



Мифепристон – одна таблетка вместо трех в схеме прерывания беременности



На симпозиуме «Мифепристон – одна таблетка вместо трех в схеме прерывания беременности. Мировой опыт», прошедшем 24 мая с.г. в рамках II Конференции с международным участием «Инфекции и инфекционный контроль в акушерстве и гинекологии», обсуждалась новая для российской клинической практики технология медикаментозного аборта с применением мифепристона в дозе 200 мг. Открывая заседание, председатель симпозиума профессор Виктор Евсеевич РАДЗИНСКИЙ, д. м. н., засл. деятель науки РФ, вице-президент Российского общества акушеров-гинекологов, зав. кафедрой акушерства и гинекологии с курсом перинатологии РУДН, напомнил коллегам, что до недавнего времени в России была разрешена 600-миллиграммовая доза мифепристона. В октябре прошлого года в Российской Федерации был зарегистрирован препарат Мифепристон 200 мг (1 таблетка в упаковке)¹. Это единственный в России

препарат, содержащий мифепристон, в инструкции по медицинскому применению которого разрешено применять одну таблетку (200 мг) для медикаментозного аборта в сочетании с аналогом простагландина через 36–48 часов. «На использование этой методики не требуется дополнительных разрешительных документов, что окончательно было подтверждено Письмом Минздравсоцразвития России № 12-1/10/2-2744 от 23.03.2012². Внедрение этой методики, – подчеркнул профессор В.Е. Радзинский, – позволит существенно снизить стоимость медикаментозного аборта, сделав данный метод более дешевым и доступным по сравнению с хирургическим абортом. Это, безусловно, открывает новые возможности для широкого применения медикаментозного аборта в отечественной акушерско-гинекологической практике». Вот почему обсуждение международного клинического опыта медикаментозного аборта с использованием низких доз мифепристона, состоявшееся в рамках симпозиума, оказалось столь актуальным и вызвало пристальный интерес у специалистов.

¹ Рег. уд. № ЛП-000914 от 18.10.2011.

² На основании Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

³ Kulier R., Kapp N., Gülmezoglu A.M., Hofmeyr G.J., Cheng L., Campana A. Medical methods for first trimester abortion // Cochrane Database Syst. Rev. 2011. № 11. CD002855.

Сателлитный симпозиум компании «Пенткрофт Фарма»

Клиническое применение мифепристана в Китае

В своем докладе профессор Цзинь Ли (Jin Li, Китай, Пекин) детально остановилась на рекомендованных Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) схемах применения мифепристана для прерывания беременности в I и II триместрах, а также рассказала об опыте использования различных дозировок мифепристана в составе комбинированной терапии в Китае. Мифепристон – первый антигестаген – был разработан и лицензирован в 1980 г. французской компанией Roussel Uclaf. Проведенные в Европе клинические испытания препарата в качестве монотерапии при прерывании беременности в I триместре показали его 60-процентную эффективность. А результаты клинических испытаний применения мифепристана совместно с простагландином для прерывания беременности на ранних сроках продемонстрировали более высокую – 95-процентную – эффективность этой схемы терапии. Именно Франция стала первой страной, в которой уже с 1988 г. началось совместное использование мифепристана с простагландинами в клинической практике. В Китае этот метод медикаментозного аборта был внедрен в 1992 г., в США он был одобрен Управлением по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов (United States Food and Drug Administration, FDA) в 2000 г. С тех пор метод медикаментозного аборта с использованием мифепристана в комбинации с простагландинами применяется в 32 странах мира, в том числе и в России. Ежегодно в Китае проводится от 12 до 16 млн медикаментозных аборт, из них 8,5 млн – с помощью мифепристана, выпускаемого компанией «Бейджинг Жижу Фармасьютикал». «В 1990-х в нашей стране применялась та же схема терапии, что и во Франции, – с использованием 600-миллиграммо-

вой дозы мифепристана. Однако результаты проведенных в Китае многочисленных многоцентровых исследований показали, что процент успешных полных аборт при применении дозы 600 мг и 150 мг мифепристана в комбинации с простагландином не различается и варьирует в диапазоне 88,7–97,3%», – отметила профессор Цзинь Ли (табл. 1). Профессор Цзинь Ли привела рекомендованные ВОЗ схемы применения мифепристана в сочетании с простагландинами при проведении медикаментозного аборта (рис. 1). Докладчик особо подчеркнула, что ВОЗ рекомендует применение фиксированной дозы мифепристана – 200 мг. В Кокрановском обзоре 2011 г.³ на основании результатов 58 клинических исследований эффективности различных доз комбинации мифепристон/



Профессор Цзинь Ли

простагландин были сделаны следующие выводы:

- дозы мифепристана 600 мг и 200 мг имеют сопоставимую эффективность в отношении числа полных аборт (4 исследования, ОР (относительный риск) 1,07; 95% ДИ (доверительный интервал) 0,87–1,32);

Таблица 1. Эффективность применения различных дозировок мифепристана в качестве моно- и комбинированной терапии для прерывания беременности, согласно данным клинических исследований, проведенных в Китае*

Доза мифепристана	Простагландин	Количество случаев аборта	Полный аборт, %	Неполный аборт, %	Неудачи, %
600 мг	–	204	65,2	3,4	31,4
600 мг	Карбопрост (PG05) 1 мг	112	88,7	8,9	3,6
150 мг	Карбопрост (PG05) 1 мг	1572	91,1	4,9	4,0
150 мг	Карбопрост (PG05) 1 мг	н/д	93,0	4,3	1,7
150 мг	Карбопрост (PG05) 1 мг	н/д	92,0	5,8	0,8
150 мг	Мизопропростол 600 мкг	600	94,3	3,0	1,7
150 мг	Карбопрост (PG05) 1 мг	600	97,3	2,0	0,7
200 мг	Мизопропростол 600 мкг	600	94,6	2,7	2,0
150 мг	Карбопрост (PG05) 1 мг	17523	93,2	4,1	1,5
150 мг	Мизопропростол 600 мкг	н/д	93,3	3,9	1,7

* Адаптировано по: презентация группы экспертов, посвященная десятилетию выхода мифепристана на рынок Китая.

II Конференция с международным участием «Инфекции и инфекционный контроль в акушерстве и гинекологии»



Рис. 1. Схемы применения мифепристона в комбинации с простагландинами при медикаментозном аборте в зависимости от срока беременности (согласно рекомендациям ВОЗ)

- пероральный способ приема мизопростола менее эффективен (больше неудач), чем вагинальный (ОР 3,00; 95% ДИ 1,44–6,24), и ассоциируется с более высокой частотой развития таких побочных эффектов, как тошнота и диарея;
- сублингвальный и буккальный пути введения мизопростола по эффективности сопоставимы с вагинальным, но сопровождаются большим количеством нежелательных эффектов.

Исследования фармакокинетики мифепристона показали: препарат является дозозависимым, то есть его концентрация в крови через 72 ч после приема 100, 200, 400, 600 или 800 мг препарата не отличается. «Именно поэтому abortивная эффективность высокой дозы мифепристона идентична его низкой дозе, – подчеркнула профессор Цзинь Ли. – Официально в Китае в целях медикаментозного аборта разрешены два способа применения мифепристона». В первом случае назначается однократный прием

мифепристона в дозе 200 мг (1 таблетка), а через 36–48 часов – прием 600 мкг мизопростола перорально на пустой желудок или вагинально 1 мг карбопроста (PG05). Во втором случае назначается дробный прием дозы 150 мг мифепристона (6 таблеток по 25 мг в каждой) по следующей схеме:

- День 1. Прием утром 50 мг (2 таблетки), через 8–12 часов – следующий прием 25 мг (1 таблетка);
- День 2. Прием утром и вечером по 25 мг препарата (по 1 таблетке), либо утром – 50 мг (2 таблетки), а через 8–12 часов – 25 мг (1 таблетка);
- День 3. В 7.00 утра прием 25 мг (1 таблетка) мифепристона на

пустой желудок, через 1 час – прием простагландина.

По окончании курса пациентка госпитализируется на 6–8 часов для наблюдения.

«В настоящее время в китайской клинической практике распространение получила вторая схема, то есть дробный прием мифепристона в дозе 150 мг. Именно эта схема терапии оказалась наиболее оптимальной с точки зрения минимизации гормональной нагрузки на организм пациентки и стоимости процедуры», – уточнила профессор Цзинь Ли. Докладчик ознакомила участников симпозиума с результатами исследования T.D. Ngo и соавт. (2012), в котором изучалась эффективность (оценивалась по

Исследования фармакокинетики мифепристона показали: препарат является дозозависимым. Именно поэтому abortивная эффективность высокой дозы мифепристона идентична его низкой дозе.

⁴ Ngo T.D., Park M.H., Xiao Y. Comparing the World Health Organization-versus China-recommended protocol for first-trimester medical abortion: a retrospective analysis // Int. J. Womens Health. 2012. Vol. 4. P. 123–127.



Сателлитный симпозиум компании «Пенткрофт Фарма»

параметру полных аборт) рекомендованной ВОЗ схемы медикаментозного аборта в I триместре беременности в сравнении с китайским протоколом⁴. Результаты ретроспективного анализа данных по медикаментозным абортам у 337 пациенток показали достоверно более значимую эффективность протокола ВОЗ по сравнению с протоколом, применяемым в Китае: 91% полных аборт против 77,7% соответственно. «Тем не менее, – считает профессор Цзинь Ли, – полученные данные следует рассматривать как предварительные, а для окончательного сравнения эффективности и приемлемости протоколов в дальнейшем необходимо провести широкомасштабное исследование».

Далее докладчик более детально остановилась на особенностях ведения пациенток, которым проводится медикаментозный аборт. В Китае показаниями для проведения пациентке медикаментозного аборта являются: маточная беременность с задержкой менструации < 49 дней, желание пациентки прервать беременность медикаментозно, наличие высокого риска при проведении хирургического аборта, а также страх или неуверенность пациентки перед хирургическим аборт. Перед процедурой врач проводит консультацию, выявляет показания и/или противопоказания к абарту, определяет срок беременности (тест мочи), проводит ультразвуковое исследование (УЗИ) и другие диагностические исследования. Пациентка получает полную информацию об эффективности аборта и обо всей процедуре. Пациентка обязательно подписывает информированное согласие на проведение аборта, затем с ней обсуждается дата приема препарата, сроки посещения врача, меры предосторожности. В Китае женщины принимают мифепристон в дозе 150 мг по вышеописанной схеме на дому. На третий день, после приема простагландина, когда происходит изгнание

плодного яйца, пациентка наблюдается в клинике. При отсутствии кровотечения/активного кровотечения пациентка выписывается из стационара. Через неделю она приходит на осмотр, во время которого врач проверяет, вышел ли эмбрион полностью. Через две недели назначается еще один – контрольный – осмотр. В случае если во время первого визита установлено, что изгнания плодного яйца не произошло, пациентке назначается хирургический аборт методом вакуум-аспирации (бесплатно). Стоимость медикаментозного аборта покрывается за счет меди-

цинского, материнского или коммерческого страхования.

«Таким образом, – сказала в заключение профессор Цзинь Ли, – 20-летний опыт применения медикаментозного аборта в Китае свидетельствует о безопасности и эффективности этого метода прерывания беременности на ранних сроках. Низкие дозы мифепристона (200 и 150 мг) так же эффективны, как и высокие (600 мг), в отношении достижения полного аборта. При этом в схемах комбинированной терапии предпочтение следует отдавать мизопростолу, вводимому вагинально».



Продлеваем жизнь, сохраняем здоровье!

Таков девиз крупнейшей китайской фармацевтической компании по производству гормональных препаратов «Бейджинг Жижу Фармасьютикал Ко., Лтд.». «Компания основана в 1969 г. Сегодня в ее составе – 17 производственных линий, – рассказывает директор компании госпожа Инь СЮИН (Yin Xuying). – Основные производственные подразделения “Бейджинг Жижу Фармасьютикал” располагаются в Пекине. В 2009 г. компания инвестировала 500 млн юаней в строительство нового завода для производства субстанций стероидных гормонов в г. Циньхуандо. На сегодняшний день завод имеет лицензии COS от Евросоюза и ВОЗ».

«Бейджинг Жижу Фармасьютикал Ко., Лтд.» – основной игрок на китайском рынке препаратов для планирования семьи. Так, компании принадлежит 60% рынка экстренных контрацептивов (левоноргестрел таблетки 0,75 мг, левоноргестрел таблетки 1,5 мг и мифепристон таблетки 10 мг), 58% рынка препаратов для прерывания беременности (мифепристон таблетки 25 мг). «Бейджинг Жижу Фармасьютикал» также специализируется на производстве большого количества субстанций (левоноргестрел, норгестрел, этинилэстрадиол, мифепристон, тиболон, гестоден, гестринон, эстриол, дезогестрел, тестостерон, эстрон и др.) и промежуточных продуктов. Компания имеет китайские и международные сертификаты (GMP, ISO9001:2000, ISO14001, OHSAS18001) на всю производимую ею продукцию, которая поставляется на рынки многих стран мира. Выпускаемые «Бейджинг Жижу Фармасьютикал» препараты мифепристон, мизопростол, левоноргестрел, этинилэстрадиол востребованы и применяются в России, Индии, Украине, Казахстане, Таджикистане, Кыргызстане, Замбии, Монголии и других странах мира. Широкая линейка высокотехнологичной продукции позволяет компании «Бейджинг Жижу Фармасьютикал» оставаться одним из наиболее конкурентоспособных производителей гормональных препаратов на мировом рынке.

Медикаментозный аборт в странах Восточной Европы



Профессор И.С. Савельева

По словам президента Восточно-Европейского альянса за репродуктивный выбор (EEARC), д. м. н., профессора кафедры акушерства, гинекологии с курсом перинатологии РУДН И.С. САВЕЛЬЕВОЙ, самый большой «прорыв» в снижении числа аборт в Европе за последние 20 лет произошел именно в странах Восточно-Европейского региона. Это обусловлено внедрением новых технологий, программ планирования семьи, развитием

эффективных и безопасных методов искусственного прерывания беременности, которые не оказывают такого негативного влияния на фертильность, как хирургические аборты с использованием острой кюретки.

На современном этапе развития медицины весь мир рассматривает медикаментозный аборт как наиболее безопасную технологию искусственного прерывания беременности, которая должна быть еще и широко доступной. «Доступность медикаментозного аборта определяется, прежде всего, законодательством страны, – подчеркнула Ирина Сергеевна. – Сегодня практически во всех странах Восточной Европы, кроме Польши и Литвы, где велико влияние католической церкви, зарегистрированы мифепристон и мизопропростол для проведения медикаментозного аборта».

В последнее время в странах Западной Европы и ряде стран Восточной в соответствии с рекомендациями ВОЗ в протоколах ведения медикаментозных аборт

тов доза мифепристона 600 мг снижена до 200 мг. Еще одна важная тенденция – легализация использования медикаментозного аборта дома. Увеличение доступности медикаментозного аборта для разных слоев населения достигается, в том числе, путем делегирования ряда полномочий, связанных с подготовительным этапом медикаментозного аборта, среднему медицинскому персоналу. «Это позволит сделать этот способ прерывания беременности доступным не только жителям крупных мегаполисов, но и отдаленных и малонаселенных регионов, – комментирует докладчик. – Данный пункт будет включен в новые рекомендации ВОЗ по медикаментозному аборту, которые появятся уже в этом году».

Профессор И.С. Савельева акцентировала внимание участников симпозиума на результатах ряда двойных плацебоконтролируемых рандомизированных исследований, проведенных в Грузии, Армении, Азербайджане, Узбекистане в период с 2007 по 2010 г. при

Таблица 2. Эффективность схем медикаментозного аборта с применением мифепристона 200 мг в сочетании с мизопропростом в зависимости от дозы и путей введения простагландина, согласно данным клинических исследований, проведенных в Грузии, Армении, Азербайджане, Узбекистане

Показатель эффективности, %	Доза и путь введения мизопростола				
	Грузия		Армения	Азербайджан	Узбекистан
	400 мкг буккально (n = 442)	800 мкг буккально (n = 447)	800 мкг буккально (n = 459)	800 мкг буккально (n = 500)	400 мкг сублингвально (n = 450)
Полный аборт	96,6	96,2	95,8	97,6	95,3
Общее число хирургических вмешательств	3,4	3,8	4,2	2,4	4,7
Продолжающаяся беременность	1,1	0,7	2,0	1,0	1,1
Медицинские показания	0,5	1,1	–	–	0,9
Неполный аборт	1,1	1,3	1,1	0,6	1,6
Предпочтения пациентки	0,7	0,7	1,1	0,8	1,1



Сателлитный симпозиум компании «Пенткрофт Фарма»

поддержке компании «Пенткрофт Фарма», в которых изучались различные протоколы медикаментозного аборта. В исследованиях приняли участие более 2600 женщин старше 18 лет со сроком беременности до 63 дней аменореи. Пациенткам назначался мифепристон в дозе 200 мг с приемом на дому, мизопропростол – 400 мкг буккально, или 800 мкг буккально, или 400 мкг сублингвально. Контроль эффективности терапии проводился через 12–15 дней после приема мифепристона. Все используемые схемы медикаментозного

аборта показали высокую эффективность (95,8–97,6%) (табл. 2). При применении 200 мг мифепристона в комбинации с 800 мкг мизопростола буккально отмечен наиболее высокий abortивный эффект (97,6% полных абортов), а также самый низкий показатель числа неполных абортов (0,6%) и хирургических вмешательств (2,4%).

Анализ данных по практическому применению медикаментозного аборта в странах Восточной Европы за 2011 г. показал, что только в России использовался мифепри-

стон в дозе 600 мг на сроке 42 дня аменореи.

Завершая выступление, профессор И.С. Савельева отметила, что сейчас в России созданы все предпосылки для усовершенствования протокола медикаментозного аборта, что позволит сделать этот метод прерывания беременности на ранних сроках эффективным, безопасным и доступным всем женщинам, желающим добровольно прервать незапланированную беременность и имеющим для этого необходимые показания.

Гнойно-септические осложнения после прерывания беременности в поздние сроки

Результаты социологических исследований свидетельствуют, что 50% всех беременностей в мире – незапланированные, а 25% – нежелательные. Как известно, наиболее оптимальным сроком прерывания беременности является I триместр. Аборты, проведенные на 13–22-й неделе гестации, относятся к поздним и считаются чрезвычайно опасными, поскольку практически всегда приводят к нарушению репродуктивного здоровья женщины.

Согласно данным, приведенным главным врачом Люберецкого родильного дома (Московская область), к. м. н. Т.Н. МЕЛЬНИК, из порядка 1 млн 236 тыс. абортов, ежегодно проводимых в России, более 25% приходится на II триместр беременности. В настоящее время для прерывания беременности в поздние сроки наиболее часто используются консервативные методы (амниоинфузии гипертонического раствора, амниоинфузии простагландинов, применение ламинарий с последующим введением окситоцина, антипрогестинов), а также хирургические (малое кесарево сечение, дилатация шейки матки с последующим удалением плода и инструментальным выскабливанием

стенки полости матки). Однако к самым щадящим следует отнести медикаментозный метод с применением мифепристона – препарата, который с 2000 г. входит в состав Реестра лекарственных средств РФ. Мифепристон блокирует действие прогестерона на уровне рецепторов, восстанавливает чувствительность миометрия к окситоцину, потенцирует действие простагландинов, усиливает сократительную деятельность миометрия. В мировой практике прерывание беременности во II триместре с помощью мифепристона осуществляется по разным схемам, эффективность которых колеблется от 87 до 97% (табл. 3). В Люберецком роддоме, который специализируется на оказании



К. м. н. Т.Н. Мельник

помощи по прерыванию беременности тем женщинам, у которых обнаружены аномалии развития плода, не совместимые с жизнью, проведен ряд исследований эффективности консервативных ме-

Результаты проведенных исследований продемонстрировали высокую степень травматичности прерывания беременности методами амниоинфузий, что является основанием для их исключения из врачебной практики в пользу наиболее безопасного и эффективного медикаментозного метода прерывания беременности во II триместре.

гинекология

II Конференция с международным участием «Инфекции и инфекционный контроль в акушерстве и гинекологии»

Таблица 3. Современные схемы медикаментозного аборта во II триместре, имеющие доказанную эффективность

Режим сочетанного приема мифепристона и простагландина	Эффективность (процент полных аборт)	Исследование
Мифепристон 200 мг орально, через 36 часов – мизопростол 800 мкг вагинально, затем мизопростол 400 мкг орально каждые 3 часа (не более 4 раз)	97%	H. El-Refaey и соавт., 1995
Мифепристон 200 мг орально, через 36 часов гемепрост 1 мг вагинально, повторные дозы каждые 6 часов (не более 4 раз)	88,5%	O.S. Tang и соавт., 1996
Мифепристон 200 мг орально, через 3 часа мизопростол 400 мкг орально или гемепрост 1 мг 6 раз	87,6%	H. El-Refaey и соавт., 1993; J.E. Dickinson и соавт., 1998; M. Nuutila, 1997

тодов прерывания беременности в поздние сроки. В одном из них приняли участие 300 беременных пациенток, из них у 288 женщин были диагностированы пороки развития плода, у 3 – ВИЧ, 9 пациенток имели социальные показате-

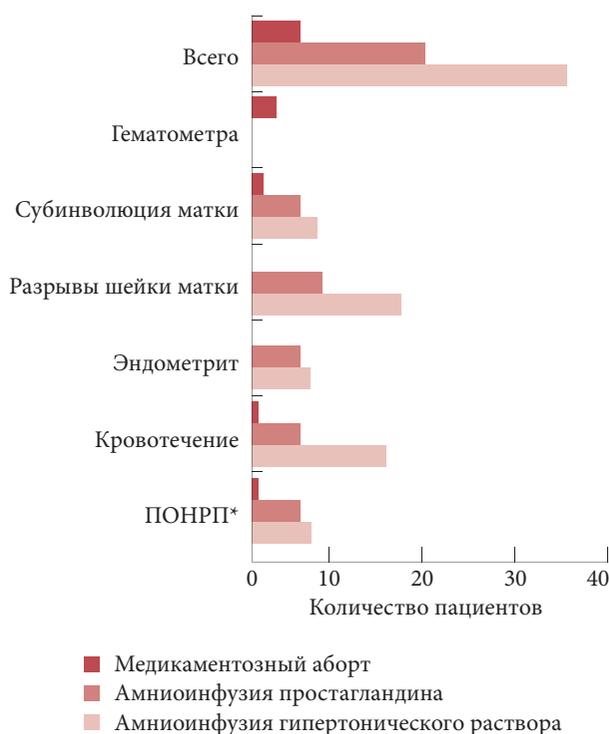
ния к прерыванию беременности. Пациентки были разделены на 2 равнозначные группы: 100 пациенткам 1-й группы назначалась амниоинфузия гипертонического раствора, 50 – амниоинфузия простагландина; 150 пациенткам 2-й группы – медикаментозное прерывание беременности с использованием мифепристона. Многолетний опыт применения медикаментозного аборта позволил специалистам Люберецкого роддома при поддержке Московского областного НИИ акушерства и гинекологии разработать собственную схему:

- мифепристон 600 мг перорально, по 1 таблетке (200 мг) через 4 часа;
- мизопростол 200 мкг перорально – через 12 часов.

Эта схема продемонстрировала свою эффективность во время исследования. «Использование данной схемы позволило нам исключить амниоинфузии, а также выскабливание стенок полости матки после прерывания беременности во II триместре. Обладая достаточно большим опытом прерывания беременности на позднем сроке, мы доказали, что продолжительность прерывания беременности медикаментозным способом во II триместре в 3–4 раза ниже, чем при амниоинфузиях, а эффективность этого метода составляет 99,3%», – пояснила докладчик. Однако, по мнению Татьяны Николаевны, об эффективности каждого

метода судят, прежде всего, по его ближайшим осложнениям. Результаты собственного исследования показали, что наиболее частые осложнения, такие как, например, кровотечения, разрыв шейки матки, эндометрит, отмечались после применения амниоинфузии гипертонического раствора и амниоинфузии простагландина, но они практически отсутствовали после медикаментозного аборта (рис. 2).

На фоне медикаментозного метода наблюдались лишь незначительные случаи субинволюции матки и гематометры. Последующее наблюдение за пациентками, которые в последние 4 года прошли процедуру прерывания беременности в поздние сроки в клинике с помощью консервативных методов, показало следующее: повторная беременность наступила у 9,9% из 44 женщин после амниоинфузии гипертонического раствора; у 10,6% из 44 женщин – после амниоинфузии простагландина; у 15% женщин из 252 – после медикаментозного аборта. «Результаты проведенных исследований продемонстрировали высокую степень травматичности прерывания беременности методами амниоинфузий, что является основанием для их исключения из врачебной практики в пользу наиболее безопасного и эффективного медикаментозного метода прерывания беременности во II триместре», – подчеркнула Т.Н. Мельник.



* ПОНРП – преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты.

Рис. 2. Осложнения после прерывания беременности в поздние сроки медикаментозным методом и при помощи амниоинфузии гипертонического раствора или простагландина

Сателлитный симпозиум компании «Пенткрофт Фарма»



Д. м. н. Г.Б. Дикке

В 2012 г. доктором медицинских наук, заслуженным деятелем науки и образования Г.Б. ДИККЕ проводятся интерактивные лекции на основе кейс-метода (клинические случаи из практики) на тему: «Восстановительный период после медикаментозного аборта: осложнения, лечение и профилактика», во время которых слушатели отвечают на поставленные жизнью вопросы путем голосования с помощью пультов. Эта лекция всегда вызывает большой интерес аудитории.

«Мы суммировали результаты голосования, – рассказывает Галина Борисовна, – и вот какие результаты получили».

Объем и продолжительность кровопотери (скудные выделения) после приема мизопростола не являются свидетельством прерывания беременности или ее продолжения, тем не менее около 20% врачей готовы были выполнить инструментальную ревизию полости матки ранее контрольных сроков определения эффек-

Восстановительный период после медикаментозного аборта: осложнения, лечение и профилактика

тивности метода. Большинство врачей (80%) адекватно расценивают клиническую картину послеабортного периода и соотносят ее с данными ультразвуковой картины, однако лишь половина из них готовы к консервативному ведению пациентки при наличии большого количества детрита в полости матки или задержке отслоившегося плодного яйца, предпочитая активную хирургическую тактику (рис. 3).

В некоторых медицинских центрах, где выполняется медикаментозный аборт, отмечается тенденция к излишнему контролю за течением процесса опорожнения полости матки с помощью метода УЗИ, частота которого достигает в некоторых клиниках 5–7 раз в течение 2 недель, что приводит к гипердиагностике неполного аборта и повышению частоты неоправданных инструментальных вмешательств (например, до 50% в одном частном медицинском центре г. Екатеринбург). Более 40% врачей (в том числе преподаватели профильных кафедр) считают необходимым проведение исследования методом ультразвуковой доплерографии (УЗДГ) при визуализации детрита в полости матки, что не предусмотрено протоколом медикаментозного аборта (рис. 4).

90% врачей не рассматривают возможность использования метода определения бета-субъединицы хорионического гонадотропина (ХГЧ) для оценки эффективности медикаментозного аборта (как альтернативы УЗИ) или в сомнительных случаях (рис. 5).

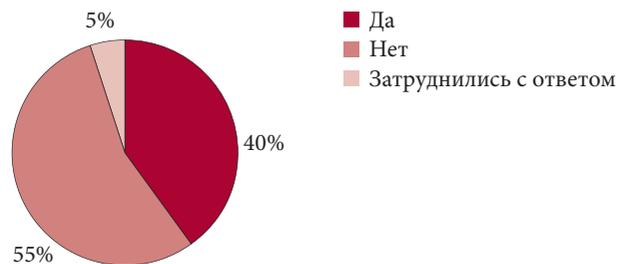


Рис. 3. Ответы на вопрос «Показана ли инструментальная ревизия полости матки, если толщина эндометрия (М-Эхо) превышает 7–8 мм на 14-е сутки после медикаментозного аборта?»

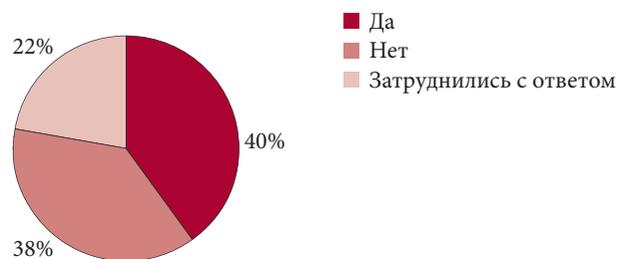


Рис. 4. Ответы на вопрос «Следует ли выполнять доплерографию при визуализации в полости матки остатков хориальной ткани?»



Рис. 5. Ответы на вопрос «Ультразвуковой контроль в оценке эффективности медикаментозного аборта. Возможна ли альтернатива?»

Объем и продолжительность кровопотери (скудные выделения) после приема мизопростола не являются свидетельством прерывания беременности.

II Конференция с международным участием «Инфекции и инфекционный контроль в акушерстве и гинекологии»

- Перерыв в кормлении на 14 дней
- Перерыв в кормлении на 7 дней
- Перерыв в кормлении на 3 дня
- Перерыв в кормлении на 6 часов
- Затруднились с ответом

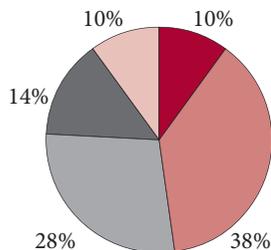


Рис. 6. Ответы на вопрос «На какой срок при выполнении медикаментозного аборта у кормящей матери необходимо сделать перерыв в кормлении?»

- Начать использовать КОК в день приема простагландина или на следующий день
- Начать прием КОК после контрольного осмотра врачом (10–14-й день), убедившись в том, что беременность прервана
- Начать прием КОК в первый день следующего менструального цикла после медикаментозного аборта

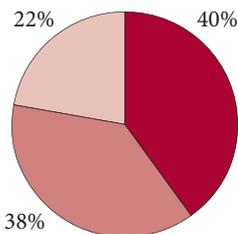


Рис. 7. Ответы на вопрос «Когда следует начать принимать КОК после медикаментозного аборта?»

- Нет, беременность следует прервать
- Да, пролонгирование беременности возможно при условии, что женщина будет предупреждена о возможности рождения большого ребенка

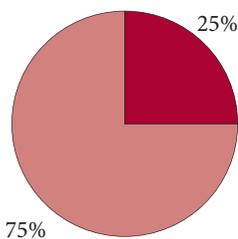


Рис. 8. Ответы на вопрос «Возможно ли пролонгирование беременности после неудавшейся попытки медикаментозного аборта?»

- Неправильно
- Затруднились с ответом
- Правильно

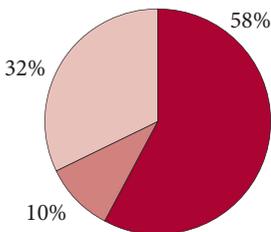


Рис. 9. Суммарное количество голосов, полученных при ответах на все вопросы во время интерактивной лекции «Восстановительный период: осложнения, лечение, профилактика» путем голосования с помощью пультов

Лишь 14% респондентов оказались осведомлены об особенностях фармакокинетики мифепристона и мизопростола у лактирующих женщин и возможности прекращения кормления грудью только на 6 часов. Остальные посоветовали бы своим пациенткам прекратить кормить ребенка грудью на 7–14 дней, согласно инструкции по медицинскому применению препаратов. Интересно отметить, что 28% врачей посоветовали бы сделать перерыв на 3 дня (как это указано в инструкции к Миропристону, без учета 7 дней перерыва, рекомендованных при использовании препарата мизопростол) (рис. 6). Половина врачей испытывали затруднения в выборе средств контрацепции и сроков их назначения после использования медикаментозного аборта. Так, без малого 50% врачей назначили бы комбинированные оральные контрацептивы (КОК) с 14-го дня после приема мифепристона/мизопростола после оценки эффективности аборта методом УЗИ – как раз в дни предполагаемой овуляции, создавая, таким образом, риск наступления повторной нежелательной беременности (рис. 7). Прием КОК должен быть рекомендован в первый день менструального цикла, то есть в день приема мизопростола (или на следующий день), либо, если гормональный контрацептив не был назначен в эти сроки, с первого дня очередного (следующего) менструального цикла, а с началом половой жизни в цикле прерывания следует рекомендовать использование презерватива. Несмотря на возможное тератогенное действие мизопростола, 75% ответов врачей свидетельствовали о положительном решении вопроса о пролонгировании беременности при условии, что женщина будет предупреждена о возможности рождения большого ребенка (рис. 8). Суммарное количество ошибок, допущенных врачами во время

опроса, показано на рис. 9. «Сравнительный анализ ответов врачей, распределенных по группам в зависимости от места работы, показал, что лучше всех осведомлены о методах обеспечения безопасности аборта, об особенностях выполнения вакуумной аспирации и медикаментозного аборта и ведения восстановительного периода врачи медицинских организаций частных форм собственности», – комментирует Г.Б. Дикке.

Заключение

Докладчики, опираясь на данные клинических исследований, показали, что медикаментозное прерывание беременности с использованием мифепристона – высокоэффективный и безопасный метод как в I, так и во II триместрах. Низкие дозы мифепристона (200 мг), используемые в мире согласно рекомендациям ВОЗ для прерывания беременности на ранних сроках, имеют сопоставимую с высокими дозами препарата (600 мг) abortивную эффективность.

Подводя итоги симпозиума и последующей за выступлениями дискуссии, профессор В.Е. Радзинский подчеркнул, что внедрение в российскую клиническую практику схемы медикаментозного аборта с применением 200 мг мифепристона – 1 таблетки вместо 3 – это революция, которая позволит существенно снизить стоимость метода и в конечном итоге даст возможность российским женщинам планировать свою беременность без ущерба для репродуктивного здоровья. «А отставание схемы с использованием 600 мг – это удел коммерсантов, зарабатывающих деньги на аборте и здоровье женщин. Не получится!». Однако, по словам В.Е. Радзинского, для широкого внедрения новой технологии «...возможно, придется противостоять собственному опыту, каким бы большим он ни был».