

**Г.Б.Дикке**

# **МЕДИКАМЕНТОЗНЫЙ АБОРТ**

**Руководство для врачей**

*Под редакцией профессора **В.Е.Радзинского***

*2-е издание*



Москва  
«МЕДпресс-информ»  
2017

УДК 616.256.55+618.3-007.29

ББК 57.162

Д45

*Все права защищены. Никакая часть данной книги не может быть воспроизведена в любой форме и любыми средствами без письменного разрешения владельцев авторских прав.*

*Авторы и издательство приложили все усилия, чтобы обеспечить точность приведенных в данной книге показаний, побочных реакций, рекомендуемых доз лекарств. Однако эти сведения могут изменяться.*

*Информация для врачей. Внимательно изучайте сопроводительные инструкции изготовителя по применению лекарственных средств.*

***Книга печатается в авторской редакции.***

**Дикке Г.Б.**

Д45 Медикаментозный аборт: Руководство для врачей / Под ред. проф. В.Е.Радзинского. – 2-е изд. – М. : МЕДпресс-информ, 2017. – 344 с. : ил. ISBN 978-5-00030-426-6

В издании освещены общие проблемы репродуктивного здоровья в связи с искусственным и самопроизвольным прерыванием беременности, обобщены имеющиеся у автора и в мировой литературе сведения о последствиях досрочного завершения беременности в первой ее половине и обоснованы преимущества медикаментозного опорожнения матки при искусственном, самопроизвольном и по показаниям в поздних сроках аборта. Особое внимание уделено искусственному прерыванию беременности по медицинским показаниям из-за высоких показателей материнской смертности при данном виде аборта. В монографии содержатся наиболее важные с позиций репродуктологии разделы – о восстановлении репродуктивной функции у женщин с самопроизвольным прерыванием беременности в анамнезе и прегравидарной подготовке женщин, планирующих деторождение.

Издание предназначено для врачей общей практики, акушеров-гинекологов, акушеров, работающих самостоятельно, организаторов здравоохранения. Книга будет полезна специалистам, работающим в области послевузовского повышения квалификации врачей.

УДК 616.256.55+618.3-007.29

ББК 57.162

ISBN 978-5-00030-426-6

© Дикке Г.Б., 2014

© Оформление, оригинал-макет.

Издательство «МЕДпресс-информ», 2015

---

# ОГЛАВЛЕНИЕ

<b>Список сокращений</b> .....	<b>6</b>
<b>Введение</b> .....	<b>13</b>
<b>Глава 1. Репродуктивный выбор российских женщин</b> ..	<b>30</b>
1.1. Нежелательная беременность. Факторы, влияющие на репродуктивный выбор .....	30
1.2. Особенности репродуктивного поведения и репродуктивного выбора молодежи .....	47
1.3. Причины вынужденных абортов и их последствия .....	60
1.4. Методы прерывания беременности в России и качество оказания медицинской помощи женщинам при нежелательной беременности .....	65
1.5. Аборты и контрацепция в России на фоне демографического кризиса. Что изменилось? .....	72
<b>Глава 2. Медикаментозный аборт: теория и практика</b> ...	<b>84</b>
2.1. Безопасность медикаментозного аборта и других методов прерывания беременности с позиций доказательной медицины .....	84
2.2. Медицинская помощь при нежелательной беременности – современные требования .....	105
2.3. Технологии современных методов прерывания беременности в I триместре .....	107
2.4. Противопоказания для медикаментозного аборта ...	111
2.5. Консультирование – основа безопасности .....	117

2.6	Особенности клинического течения прерывания беременности в ранние сроки при использовании медикаментозного метода . . . . .	127
2.7.	Особенности медикаментозного аборта при сопутствующих заболеваниях и состояниях. . . . .	130
2.8.	Ведение восстановительного периода. Эффективность медикаментозного аборта и ее оценка . . . . .	139
2.9.	Ошибки в оценке клинического течения медикаментозного аборта и его эффективности: разбор клинических случаев . . . . .	142
2.10.	Инновационные подходы к медикаментозному прерыванию беременности . . . . .	149
<b>Глава 3.</b>	<b>Осложнения медикаментозного аборта . . . . .</b>	<b>161</b>
3.1.	Классификация осложнений, связанных с прерыванием беременности (всеми методами) . . . . .	162
3.2.	Частота и структура осложнений медикаментозного аборта. . . . .	163
3.3.	Факторы риска неудачного медикаментозного аборта	170
3.4.	Материнская смертность в результате осложнений, возникших после медикаментозного аборта . . . . .	193
<b>Глава 4.</b>	<b>Диагностика, дифференциальная диагностика и лечение побочных эффектов и осложнений . . . . .</b>	<b>197</b>
4.1.	Диагностика и дифференциальная диагностика побочных эффектов и осложнений . . . . .	197
4.2.	Лечение осложнений. Показания для инструментальной ревизии полости матки. . . . .	206
<b>Глава 5.</b>	<b>Реабилитация и особенности назначения контрацепции после медикаментозного аборта . . . . .</b>	<b>212</b>
5.1.	Обоснование реабилитационной необходимости и мер реабилитации после медикаментозного аборта. . . . .	213
5.2.	Профилактика повторной нежелательной беременности и выбор контрацепции . . . . .	220
<b>Глава 6.</b>	<b>Медицинская помощь женщинам при вынужденных абортах . . . . .</b>	<b>238</b>
6.1.	Неразвивающаяся беременность . . . . .	238
6.2.	Самопроизвольное прерывание беременности (неполный аборт) . . . . .	247

6.3. Прерывание беременности по медицинским и социальным показаниям в поздние сроки . . . . .	253
6.4. Восстановление репродуктивной функции и прегравидарная подготовка женщин после вынужденных абортов . . . . .	264
<b>Глава 7. Правовое поле медикаментозного аборта . . . . .</b>	<b>275</b>
7.1. Законодательство Российской Федерации об аборте. . . . .	275
7.2. Репродуктивные права населения . . . . .	278
7.3. Незнание законов не освобождает от ответственности . . . . .	280
7.4. Причины обращения пациентов в правоохранительные органы . . . . .	288
7.5. Ответственность медицинских работников при осуществлении ими профессиональной деятельности . . . . .	295
7.6. Деонтология как правовая категория . . . . .	300
7.7. Страхование профессиональной ответственности врача . . . . .	304
7.8. Доступность аборта и ее значение в снижении материнской смертности . . . . .	305
<b>Глава 8. Организационные вопросы обеспечения безопасности пациенток при нежелательной беременности и ее прерывании . . . . .</b>	<b>306</b>
8.1. Организация медицинской помощи по вопросам репродуктивного выбора и планирования семьи. . . . .	306
8.2. Мониторинг качества медицинской помощи в лечебных учреждениях по вопросам непланируемой беременности, абортам и контрацепции . . . . .	317
8.3. Расходы лечебно-профилактического учреждения и системы здравоохранения . . . . .	319
8.4. Внедрение современных методов прерывания беременности в отечественную практику . . . . .	320
<b>Ответы на вопросы практических врачей. . . . .</b>	<b>333</b>
<b>Приложения . . . . .</b>	<b>339</b>

## СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

- АРВ – антиретровирусный
- ВА – вакуумная аспирация
- ВЗОМТ – воспалительные заболевания органов малого таза
- ВИЧ – вирус иммунодефицита человека
- ВМС – внутриматочные средства
- ВПР – врожденные пороки развития
- ГК – гормональные контрацептивы
- ДАД – диастолическое артериальное давление
- ДИ – доверительный интервал
- ДиК – дилатация и кюретаж
- ДиЭ – дилатация и эвакуация
- ИДС – информированное добровольное согласие
- ИППП – инфекции, передаваемые половым путем
- ИР – индекс резистентности
- КОК – комбинированные оральные контрацептивы
- ЛПУ – лечебно-профилактическое учреждение
- ЛС – лекарственное средство
- МА – медикаментозный аборт
- МВА – мануальная вакуумная аспирация
- МД – медицинская деонтология
- МКБ-10 – международная классификация болезней  
10-го пересмотра
- МС – материнская смертность
- НБ – неразвивающаяся беременность
- НПВС – нестероидное противовоспалительное средство
- ООН – Организация объединенных наций

- ОМС – обязательное медицинское страхование
- ОР – отношение рисков
- ОШ – отношение шансов
- ПАВ – психоактивные вещества
- ПГ – простагландины
- РКИ – рандомизированные клинические исследования
- САД – систолическое артериальное давление
- СМИ – средства массовой информации
- УЗИ – ультразвуковое исследование
- ФАП – фельдшерско-акушерский пункт
- β-ХГЧ – β-субъединица хорионического гормона человека
- ХА – хирургический аборт
- ХПН – хроническая почечная недостаточность
- ХПЧН – хроническая печеночная недостаточность
- ХЭ – хронический эндометрит
- ЦДК – цветное доплеровское картирование
- ЭВА – электрическая вакуумная аспирация
- ЭК – экстренная контрацепция
- ACOG – American College of Obstetricians and Gynaecologists (англ.), Американская коллегия акушеров и гинекологов (США)
- АРА – American Psychological Association (англ.), Американская психологическая ассоциация (США)
- ЕМЕА – European Medicines Agency (англ.), Европейское медицинское агентство (Великобритания)
- CDC – Centers for Disease Control and Prevention (англ.), Центр контроля и профилактики заболеваемости (США)
- IUD – Intrauterine device (англ.), внутриматочная спираль или Cu-ВМС – медьсодержащая внутриматочная спираль
- ICMA – International Consortium for Medical Abortion (англ.), международный консорциум по медикаментозному аборту (Великобритания)

- FDA – Food and Drug Administration (англ.), Управление за контролем продуктов и лекарств (США)
- GCP – Good Clinical Practice, Надлежащая клиническая практика
- FIGO – International Federation of Gynecology and Obstetrics (англ.), Международная федерация гинекологов и акушеров
- LARC – Long-Acting Reversible Contraception (англ.), пролонгированные методы контрацепции
- IUC – или IUS – intrauterine device system, или LNG-ВМС – левоноргестрелсодержащая внутриматочная система
- RCOG – Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (англ.), Королевская коллегия акушеров и гинекологов (Великобритания)
- USAID – United States Agency for International Development (англ.), Агентство США по международному развитию (АМР США)
- WHO – World Health Organization (англ.), или ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения



**Степень доказательности рекомендаций приводится в соответствии с исследованиями, основанными на доказательствах, по классификации RCOG (2011 г.):**

- **A:** доказательства, основанные на рандомизированных контролируемых исследованиях;
- **B:** доказательства, основанные на других надежных экспериментальных или наблюдательных исследованиях;
- **C:** доказательства основаны на ограниченных данных, опирающихся на мнения специалистов и имеющих одобрение авторитетных экспертов;
- **D:** данные GPP (Good Practice Point – хороший практический опыт) – доказательств не существует, выводы основаны на клиническом опыте многопрофильной группы специалистов.

*Здравствуйте,  
мой уважаемый коллега!*

Вы раскрыли книгу, которая является результатом 15-летнего анализа собственного практического опыта и обобщения опыта и исследований моих отечественных и зарубежных коллег в области репродуктивного выбора. Не являюсь ни сторонником, ни противником аборта, но принимаю сторону женщины в этом многолетнем и бессмысленном споре между ними. Не пропагандирую медикаментозный аборт, но принимаю и рекомендую его как современный метод решения вопроса нежелательной беременности, которая продолжает оставаться нерешенной проблемой российского общества и вызывает непреходящую тревогу большинства его представителей. Ведь даже несмотря на значительное снижение общего количества аборт в России в целом (в основном за счет прерываний беременности по желанию женщины), продолжает увеличиваться доля самопроизвольных аборт и прерываний беременности по медицинским показаниям, а вместе с ними и материнская смертность, что отражает частоту и тяжесть осложнений, возникающих при абортах в поздних сроках.

Реформа в сфере здравоохранения, проводимая в настоящее время правительством РФ, направлена на реализацию основной стратегической цели – повышение доступности, качества и эффективности медицинской помощи населению. Серьезный шаг в этом направлении был сделан с принятием Федерального закона 323 «Об основах охраны здоровья граждан РФ» в ноябре 2012 г. В пояснительных материалах МЗ РФ к указанному закону было отмечено: «По мнению Минздравсоцразвития России, работа по профилактике и снижению аборт заключается в первую очередь в объединении усилий органов управления здравоохранением, медицинских, общественных и религиозных организаций для привлечения внимания общественности к проблеме аборт в Российской Федерации, а также в поддержке кампании в средствах массовой информации по предотвращению аборт, разъяснению их негативных последствий, пропаганде материнства, ответственного отцовства и многодетности».

В материалах общественных организаций подчеркивается необходимость приведения в соответствие с международными нормами понятия репродуктивный выбор, который предполагает предпочтение материнства как наиболее рационального заложенного природой

репродуктивного поведения женщины либо предупреждение нежелательной беременности, отражающей социально-экономическое положение женщины в современных условиях. Прерывание нежелательной беременности, таким образом, должно стать исключительно редким явлением, лишь в случае контрацептивных неудач. Поэтому аборт должен рассматриваться не как альтернатива контрацепции, а лишь как ее дополнение.

Вместе с тем ситуация, сложившаяся исторически в нашей стране, когда женщина чаще прибегает к прерыванию беременности, нежели к современным методам регулирования рождаемости, в сочетании с социально-экономическим положением большинства семей, не позволяет надеяться на быстрое изменение репродуктивного поведения населения в пользу рождений, требует от медиков серьезных усилий и принятия организационных решений, направленных на повышение качества медицинской помощи женщинам при нежелательной беременности.

Поиску этих решений и посвящена настоящая работа, объединившая отечественный и мировой опыт последних лет.

Совершенствование методов прерывания беременности, замена устаревших на современные малоинвазивные и неинвазивные, при которых минимизируется количество отрицательных последствий, – задача на период перехода к цивилизованным методам регулирования рождаемости, цель которых – сохранение репродуктивного здоровья и реализация отложенного материнства в будущем.

## БЛАГОДАРНОСТИ

Формирование концепции безопасного аборта в России и внедрение медикаментозного метода в клиническую практику, а также развитие этого метода в настоящее время происходили и происходят при участии большого количества энтузиастов – профессионалов акушеров-гинекологов практического звена, руководителей и преподавателей кафедр акушерства и гинекологии, организаторов здравоохранения в регионах, представителей общественных организаций, редакторов периодических изданий, способствующих популяризации метода среди врачей. Автор приносит свою благодарность всем, кто проявил понимание момента и внес свой вклад как в организацию медицинской помощи женщинам по вопросам репродуктивного выбора с современных позиций в практическую медицину, так и тем, кто принял прямое или косвенное участие в подготовке данного руководства:

Анненковой Татьяне Владимировне (Орел), Артымук Наталье Владимировне (Кемерово), Баранову Игорю Ивановичу (Москва), Бичуриной Марине Юрьевне (Красноярск), Вахромеевой Ольге Владимировне (Москва), Беломестнову Сергею Разумовичу (Екатеринбург), Григорьевой Елене Евгеньевне (Барнаул), Ерофеевой Любове Владимировне (Москва), Жовтун Людмиле Михайловне (Улан-Удэ), Кристалу Виталию Генриховичу (Москва), Крыловой Людмиле Александровне (Орел), Комендант Родике (Кишинев, Молдова), Кочеву Дмитрию Михайловичу (Москва), Коневой Екатерине Борисовне (Москва), Кукарской Ирине Ивановне (Тюмень), Маклецовой Светлане Александровне (Москва), Лаздане Гунте (Копенгаген, Дания), Николаевой Елене Борисовне (Екатеринбург), Прилепской Вере Николаевне (Москва), Подзолковой Наталье Михайловне (Москва), Плотко Евгению Эдуардовичу (Екатеринбург), Поповой Татьяне Юрьевне (Якутск), Радзинскому Виктору Евсеевичу (Москва), Савельевой Ирине Сергеевне (Москва), Сахутдиновой Индире Венеровне (Уфа), Серову Владимиру Николаевичу (Москва), Сухих Геннадью Тихоновичу (Москва), Тетериной Надежде Геннадьевне (Ульяновск), Тотчиеву Георгию Феликсовичу (Москва), Трубниковой Ларисе Игнатьевне (Ульяновск), Щербатых Евгении Юрьевне (Москва), Щиголеву Владимиру Николаевичу (Москва), Хамошиной Марине Борисовне (Москва), Яроцкой Екатерине Львовне (Москва).

## ВВЕДЕНИЕ

Будем собирать факты, чтобы появились идеи.

*Луи Пастер*

«Во время контрольного УЗИ сказали, что все в порядке (выкидыш произошел). Начала принимать противозачаточные таблетки. Через месяц случилась задержка. Тест положительный, пошла на УЗИ в другую клинику, врач сказал, что беременность хорошая, 10–11 недель. Ручки, ножки, носик... Как такое возможно? И какими последствиями чревато рождение ребенка после медаборта и приема противозачаточных препаратов?» (вопрос из Интернета).

Действительно, как врач ультразвуковой диагностики мог не увидеть продолжающуюся беременность во время контрольного ультразвукового исследования после медикаментозного аборта? Почему лечащий врач не усомнился в полученном результате? Объективность, ошибка или халатность? Но главный вопрос: а что же теперь делать этой несчастной женщине?

Много вопросов встает перед врачом, выполняющим прерывание беременности любым способом, но в особенности, – если он практикует медикаментозный аборт. Почему? – спросите вы, мой дорогой коллега. Я постараюсь дать вам ответ на этот вопрос в моей книге.

А сначала мне хотелось бы задать вопрос вам: почему россиянки так часто прибегают к такому методу регулирования рождаемости, как аборт? И ни уверения, что аборт наносит непоправимый вред здоровью женщины, что он является «калечащей» операцией и может навсегда лишит ее радости материнства, ни обещания президента поправить материальное положение ее семьи с помощью материнского капитала, ни увещевания представителей совести о морально-нравственном падении и грехе не способны остановить женщину, для которой этот подарок судьбы явился неожиданностью, принять который она не готова.

Однако вопрос о количестве абортов – это еще не суть проблемы. Вопрос качества медицинской помощи при аборте остается не просто открытым, он обострился как никогда на фоне тех достижений, которые демонстрирует мировое сообщество в вопросах обеспечения безопасности аборта. Революция XXI века – медика-

ментозный аборт (МА), который приобрел сторонников во всем мире, в нашей стране до сих пор не нашел должного применения, несмотря на то что он разрешен вот уже на протяжении 15 лет и является неоспоримым резервом в преодолении материнской смертности после аборт [1].

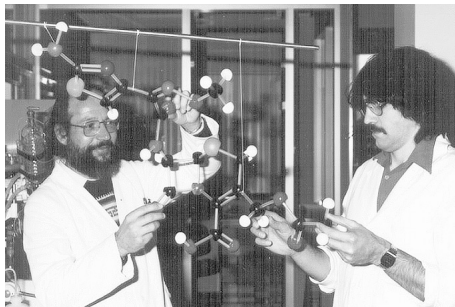
Медикаментозный аборт – это еще и резерв сохранения репродуктивного потенциала страны на ближайшие годы, поскольку он позволяет избежать отдаленных последствий, о которых вы прочтете в соответствующем разделе книги, и реализовать женщинам свою репродуктивную функцию.

История метода по-своему драматична из-за неоднозначного отношения общественности к аборту в целом. Разработчиком мифепристона является компания Roussel Uclaf (г. Романвиль, Франция, 1980 г.) – вторая по величине французская фармацевтическая компания (до 1997 г.) [2] (рис. 1).

В апреле 1980 г. в рамках официального исследовательского проекта в Roussel Uclaf по изучению глюкокортикоидных рецепторов и их антагонистов химики Ален Беланже (Alain Bélanger) и Джордж Тотч (Georges Teutsch) (рис. 2) были заинтересованы в понимании того, как изменения в стероидах влияют на их способность связываться с рецепторами. Ими был синтезирован



**Рис. 1.** Бывшая штаб-квартира Roussel Uclaf в Париже



**Рис. 2.** Джордж Тотч со своим коллегой в лаборатории Roussel Uclaf SA, г. Романвиль, Франция, 1982 г.

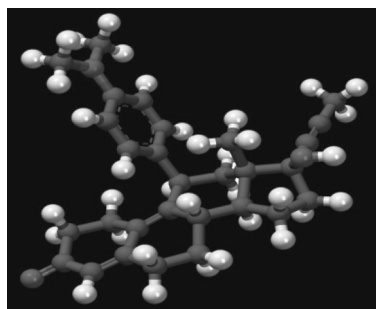
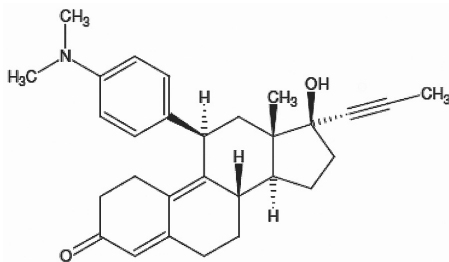
мифепристон (RU-38486, сокращен в RU-486), который, как выяснилось, оказался антагонистом прогестероновых рецепторов (рис. 3–4).

В лабораторных условиях мифепристон продемонстрировал довольно слабые антиглюкокортикоидные свойства, и исследования в этом направлении были прекращены.

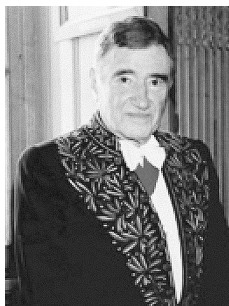
В то же время фармакологом компании Даниэлем Филибером (Daniel Philibert) были обнаружены антипрогестагенные свойства препарата.

Консультант компании биохимик и эндокринолог Этьен-Эмиль Булье (Étienne-Émile Baulieu) (рис. 5), директор Французского национального института здоровья и медицинских исследований (INSERM), предположил связь между антипрогестагенным действием и возможностью влияния на фертильность. Он провел испытания на кроликах, крысах и обезьянах, в результате которых выяснилось, что даже в присутствии прогестерона RU-486 может предотвратить секреторные изменения эндометрия, изменить сроки менструального цикла и прервать беременность. В октябре 1981 г. он совместно с гинекологом Уолтером Херманном (Walter Herrmann) организовал небольшое клиническое исследование в Швейцарии по использованию мифепристона для медикамен-

**Рис. 3.** Химическая структура мифепристона. 17 $\beta$ -окси-11 $\beta$ -(4-диметиламинофенил)-17 $\alpha$ -(1-пропинил)-эстра-4,9-диен-3-он.  
Молекулярная формула:  $C_{29}H_{35}NO_2$ ; молекулярная масса 429,6 г/моль



**Рис. 4.** Стереометрическая модель молекулы мифепристона



**Рис. 5.** Этьен-Эмиль Булье известен своими исследованиями в области стероидных гормонов и их роли в воспроизводстве и старении

тозного аборта у 11 женщин в Кантональной больнице Женевского университета. Об успешном результате он заявил 19 апреля 1982 г.

Известно, что мифепристон в виде монотерапии не ведет к прерыванию беременности у приматов [3], а конкретно у человека его применение даже в больших дозах имеет клиническую эффективность, не превышающую 60–85% [4]. Однако мифепристон значительно увеличивает чувствительность миометрия к простагландинам (ПГ), в связи с этим их начали применять в комбинации. В результате многолетних исследований в клиниках Франции, Китая, Индии была разработана схема применения препарата для МА. В дальнейшем после завершения клинических испытаний мифепристона, проведенных по всему миру с участием 20000 женщин (II и III стадии клинических испытаний), в комбинации с аналогами ПГ (первоначально в исследованиях использовался сульпростон и гемепрост, позже – мизопростол, который и был рекомендован для МА), было получено одобрение на его клиническое использование, о чем было объявлено 23 сентября 1988 г. И с 1988-го мифепристон стал применяться во Франции и Китае в качестве средства для прерывания беременности в I триместре.

Клинические испытания мифепристона в Китае начались еще в 1985 г. В октябре 1988-го Китай стал первой страной в мире, зарегистрировавшей мифепристон и начавшей его клиническое применение в практическом здравоохранении. Китайские организации пытались приобрести права на производство мифепристона у Roussel Uclaf, который, однако, отказался продать их. Таким образом, в 1992 г. Китай начал свое отечественное производство мифепристона.

В настоящее время компания *Beijing Zizhu Pharmaceutical Co., Ltd* выпускает мифепристон по собственной технологии (Патент ZL92113037.6). Завод обладает сертификатом GMP и зарегистриро-



ван в базе данных COS (Community of Science), что свидетельствует о самом высоком качестве продукции, которую он выпускает [5].

В то время как в Китае медикаментозный метод прерывания беременности начал распространяться, в том же 1988 г. в Европе в ответ на протесты активистов движения против абортс во главе с католической церковью и обеспокоенность большинства членов правления компании (54,5%), владельцы Roussel Uclaf остановили распространение мифепристона. Однако французское правительство рекомендовало Roussel Uclaf продолжить распространять мифепристон в интересах общественного здравоохранения. Французский министр здравоохранения Клод Эвин (Claude Évin) объяснил: *«Я не могу позволить, чтобы дискуссии об абортах лишили женщин продукта, который представляет собой прогресс в области медицины. С момента утверждения правительством RU-486 является нравственной собственностью женщин, а не только имуществом фармацевтической компании».*

Во Франции с апреля 1989 г. по февраль 1990 г. мифепристон распространялся бесплатно и был использован 34000 женщин. Далее мифепристон был утвержден в Великобритании (1991) и Швеции (1992).

В это же время должностные лица Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) предположили, что RU-486 может предотвратить смерть женщин, которые подвергаются небезопасным абортс. Согласно международному праву, ВОЗ взяла под свой контроль препарат, чтобы сделать его доступным в бедных странах. Из-за продолжавшихся споров вокруг препарата ВОЗ начала проводить собственные клинические исследования для получения дополнительной информации, чтобы убедиться, что RU-486 вполне безопасен для женщин.

Все же под влиянием католической церкви в 1994 г. компания Roussel Uclaf передала все права для медицинского применения мифепристона в США (Совет по народонаселению), которые впоследствии были лицензированы Danco Laboratories, LLC, и препарат был утвержден FDA под торговым названием Мифепрекс (Mifeprex) 28 сентября 2000 г. В 1997-м осуществлена передача всех прав на медицинское применение мифепристона за пределами США компании Ehelgyn SA (Франция), и в 1999 г. она получила одобрение на использование Мифегина (Mifegyne) в 11 других странах и еще в 28 странах в течение следующего десятилетия.

В настоящее время мифепристон для медикаментозного прерывания беременности официально доступен в более чем 40 странах

мира, включая практически все страны Западной Европы (за исключением Мальты, Ирландии, Италии и Португалии), многие страны Восточной Европы (за исключением Польши), США (2000), Израиль, Индию, Новую Зеландию, Чили, Гонконг, Тайвань, Сингапур, Тунис и другие, а с 1999 г. – и в России. Учитывая особую значимость препаратов для прерывания нежелательной беременности в связи с их высокой востребованностью, эффективностью и безопасностью, ВОЗ включила мифепристон (2005) и мизопростол (2009) в «*Список необходимых лекарственных средств*» (WHO Model List of Essential Medicines 18th list, 2013) [6].

В нашей стране началось собственное производство мифепристона с 1999 г. (на основе Российского патента на производство субстанции). В настоящее время в России зарегистрировано пять брендов мифепристона, в том числе два выпускаемых на внутреннем рынке (из субстанции, производимой в Китае).

Первые клинические исследования по выбору дозировки мифепристона проводились с использованием доз от 200 до 800 мг. Была продемонстрирована эффективность в диапазоне 63–87% (без использования ПГ). Никакого увеличения эффективности не наблюдалось при дозах выше 600 мг или при введении повторных доз [3–4, 7].

Мифепристон без использования ПГ оказался менее эффективен (ОР 3,76 при 95% ДИ = 2,30–6,15) [8]. Поэтому для достижения приемлемого клинического результата была предложена комбинированная схема.

Таким образом, была зарегистрирована разовая доза 600 мг мифепристона во всех странах, где мифепристон был 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, которая была рекомендована 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% [4]. Проведенные клинические испытания в то время показали, что максимальный abortивный эффект достигается при введении ПГ через 36–48 часов после приема мифепристона [4].

В дальнейшем множество исследований было посвящено поиску оптимального режима, наиболее приемлемого ПГ, дозы и путей его введения [8, 11–12], а также расширения сроков беременности,

при которых эта комбинация может применяться без снижения эффективности и повышения рисков [13].

В обзоре С. Fiala отмечается, что «*первоначальной основной задачей при введении МА в клиническую практику было найти определенный эффективный режим, а значит, дозы мифепристона и ПГ, возможно, были выше, чем необходимо*» [11]. Было обнаружено, что концентрация мифепристона в крови в течение 72 часов после введения практически не зависит от его дозы. Данные многоцентровых исследований, проведенных по протоколам ВОЗ, свидетельствуют, что эффективность мифепристона в дозе 125 мг, разделенной на 5 введений по 25 мг, не уступает однократной 600 мг [13]. Метаанализ, осуществленный в 2009 г. Lievre M. с соавт. [13] на основании анализа четырех РКИ (3482 пациентки) при беременности в сроках до 63 дней, подвел итог 15-летним исследованиям и не показал достоверной разницы в увеличении частоты неудач при сравнении доз 200 и 600 мг (разница 0,4%; 95% ДИ = -0,3–1,0%) при использовании комбинированной схемы. Недостоверное увеличение частоты продолжающейся беременности (но не более 1%) в этих исследованиях было обусловлено разницей в сроках беременности (до 63 дней), а не дозой мифепристона. Отмечено, что замена орального пути введения мизопростолу на сублингвальный, буккальный или вагинальный приводит к уравниванию результатов эффективности в этих сроках.

На сегодняшний день существуют 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), что отражено в базе Кокрейна и обзоре ВОЗ (2006 г.) [11–12], и что применение мифепристона в дозе 600 мг не обеспечивает никаких дополнительных преимуществ при выполнении аборта по сравнению с дозой 200 мг [12–13].

На основании нескольких РКИ и метаанализов, опубликованных в базе Кокрейна (последний – в 2011 г.), было продемонстрировано, что эффективность метода составляет 96–98% независимо от введенной дозы мифепристона [12], и это послужило основанием к пересмотру рекомендаций по выбору минимально необходимой эффективной дозы: 200 мг. В настоящее время именно этот режим рекомендуется и широко используется в клинической практике во всех странах Европы и США [14–15], а ***сравнительные исследования эффективности доз 200 и 600 мг больше не проводятся ввиду несомненности полученных доказательств.***

В схемах, используемых для медикаментозного прерывания беременности с помощью мифепристона, ранее использовали различные синтетические аналоги ПГ – сультпростон, гемепрост, мизопростол, реже – метенепрост и другие [8, 16]. Мизопростол, в отличие от других, выпускается в таблетках, не требует специальных условий хранения и стоимость его значительно ниже. Мизопростол, применяемый с мифепристоном, может вводиться внутрь, буккально, сублингвально или вагинальным путем [8, 11, 16–18], что создает дополнительные преимущества перед другими ПГ. Учитывая это, в настоящее время для целей прерывания беременности рекомендован и используется именно мизопростол (рис. 6, 7).

Эффективность прерывания беременности при сроке до 49 дней аменореи практически не зависит от способа введения мизопростола. Однако при системном введении (внутри) отмечается более высокая частота побочных эффектов [8], таких как лихорадка, озноб, тошнота, рвота, диарея. С увеличением срока беременности способ введения играет определенную роль, так как максимальная концентрация действующего вещества в крови и продолжительность его действия выше при вагинальном или сублингвальном введении (рис. 8) [14–19].

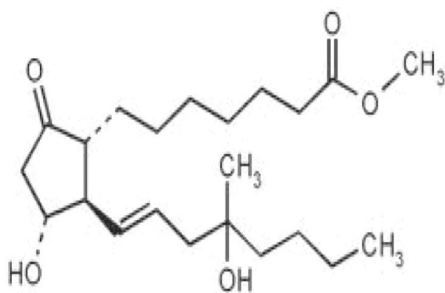


Рис. 6. Химическая формула мизопростола

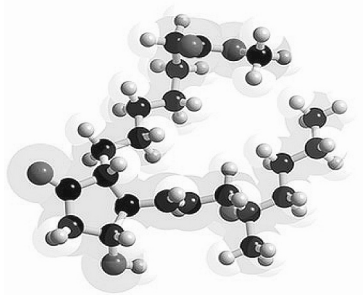
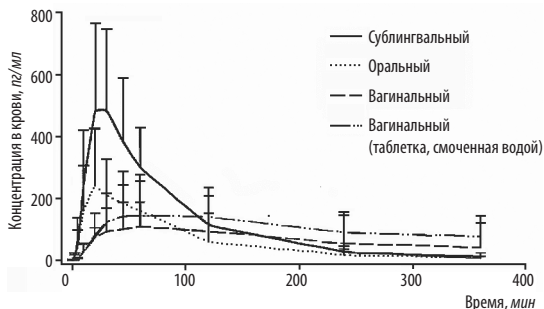


Рис. 7. Стереометрическая модель мизопростола

**Рис. 8.** Концентрация мизопростоловой кислоты в крови при различных режимах введения. (По С. Fiala, 2005)



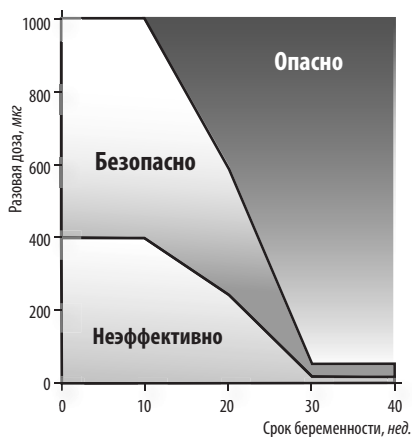
В период регистрации метода МА и используемых препаратов для его осуществления максимальный срок для прерывания беременности этим методом был 7 недель (до 49 дней аменореи), при этом использовалось 400 мкг мизопростола, вводимого внутрь. Попытки прерывания беременности в больших сроках с использованием указанного режима привели к констатации снижения эффективности метода. Так, по данным ЕМЕА (2007) некоторое снижение эффективности методики наблюдается в сроках 50–63 дня при приеме мизопростола внутрь [16]. Это обусловлено особенностями фармакокинетики препарата: достижение пиковой концентрации – 12 минут, период полувыведения – 20–40 минут, а следовательно, оказывается коротким его клиническое действие. Этот факт стимулировал исследования по пролонгированию сроков его действия. Было показано, что сублингвальный прием увеличивает пиковую концентрацию действующего вещества в крови, а вагинальный – помогает более медленному ее снижению, поэтому оба пути введения способствуют увеличению эффективности. Так, доказано, что прием мизопростола внутрь менее эффективен, чем вагинальный (ОР 3,00; 95 % ДИ = 1,44–6,24), а сублингвальное и буккальное введение были одинаково эффективны по сравнению с вагинальным путем [8, 11]. В то же время обнаружено, что пероральный прием мизопростола чаще ассоциировался с тошнотой и диареей, чем внутривлагалищное введение (2 исследования, ОР 1,13; 95 % ДИ = 1,0–1,25; ОР 1,80; 95 % ДИ = 1,49–2,18 соответственно) [8].

Aubeny E. (2001) предложена модификация схемы, заключающаяся в приеме второй оральной дозы 400 мкг мизопростола через 3 часа после первой, если к этому времени аборт еще не произошел [19]. Позднее было показано, что введение повторных доз через 3 часа 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 [15, 20].

Способ введения мизопростола имеет принципиальное значение, поскольку профиль его безопасности определяется вводимой дозой, которая ограничена при увеличении срока беременности (рис. 9).

Таким образом, изучение различных типов ПГ, доз, кратности и путей введения мизопростола привели к разработке новых схем МА в зависимости от сроков беременности, которые отражены в клинических рекомендациях RCOG (2011), ACOG (2011) и ВОЗ (2012) [1, 14–15]. В настоящее время для прерывания медикаментозным методом доступны все сроки беременности, разрешенные законом в тех странах, где зарегистрированы мифепристон и мизопростол (до 22 недель), а рекомендованной единственной дозой мифепристона во всех сроках является 200 мг. В зависимости от срока прерывания беременности меняется кратность применяемой дозы мизопростола, а пероральный прием заменяется на вагинальный или сублингвальный/буккальный.

Схемы МА с редуцированной дозой мифепристона (200 мг) в сроках до 63 дней аменореи применяются за рубежом уже в течение 10 лет (согласно рекомендациям ВОЗ, изданным в 2003 г.), несмотря на то что в инструкциях к препаратам, зарегистрированных за рубежом, до настоящего времени продолжает значиться доза в 600 мг. Такая ситуация (применение препарата of label, то есть «вне инструкции», «не по прямому назначению») является для этих стран вполне легитимной, так как изменение инструкции к препарату – дело хлопотное, занимает продолжительное время и является весьма дорогостоящим, а рекомендации профессиональных сообществ, основанные на доказательствах, позволяют оперативно внедрять в практику современные достижения науки



**Рис. 9.** Схема, иллюстрирующая безопасные дозы мизопростола в зависимости от срока беременности. <http://www.misoprostol.org/File/guidelines.php>

Можно безопасно использовать: для I триместра 800 мкг (24-часовая доза), во II триместре 200 мкг (12-часовая общая доза), более 24 недель – 25 мкг (6 часов). Если используются более высокие дозы, высок риск гиперстимуляции матки с разрывом матки или развитием дистресса плода

для улучшения медицинской помощи. Отметим, что и мизопропростол за рубежом также применяется of label (используется препарат Сайтотек, в инструкции к которому нет показания для использования для этих целей).

Ряд некоммерческих фондов и организаций, поддерживающих направление охраны репродуктивного здоровья женщин и осознающих роль МА в его сохранении, на основе предыдущего положительного опыта с другими специализированными продуктами для женского здоровья, в 2003 г. начали программу для создания Medabon® в качестве первого специализированного продукта для безопасного прерывания беременности и его распространению по всему миру, в особенности в развивающихся странах. В проекте принимают участие The Concept Foundation, который был создан ПРООН/ЮНФПА/ВОЗ/Всемирный банк, The Program for Appropriate Technology in Health (Программа оптимальных технологий в здравоохранении, или более известная как PATH) и Ipras – некоммерческая организация, которая работает по всему миру для устранения смертности и травматизма от небезопасных абортот и способствующая осуществлению женщинами своих сексуальных и репродуктивных прав.

Medabon является комбинированной упаковкой, содержащей одну таблетку 200 мг мифепристона и четыре таблетки по 200 мкг мизопростола, зарегистрированный для медикаментозного прерывания беременности. В настоящее время выпускаются и другие комплекты под иными торговыми наименованиями (рис. 10).

С 2009 г. более 1,5 миллиона доз Medabon были использованы в мире. 17 мая 2012 Concept Foundation сообщила о получении разрешения Dutch Healthcare Inspectorate (Голландия) и United

**Рис. 10.** Medabon, Safe Abort Kit, MTP Kit Cipla – комплекты для медикаментозного прерывания беременности, содержащие 1 таблетку мифепристона (200 мг) и 4 таблетки мизопростола (по 200 мкг). Производители – Sun Pharmaceutical Industries Ltd (Индия) и др.





Kingdom Medicines and Healthcare products Regulatory Agency (Великобритания) на продажу фармацевтической компанией Sun Pharmaceutical Industries Ltd упаковок Medabon в Европе.

В России мифепристон впервые был зарегистрирован в 1999 г. (утвержден Фармакологическим комитетом МЗ РФ 25 марта 1999 г.) производителя EXELGYN Laboratoires (Мифегин). В утвержденной инструкции показаниями для использования препарата значились: медикаментозное прерывание маточной беременности сроком до 9 недель (аменорея до 63 дней) в сочетании с синтетическими аналогами ПГ; консервативное расширение шейки матки перед хирургическим прерыванием беременности до 12 недель; с целью потенцирования действия ПГ при прерывании беременности от 13-й до 22-й недели по медицинским и социальным показаниям; родовозбуждение в случае прерванной беременности в II–III триместрах (внутриутробной гибели плода). В это же время (15 апреля 1999 г.) был зарегистрирован мифепристон российского производства Пенкрофтон (производитель ЗАО «Пенткрофт Фарма»). Но уже в начале 2002 г. применение методики было приостановлено в соответствии с Письмом Минздрава (21 февраля 2002 г. № 2510/1765–02–32) в связи с регистрацией новой инструкции к Мифегину, а письмом Минздрава от 02 июля 2003 г. № 2510/7213–03–32 «О применении мифепристона в акушерстве и гинекологии» запрещено использование препарата Сайтотек (мизопростол) из-за отсутствия показаний в инструкции к нему для использования в акушерстве и гинекологии. В новой инструкции сроки медикаментозного прерывания беременности были ограничены 42 днями аменореи. Исключены были и другие показания для использования мифепристона. Впервые в России мизопростол был зарегистрирован по показанию для прерывания беременности ранних сроков в 2006 г. (Мизопростол, Китай и Миролют, Россия) в сочетании с мифепристоном.

До настоящего времени (2012) в России применялась (а в некоторых медицинских организациях продолжает применяться и сегодня) устаревшая схема (600 мг мифепристона) и только в сроках до 42 дней аменореи, что ограничивается инструкцией к препаратам, которая является приоритетной (в соответствии с нормативными правовыми документами) по отношению к современным рекомендациям международных профессиональных сообществ, даже имеющих самый высокий мировой авторитет. Только в 2012 г. был зарегистрирован еще один препарат мифепристона, в инструкции к которому указана рекомендованная доза 200 мг в комбинации



с мизопропостолом – 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 открывает новые возможности для снижения стоимости вмешательства и увеличения доступности метода.

Сбылась тысячелетняя мечта женщин о возможности избежать хирургического вмешательства (рис. 11). Мифепристон сделал МА на раннем сроке реальностью для многих женщин во всем мире (рис. 12).

По оценке международных экспертов на январь 2010 г. в мире существует опыт более чем 40 миллионов МА, из них значительная часть выполнена в Китае (где только в 2011 г. выполнено 7650000 аборт) (рис. 13–14).

В России же, согласно статистике, число прерываний медикаментозным способом очень мало. В развитых странах частота использования МА в структуре всех методов прерывания беременности составляет от 40–60 % (Европейские страны, США) до 80 % (Швеция, Франция). В России этот показатель – всего 8 % (статистика МЗ РФ, 2012 г.).

На основании многочисленных исследований, проведенных в последние годы, были разработаны, изучены, внедрены и рекомендованы ВОЗ (2012 г.) [1] схемы медикаментозного прерывания для использования в странах, где аборт разрешен законом, во всех сроках беременности (до 22 недель) (табл. 1). Эти рекомендации



**Рис. 11.** Женщина получает мяту болотную, общеизвестное средневековое abortивное средство. Из гербария Псевдо-Апулея. Рукопись XIII века

**Рис. 12.** Обложка журнала TIME, содержащая информацию о «пилюле, которая изменила все»

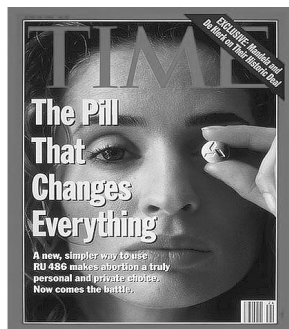




Рис. 13. Страны, где зарегистрирован мифепристон. Из материалов Gynuity Health Projects (США), 2012



Рис. 14. Страны, где зарегистрирован мизопрогестол. Из материалов Gynuity Health Projects (США), 2012

объединили исследования, основанные на доказательствах, и клинические руководства (Guidelines) таких профессиональных организаций, как Американский колледж акушеров и гинекологов (ACOG, 2011), Британский Королевский колледж акушеров-гинекологов (RCOG, 2011), **National Abortion Federation (NAF, 2011)**, Европейское медицинское агентство, Gynuity Health Projects, Irap, Международная федерация планируемого родительства.

Таблица 1

**Современные схемы МА (до 22 недель беременности), имеющие доказанную эффективность (ВОЗ, 2012 г.)**

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

Эффективность применения мифепристона с использованием рекомендованных схем составляет по данным разных авторов до 98,9% [1].

Использование МА в России в сроках до 22 недель беременности ограничено и проводится только в рамках научно-исследовательских программ в отдельных учреждениях. В приказе Минздрава России от 12 ноября 2012 г. № 572н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» МА рекомендован для использования в поздних сроках с использованием препаратов, зарегистрированных на территории России и в соответствии с инструкциями к ним, что создает прецедент несоответствия одного юридического документа другому.

Исследования по оптимизации протокола МА в развитых странах, которые проводятся в настоящее время, **направлены на**

**максимальное упрощение и удешевление методики без ущерба для ее эффективности и безопасности с целью увеличения ее доступности** для всех нуждающихся в этой процедуре женщин не только в развивающихся странах с высокими показателями материнской смертности и ограниченными ресурсами, но и для всех стран мирового сообщества. Эти исследования широко обсуждались и получили положительную оценку специалистов на двух значимых форумах: XX FIGO World Congress of gynecology and obstetrics, Рим, 7–12 октября 2012 и «Unwanted pregnancy. A fact of the life», Эдинбург, 19–20 октября 2012 – с участием ведущих специалистов и экспертов в этой области из Франции, Англии, Швеции, США, Канады и др.

### Литература

1. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. Second edition. World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research. 2012.
2. Roussel Uclaf. From Wikipedia, the free encyclopedia. <http://en.wikipedia.org/>.
3. *Ullmann A., Teutsch G., Philibert D.* RU 486. *Sci Am.* 1990; 262: 42–48.
4. *Ullmann A., Silvestre L., Chenama L.* et al. Medical termination of early pregnancy with Mifepristone (RU 486) followed by a prostaglandin analogue. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1992; 71: 278–283.
5. Community of Science. From Wikipedia, the free encyclopedia. <http://en.wikipedia.org/>.
6. WHO. Model list of essential medicines. 18th ed. Geneva: WHO, 2013. <http://mednet3.who.int/EMLib/>.
7. *Sitruk-Ware R.* Medical recommendations for the safe use of mifepristone. In: Coutinho EM, Spinola P, editors. *Reproductive medicine – a millennium review.* New York. The Parthenon Publishing Group. 1999; 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.
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; 50: 501–510.
10. *Wu S.* Medical abortion in China. *J Am Med Womens Assoc.* 2000; 55 (3 Suppl):197–199, 204.
11. *Fiala C., Gemzell-Danielsson K.* Review of medical abortion using mifepristone in combination with a prostaglandin analogue. *Contraception.* 2006; 74: 66–86.

12. *Kulier R., Kapp N., Metin Gülmezoglu, G. Justus Hofmeyr, Linan Chen, Aldo Campana.* Medical methods for first trimester abortion. 2011. <http://summaries.cochrane.org>.
13. *Lievre M., Sitruk-Ware R.* Meta-analysis of 200 or 600 mg mifepristone in association with two prostaglandins for termination of early pregnancy. *Contraception.* 2009; 80 (1): 95–100.
14. American College of Obstetricians and Gynaecologists (ACOG). *A Clinician's Guide to Medical and Surgical Abortion*, NAF's textbook. 2012. <http://www.prochoice.org>.
15. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). *The care of women requesting induced abortion.* London (England): Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG); 2011 Nov. 130 p. (Evidence-based Clinical Guideline; no. 7). <http://www.rcog.org.uk>.
16. The European Medicines Agency in 2007. *Summary of the thirteenth annual report of the EMEA.* <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; 17: 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; 11 (3): 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; 6: 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; 74: 36–41.

# ГЛАВА 1

## РЕПРОДУКТИВНЫЙ ВЫБОР РОССИЙСКИХ ЖЕНЩИН

### 1.1. Нежелательная беременность. Факторы, влияющие на репродуктивный выбор

Если нас удивляет чей-либо выбор,  
значит, у человека не было выбора.

*Натали Барни*

Репродуктивный выбор – моральная автономия человека в вопросах планирования семьи, деторождения и сексуальной жизни.

Репродуктивный выбор осуществляется на индивидуальном (одинокая женщина, супружеская пара) и на макросоциологическом уровнях. В последнем случае моральная автономия приобретает черты стихийности, выражаемой в определенной тенденции.

Социологические опросы, проведенные в России в 2003 г., показали, что 72% опрошенных высказались за традиционную семью, 16% – за сожительство (гражданский брак), 7% – за церковный брак, 5% – за «вольную» жизнь. Таким образом, несмотря на глубокие социальные, экономические, культурные сдвиги последнего десятилетия в России традиционные нормы нуклеарной семьи в представлениях и планах наших граждан сохраняются: за них высказались в целом 79%, к этому можно прибавить и 16% тех, кто за гражданский брак. Выявленные намерения относительно деторождения в опросах коррелируют с вышеприведенными результатами: 6% заявили о нежелании иметь детей вообще, 7% заявили о намерении иметь не менее четырех детей, 9% высказали намерение иметь одного ребенка, 48% – двоих, 30% – троих детей [1].

Таким образом, моральная автономия в вопросах деторождения (речь идет о намерениях) приводит к тому, что лишь 37% опрошенных могут способствовать расширенному воспроизводству населения, 48% – простому воспроизводству. В реальности формы совместного проживания и количество детей в семьях отличаются от заявленных. Налицо противоречие между автономией супру-

жеской пары, отдельного человека и демографической ситуацией в целом.

Согласно ежегодному докладу Фонда ООН в области народонаселения за 2011 г. [2], в России имеет место демографический кризис (получивший в мировой литературе название «русский крест», рис. 1.1), который продолжается с 1990 г., когда смертность превысила рождаемость. На 1 января 2013 г. по оценке Госкомстата в России было 143347059 постоянных жителей. Суммарный коэффициент рождаемости составил 1,539.

Согласно отчету Федеральной службы государственной статистики, в 2012 г. естественная убыль населения сохраняется – умерло на 2753 человека больше, чем родилось, коэффициент естественной убыли составил 0,02 на 1000 жителей. Отрицательный «прирост» населения России продолжался и в 2013 г. За январь – март 2013 г.: родилось 447965 человек (на 3692 человека меньше, чем за январь – март 2012 г.); умерло 490534 человека (на 3927 человек больше, чем за январь – март 2012 г.); убыль: 425 69 человек (в январе – марте 2012 г. убыль составила 34 950 человек).

Меры по стимулированию рождаемости, предпринимаемые на государственном уровне, способствуют некоторому увеличению рождаемости (в январе 2013 г. – на 10,5% при сохраняющейся убыли населения за счет параллельного роста смертности населения – на 9,1%).

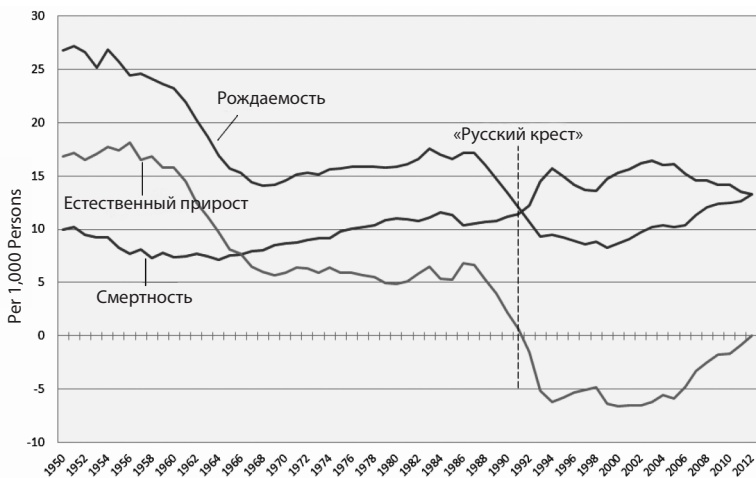
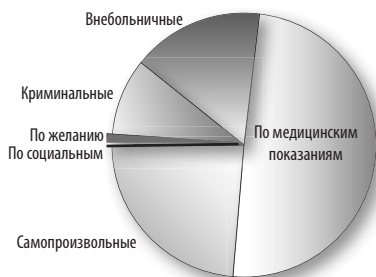


Рис.1.1. Естественный рост населения России с 1950 по 2012 г.

**Рис. 1.13.** Динамика МС от осложнений после аборта в России 2003–2009 гг. (абс.)

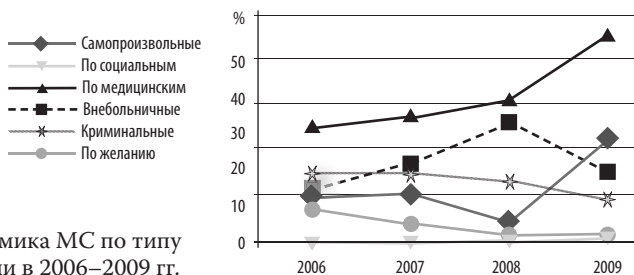


**Рис. 1.14.** Структура МС по типу аборта в России в 2009 г.



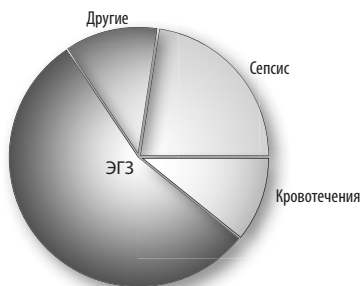
В динамике, в общем-то за непродолжительный период времени – всего за 4 года (2006–2009 гг.), в структуре МС в результате осложнений доля аборта по медицинским показаниям выросла в 1,5 раза (с 32,9 до 46%), а самопроизвольного – в 2 раза (с 11,9 до 23,6%) (рис. 1.15), причем именно женщины этих групп составили 88% умерших в сроках 22–27 недель.

В структуре причин МС максимальную долю составляют экстрагенитальные заболевания (54,8%), сепсис (22,6%) и кровотечения (11,8%), причем последние два являются условно предотвратимыми (рис. 1.16).



**Рис. 1.15.** Динамика МС по типу аборт в России в 2006–2009 гг.





**Рис. 1.16.** Структура MC после аборта по причинам (2009 г.)

В связи с вышеизложенным становится очевидным, что для снижения MC после осложнений абортов только снижения количества искусственных абортов (до 12 недель) путем ограничения их доступности крайне не достаточно.

«Несмотря на то что мы всей страной якобы боремся с абортами (якобы – потому что декларируют всегда и всюду: «аборт страшен, аборт вреден, аборт приводит к нежелательным последствиям»), тем не менее в системе обязательного медицинского страхования хирургический аборт остается единственным декларированным бесплатным средством регулирования рождаемости. Никаких других методов планирования семьи государственная медицина не предлагает.

Самое главное, хирургический метод прерывания беременности должен быть категорически отвергнут...»

*В. Е. Радзинский (2010 г.) [3]*

Впрочем, ограничение доступности к данному виду помощи является вполне действенной мерой. Так, при сокращении социальных показаний в 2003 г. резко уменьшилось их количество (в 5,3 раза за 1 год) и количество MC. Учитывая положительный опыт, в дальнейшем был сокращен список медицинских показаний (2007 г.), практически полностью ликвидировали социальные показания (кроме изнасилования) (2012 г.), принимаются меры (на законодательном уровне) к ограничению доступа к медицинскому (легальному) аборту (2012 г.).

Обсуждая приведенные выше данные, представляется интересным оценить динамику MC не за 3–5 лет, а за 10–15. Что существенно изменилось за этот период? Результаты исследования 1999 г. в России [цит. по: 4] показали, что MC в I триместре составляла 0,54 случая на 100 тыс. абортов, что близко к аналогичному показателю в других странах (США – 0,4), в 2009 г. он составил – 0,8.