «Ob osnovah ohrany zdorov'ja grazhdan v Rossijskoj Federacii» (s izmenenijami na 26 marta 2022 goda) (redakcija, dejstvujushhaja s 10 aprelja 2022 goda). (in Russian)]
 16. Anjim Z.K. Termination of early pregnancy with a reduced oral dose of mifepris-tone and vaginal misoprostol // South African Medical Journal. – 2000. – 90. – P. 889-891.
 17. Aubeny E. A two-stage increase in the dose of misoprostol improves the efficacy of medical abortion with mifepristone and prostaglandins // European Journal of Contraception and Reproductive Health Care. – 2001. – N6. – P. 54-57.
 18. Brogden R.N., Goa K.L., Faulds D. Mifepristone: a review of its pharmacody-namic and pharmacokinetics properties and therapeutic potencial // Drugs. – 1993. – V45. – P. 384-409.
 19. Early Pregnancy Loss. ACOG. Practice Bulletin Number 150, Obstetrics&Gynecology: May 2015. - Volume 125. - Issue 5. - P. 1258-1267. doi: 10.1097/01.AOG.0000465191.27155.25.
 20. Hamoda H., Ashok P.W., Flett G.M., Templeton A. A randomised controlled trial of mifepristone in combination with misoprostol administered sublingually or vaginally for medical abortion up to 13 weeks of gestation // BJOG. – 2005. – V. 112. – P. 1102–1108.
 21. Heikinheimo O., Lahteenmaki P., Koivunen E., et al. Metabolism and serum binding of RU486 in women after various single doses // Human Reproduction. – 1987. – N2. – P. 379-85.
 22. Peyron R., Aubeny E., Tarzus V., et al. Early termination of pregnancy with mifepristone (RU486) and orally active prostaglandin misoprostol // New England Journal of Medicine. – 1993. – 328. – P. 1509-1513.
 23. Sitruk-Ware R. Approval of mifepristone (RU 486) in Europe // ZentralblGynakol. – 2000. – 122 (5). – P. 241-247.

Информация об авторах

Покусаева Вита Николаевна – доктор медицинских наук, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии с курсом пренатальной ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России. E-mail: vita.pokusaeva@yandex.ru

Фофонова Ирина Юрьевна – кандидат медицинских наук, заведующая гинекологическим отделением №1, руководитель акушерско-гинекологической службы, Клиническая больница скорой медицинской помощи г. Смоленска. E-mail: irinafofonova@yandex.ru

Львова Полина Олеговна – студентка ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России. E-mail: polina31198@mail.ru

Фридман Татьяна Юрьевна – врач акушер-гинеколог, Женская консультация №2 Клинической больницы №1 г. Смоленска. E-mail: tan.novi2013@yandex.ru

Исследование выполнено за счет гранта Российского научного фонда №22-28-00625 «Родительство в контексте семейной и репродуктивной политики в новейшей истории России: социально-исторический, медико-антропологический анализ».

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.