

И.С. САВЕЛЬЕВА

Кафедра акушерства и  
гинекологии с курсом  
перинатологии РУДН

# Медикаментозный аборт: практические вопросы

*Аборт, самопроизвольный или искусственный, является одним из наиболее распространенных явлений в акушерской практике, по частоте уступая место лишь деторождению. 46 миллионов женщин во всем мире ежегодно делают аборт, 78% из которых живут в развивающихся странах. Там, где аборт узаконены, безопасны и доступны, реже встречаются осложнения. В странах, где проведение аборт ограничено или услуги по их проведению отличаются низким качеством или вообще недоступны, женщины часто прибегают к небезопасным методам прерывания беременности, что приводит к осложнениям, длительным проблемам со здоровьем или даже материнской смертности.*

**В** 2000 г. на Генеральной ассамблее международной федерации гинекологов и акушеров (FIGO) был одобрен доклад, содержащий рекомендации Комитета FIGO по Этическим аспектам регуляции фертильности и здоровья женщин, заключающиеся в том, что «после соответствующего консультирования женщина должна иметь право на проведение медикаментозного или хирургического (инструментального) искусствен-

ного аборта, и что службы здравоохранения обязаны предоставлять такие услуги, стараясь обеспечить при этом максимальную безопасность». Таким образом, обеспечение доступа к безопасному, эффективному и приемлемому обслуживанию по проведению безопасных аборт является важнейшей составляющей удовлетворения потребностей женщин в охране репродуктивного здоровья.

Разработки новых технологий производства аборта, особенно внедрение медикаментозных методов, расширило возможности медицинских работников по удовлетворению индивидуальных потребностей и предпочтений женщин, и круг учреждений здравоохранения, в которых могут предоставляться услуги по прерыванию беременности.

## МЕДИКАМЕНТОЗНЫЙ АБОРТ: ИСТОРИЧЕСКАЯ СПРАВКА

Программа исследования стероидов с антигормональным действием в исследовательском центре Романвиля (Roussel Uclaf, Франция) в 1970-1980 гг. была завершена созданием RU 486, известного также как Mifepristone (Мифепристон) или Mifegyne (Мифегин), применение которого было одобрено в 1988 г.

во Франции и Китае для искусственного прерывания беременности ранних сроков. В 1991 г. этот препарат был зарегистрирован в Великобритании. 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. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) включила Мифепристон (2005) и Мизопропростол (2010) в «Список необходимых лекарственных средств» (1).

Мифепристон сделал медикаментозный аборт на раннем сроке реальностью для многих женщин. По оценке международных экспертов на январь 2010 г., в мире существует опыт более чем 40 млн медикаментозных аборт, из них значительная часть выполнена в Китае, более 1 млн – в Европе и более 840000 случаев – в США. В России Мифепристон и Мизопропростол зарегистрированы для медикаментозного прерывания беременности при сроке до 42 дней аменореи, однако согласно официальной статистике, число прерываний очень мало.

## МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ МИФЕПРИСТОНА И МИЗОПРОСТОЛА?

Мифепристон – это 19-норстероид, специфически блокирующий

**Россия является одной из первых стран мира, в которой мизопропростол (торговая марка «Миролют», регистрационный номер ЛС-001766 от 14.07.06) зарегистрирован для искусственного прерывания беременности до 42 дней аменореи. Во всех остальных странах Мизопропростол используется «off-label», т.е. не в соответствии с прилагаемой к препарату инструкции.**

рецепторы прогестерона и глюкокортикостероидов. Он активен при пероральном введении, и пиковые уровни его содержания в плазме крови достигаются менее чем через 2 часа после приема. Блокада рецепторов прогестерона приводит к разрушению материнских капилляров в отпадающей оболочке, синтезу простагландинов в эпителии децидуальных желез и угнетению простагландиндегидрогеназы. Возросшие в результате этого концентрации простагландинов индуцируют сокращения матки. Началу сокращения матки предшествует размягчение и расширение шейки. Вышеперечисленные изменения имеют сложный характер и до конца не выяснены. Мифепристон примерно в 5 раз повышает чувствительность матки к аналогам простагландинов. Этот эффект развивается через 24-48 часов и лежит в основе схемы раннего медикаментозного аборта, при которой через 36-48 часов после перорального приема Мифепристона вводят аналоги простагландинов. Как правило, в этих случаях применяется аналог простагландинов – Мизопростол, который усиливает маточные сокращения и способствует изгнанию плодного яйца из полости матки.

### **НАСКОЛЬКО БЕЗОПАСЕН МЕДИКАМЕНТОЗНЫЙ АБОРТ В КОМБИНАЦИИ МИФЕПРИСТОНА И МИЗОПРОСТОЛА?**

Ранний медикаментозный аборт с использованием комбинации препаратов безопасен. Доказательно, что современные методы аборта, включая медикаментозный аборт, выполненные должным образом, имеют меньший риск, чем продолжающаяся беременность (2). Ни Мифепристон, ни Мизопростол не имеют долгосрочного влияния ни на здоровье женщины, ни на будущие беременности.

Серьезные осложнения, включая инфекционные или сильное кровотечение, редки. Риск кровотечения, которое потребует переливания крови и/или последующей

вакуум-аспирации составляет от 0,02 до 1,8% (3, 4).

Со времени регистрации препаратов в США в 2000 г. было отмечено 7 смертельных исходов после приема Мифепристона и Мизопростала (5). Один случай был связан с разрывом маточной трубы при внематочной беременности. Доказательно, что эктопическая беременность не возникает вследствие приема Мифепристона или Мизопростала; оба этих препарата не эффективны в лечении внематочной беременности. Осторожная оценка перед назначением препаратов и тщательный контроль симптомов в процессе аборта могут помочь идентифицировать женщин с внематочной беременностью для того, чтобы направить их на соответствующее лечение.

Пять материнских смертей были связаны с развитием сепсиса, вызванного *Clostridium sordellii*, и еще один случай – с другим микроорганизмом *Clostridium perfringens*. *Clostridium sordellii* относится к бактериям, способным вызывать токсический шок, как правило, с летальным исходом. Не выявлено причинно-следственной связи между приемом Мифепристона и Мизопростала (или путями их введения) и развитием этих осложнений. Известно, что *Clostridium sordellii* может быть причиной летального исхода в послеродовом периоде, после травм и больших хирургических вмешательств. Однако до сих пор не установлено, почему данный возбудитель может быть таким агрессивным.

Вместе с тем, преимущество использования Мифепристона как средства для медикаментозного аборта позволяет решить ряд проблем, связанных с хирургическими методами. Этот препарат является потенциально менее дорогостоящим и более приемлемым, чем хирургический аборт, для многих женщин. Кроме того, Мифепристон, используемый в качестве препарата для производства безопасного аборта, по мнению ведущих мировых экспертов, может существенно снизить частоту смертельных ис-

ходов от криминальных или небезопасных абортов в развивающихся странах.

### **НАСКОЛЬКО ЭФФЕКТИВЕН МЕДИКАМЕНТОЗНЫЙ АБОРТ С ПРИМЕНЕНИЕМ МИФЕПРИСТОНА И МИЗОПРОСТОЛА?**

Эффективность медикаментозного аборта определяется как беременность, завершенная без хирургического вмешательства.

В ряде исследований показано, что при комбинации Мифепристон-Мизопростол полный аборт происходит приблизительно в 98% случаев, и менее чем у 1% женщин беременность продолжается с жизнеспособным плодом (6, 7). Со всем у незначительного числа женщин нежизнеспособные плоды или остатки продуктов зачатия сохраняются в полости матки, что требует дальнейшего вмешательства – вакуум-аспирации или назначение второй дозы Мизопростала.

Существуют доказательные данные о том, что снижение дозы Мифепристона до 200 мг и режимы приема Мизопростала не влияют на эффективность медикаментозного аборта, по крайней мере, при сроках беременности до 63 дней аменореи (8, 9, 10).

Как показывает практика, по мере приобретения большего опыта при проведении медикаментозного аборта медицинские работники реже прибегают к дополнительной хирургической эвакуации полости матки.

### **ДЛЯ КАКИХ ЖЕНЩИН МЕДИКАМЕНТОЗНЫЙ АБОРТ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЕМЛЕМЫМ?**

Мифепристон и Мизопростол безопасны практически для всех женщин. Вместе с этим, существуют некоторые состояния, которые ограничивают использование метода. К ним относятся аллергии на любой из применяемых препаратов (Мифепристон, Мизопростол или другие аналоги простагландина); наследственные формы порфирии, редкие формы нарушения свертывающей системы крови (11),



геморрагические нарушения и установленная или подозреваемая внематочная беременность.

Другие обстоятельства и условия не исключают использования Мифепристона и простагландинов, но могут потребовать дополнительных мер. Так, медикаментозный аборт вполне приемлем для женщин, имеющих анемию; женщин с инфекциями, передаваемыми половым путем (ИППП); кормящих грудью и женщин, использующих внутриматочные средства с целью контрацепции.

Есть небольшое число доказательных данных, свидетельствующих о применении медикаментозного аборта у женщин, имевших такие клинические состояния, как выраженная анемия (уровень гемоглобина  $< 9$  г/dL), клинически выраженная слабость или инфекционный процесс.

В случае наличия у женщины выраженных признаков инфекции верхнего отдела репродуктивного тракта, первоначально должно быть назначено лечение. Мизопростол можно назначать только при отсутствии симптомов инфекционного процесса. Женщинам с подтвержденной ИППП, можно назначать лечение инфекции одновременно с иницированием медикаментозного аборта (12). Женщинам с подозреваемой ИППП должна быть проведена клиническая оценка; и они должны быть направлены на лечение в соответствующее лечебное учреждение. Однако лечение подозреваемой ИППП не должно являться причиной задержки для производства аборта.

ВИЧ-позитивные женщины также могут использовать медикамен-

тозный аборт. Теоретически ВИЧ-позитивные пациентки, также как и женщины с ИППП, находятся в группе риска по развитию инфекционных осложнений как после медикаментозного аборта, так и после вакуум-аспирации. Женщины с ВИЧ могут находиться в группе риска по развитию анемии, особенно если они страдают сопутствующей малярией или принимают антиретровирусную терапию (13). Как и для других случаев, для женщин с обильным кровотечением в процессе медикаментозного аборта необходимо своевременно решить вопрос о проведении вакуум-аспирации (14). Возможность применения медикаментозного аборта у женщин с такими проблемами будет зависеть от доступности безопасных вариантов службы в целом, возможности направлять женщин в другие лечебные учреждения и своевременности клинической оценки.

Применение медикаментозного аборта с осторожностью возможно и у женщин, длительно принимающих в настоящее время системную терапию кортикостероидами для лечения астмы и других состояний (15, 16). В отличие от этого, женщины, принимающие препараты для лечения астмы в ингаляторах, могут использовать Мифепристон и Мизопростол, т.к. препараты в ингаляторах не абсорбируются в крови. Хотя некоторые простагландины могут оказывать вазоконстрикторный эффект, Мизопростол является типичным простагландином, обладающим бронхорасширяющим действием, снижающим воспалительную реакцию и увеличивающим оксигенацию (17).

У женщин с хронической надпочечниковой недостаточностью после приема Мифепристона существует вероятность острого развития обезвоживания и снижения артериального давления, вплоть до шока. В этих случаях женщины с хронической надпочечниковой недостаточностью должны принять увеличенную дозу глюкокортикоидов и находиться под тщательным наблюдением и мониторингом признаков шока (15, 16).

Женщины с ожирением (18) и женщины с многоплодной беременностью (19) могут принимать Мифепристон с Мизопростолом в тех же дозах, как и другие женщины. Эффективность медикаментозного аборта у женщин с многоплодной беременностью сопоставима с одноплодной беременностью (20).

Установлено, что женщины, кормящие грудью, могут использовать как Мифепристон, так и Мизопростол. В настоящий момент отсутствуют доказательные данные о том, что прием этих препаратов опасен для младенцев. Мизопростол также как, вероятно, и Мифепристон, проникает в грудное молоко сразу после его применения. Женщины, обеспокоенные влиянием Мизопростола на ребенка, могут принять Мизопростол сразу после кормления (21, 22).

Женщины, имеющие внутриматочное средство, могут использовать препараты для медикаментозного аборта сразу после удаления ВМС из полости матки.

#### **КАКОЙ ПРОТОКОЛ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО АБОРТА ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫМ?**

Наиболее эффективной схемой является использование Мифепристона, а затем простагландина. Обычно схема применения этого препарата состоит в приеме 600 мг Мифепристона с последующим (спустя 48 часов) пероральным приемом 2-х таблеток (по 400 мкг) Мизопростола, который повышает эффективность Мифепристона. У большинства женщин в результате применения такой схемы самостоятельно происходит

**Ранний медикаментозный аборт с использованием комбинации препаратов Мифепристон и Мизопростол безопасен. Доказательно, что современные методы аборта, включая медикаментозный аборт, выполненные должным образом, имеют меньший риск, чем продолжающаяся беременность. Ни Мифепристон, ни Мизопростол не имеют долгосрочного влияния ни на здоровье женщины, ни на будущие беременности.**





*Бережная альтернатива  
хирургическому аборту*

**МИФЕПРИСТОН**

(MIFEPRISTONE) АНТИПРОГЕСТЕРОНОВЫЙ ПРЕПАРАТ

**МИРОЛЮТ**

(MISOPROSTOL) ПРОСТАГЛАНДИН E<sub>1</sub>

*Эффективное  
сочетание!*



**Производитель:**

ЗАО «ОХФК», Россия  
249030, Калужская область, г. Обнинск, ул. Королева, д. 4  
тел./факс (48439) 6-47-41.

**Продвижение:**

ООО «ШТАДА Маркетинг», МО, Киевское шоссе,  
Бизнес-центр «Румянцево», стр. 1 А, офис 735А  
Тел./факс: (495) 984-28-40/41

**STADA**

[www.pharmabort.ru](http://www.pharmabort.ru)

Мифепристон – регистрационный номер P N002340/01 от 21.07.2008 г.  
Миролют – регистрационный номер ЛС-001766 от 14.07.2006 г.

прерывание беременности, клиническая симптоматика которого схожа с выраженным менструальным кровотечением.

У большинства женщин кровотечение начинается на следующий день после приема Мифепристона и длится в среднем в течение 10-12 дней. Изгнание эмбриональной ткани обычно происходит в день приема простагландина. На этой ранней стадии развития эмбрион напоминает крошечный комок крови и может быть идентифицирован только медицинским экспертом.

Другие дозы и режимы приема Мифепристона, включая меньшие дозы, и варианты приема Мизопростола, также оказались эффективными не только в клинических испытаниях, но и на практике.

Так, европейские страны применяют схему Мифепристон + Мизопропростол до 63 дней аменореи, с уменьшением дозы Мифепристона до 200 мг и вариантами использования Мизопростола (перорально, сублингвально, буккально, вагинально). Для большинства женщин оказался приемлемым прием Мизопростола в домашних условиях.

#### **КАКОВА ВЕРОЯТНОСТЬ РАЗВИТИЯ ТАКОГО ПОБОЧНОГО (СОПРОВОЖДАЮЩЕГО) ЭФФЕКТА КАК СИЛЬНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ?**

Большинство женщин, использующих комбинацию Мифепристон-простагландин, имеют, как правило, более сильное и более длительное кровотечение, чем при нормаль-

ной менструации. Приблизительно 1% женщин, которые имеют этот побочный (сопровожающий) эффект, нуждаются в лечении; обычно с этой целью применяют вакуумную аспирацию. Как правило, выраженность и длительность кровотечения напрямую зависит от срока прерываемой беременности. При условии медицинского наблюдения и быстрого реагирования, эти состояния не опасны для жизни.

Как и любое лекарственное средство, Мифепристон имеет побочные эффекты, но их частота и выраженность являются приемлемой для большинства женщин, которые выбирают этот метод. Обычные побочные эффекты включают незначительные и/или схваткообразные боли и тошноту. Необходимо заметить, что простагландины, используемые на ранних этапах как монотерапия в больших дозах, часто вызывали рвоту, диарею и сильные схваткообразные боли. Частота и выраженность этих побочных эффектов были значительно уменьшены при снижении дозы простагландинов в комбинации с Мифепристоном.

#### **КАКОВЫ ДОЛГОСРОЧНЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН, ИСПОЛЬЗУЮЩИХ МИФЕПРИСТОН, И ВЕРОЯТНОСТЬ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ВРОЖДЕННЫХ ДЕФЕКТОВ ПРИ УСЛОВИИ СОХРАНЯЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ?**

Обширные клинические испытания с 1982 г. не зарегистрировали

каких-либо серьезных долгосрочных рисков/эффектов, связанных с приемом Мифепристона; и такие эффекты кажутся маловероятными в связи с кратковременностью воздействия препарата. Исследования показывают, что Мифепристон метаболизируется очень быстро; три четверти дозы выводятся из организма женщины в течение двух дней.

Нет данных, позволяющих предполагать, что применение Мифепристона может вызывать врожденные или генетические нарушения плода при условии сохраняющейся беременности при неудаче метода.

Очень незначительный процент беременностей (в целом, менее 1%) могут продолжиться после применения Мифепристона и Мизопростола. В таких случаях, если женщина изменила свое решение об аборте, или, в редком случае, когда клиницист не смог диагностировать продолжающуюся беременность при последующем контрольном визите, беременность можно продолжить. Возможно, что любой препарат может вызывать врожденные уродства, однако никаких точных доказательств этого нет (16).

В исследованиях на животных прием Мифепристона не был связан с возникновением врожденных дефектов. Но в связи с тем, что препарат проникает через плацентарный барьер, и отсутствуют данные, свидетельствующие о полной безопасности этого препарата на последующую беременность и плод, во многих странах в случае неудачи метода и сохранения беременности, принято завершать ее хирургическим абортом.

При динамическом наблюдении за пациентками, перенесшими медикаментозное прерывание беременности, вероятность наступления овуляции уже в следующем после аборта цикле составила 75,9%. Доказано, что комбинация Мифепристона с Мизопростолом не влияет на последующие беременности или способность к зачатию (18, 21).

**Преимущество использования Мифепристона как средства для медикаментозного аборта позволяет решить ряд проблем, связанных с хирургическими методами. Этот препарат является потенциально менее дорогостоящим и более приемлемым, чем хирургический аборт, для многих женщин. Кроме того, Мифепристон, используемый в качестве препарата для производства безопасного аборта, по мнению ведущих мировых экспертов, может существенно снизить частоту смертельных исходов от криминальных или небезопасных абортов в развивающихся странах.**



### **КОГДА ЖЕНЩИНАМ МОЖНО НАЧАТЬ КОНТРАЦЕПЦИЮ ПОСЛЕ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО АБОРТА?**

Женщины должны начать использовать контрацепцию как можно раньше после медикаментозного аборта, так как беременность может наступить практически немедленно. Выбор времени начала применения метода зависит от того, какой метод будет выбран женщиной. Например, она может начать прием комбинированных пероральных контрацептивов в день приема Мизопростола (8, 23).

В случае если женщина предпочтет барьерный метод, она может применять его в любое время своей сексуальной активности (8). Каждая женщина должна обсудить все варианты контрацепции со своим врачом.

### **КАКОВЫ ОСНОВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К СИСТЕМЕ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЛЯ БЕЗОПАСНОГО И ЭФФЕКТИВНОГО ПРИМЕНЕНИЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ?**

Основные требования к предоставлению услуг по выполнению медикаментозного аборта включают наличие обученного персонала, систему направления/службу для проведения вакуумной аспирации, возможности для переливания крови и заменного переливания жидкостей в редких случаях экстренности или неполного аборта, а также постоянную поставку препаратов для медикаментозного аборта.

Антибиотики должны быть доступны для лечения существующей инфекции, или в случае, если инфекционные осложнения развиваются во время последующего после аборта периода.

Штат клиники должен включать сотрудников, которые могут определить приемлемость медикаментозного аборта для

конкретной женщины; провести качественное консультирование, оценить степень выраженности побочных эффектов и риск развития осложнений для принятия своевременных мер по их купированию; предоставлять в случае необходимости экстренную помощь и/или направлять женщин для ее получения в соответствующие лечебные учреждения.

Ультразвуковая диагностика может быть полезной для определения гестационного возраста и возможных нарушений беременности. Вместе с тем, использование этого метода для подтверждения завершенности аборта может привести к ненужным вмешательствам (8).

Предоставление услуг по ультразвуковой диагностике не должно быть обязательным условием для учреждений, выполняющих процедуру медикаментозного аборта, где ультразвук недоступен, или его использование делает процедуру чрезмерно дорогой (1, 8).

Обезболивание является важным аспектом проведения медикаментозного аборта, и каждое учреждение, предлагающее этот метод, должно иметь стандарты применения обезболивающих средств.

Если пациентка принимает Мизопростол или другой простагландин, необходимо рекомендовать ей прием обезболивающих препаратов, а также дать другие рекомендации по снижению болевых ощущений. Женщины по-разному переносят боль и по-разному реагируют на обезболивающие препараты, поэтому желательно иметь под рукой анальгетики самых разных видов.


Другие рекомендуемые условия включают наличие базовых гинекологических и медицинских инструментов, обезболивающих и других препаратов для устранения побочных эффектов.

Учреждения должны иметь частные/специальные зоны для консультирования и пребывания женщин после назначения Мизопростола (если это необходимо).

### **КАКОВЫ ПРЕИМУЩЕСТВА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МИФЕПРИСТОНА КАК ПРЕПАРАТА, ИСПОЛЬЗУЕМОГО ДЛЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО АБОРТА, ПО СРАВНЕНИЮ С ХИРУРГИЧЕСКИМ АБОРТОМ?**

Аборт, выполненный в первом триместре – одна из самых безопасных хирургических процедур с показателями смертности в развитых странах 1-2 случая на 100000 процедур. Однако любая хирургическая процедура имеет определенный риск осложнений. Мифепристон значительно снижает или устраняет многие из осложнений, связанных с существующими методами хирургического аборта. Они включают осложнения, связанные с анестезией, перфорацию острыми инструментами, инфекции при использовании нестерильного оборудования.

При широком применении Мифепристона высока вероятность снижения его стоимости и увеличение доступности для тех женщин, которые хотели бы выбрать этот способ искусственного аборта. Использование хирургических методов, наоборот, было бы возможно в тех случаях, когда использование Мифепристона по каким-либо причинам невозможно, либо в случае неудачи медикаментозного метода. Вместе с тем, ввиду возможных ограничений использования этого метода, как по срокам беременности, так и по желанию женщины и ее состоянию, необходимость в хирургическом аборте останется всегда.

Исследования, проведенные в Европе и США, показали, что значительное число женщин предпочитают нехирургический метод аборта (24, 25). В одном из таких сообщений, 77% женщин, которые уже имели в анамнезе хирургическое искусственное прерывание беременности, называли комбинацию Мифепристон-проstagландин более приемлемой, потому что это обеспечивало им большую конфиденциальность и снижало риск анестезии. 

### НАСКОЛЬКО ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МИФЕПРИСТОНА БЕЗОПАСНО В СТРАНАХ С ОГРАНИЧЕННЫМ ДОСТУПОМ К КАЧЕСТВЕННОМУ МЕДИЦИНСКОМУ ОБСЛУЖИВАНИЮ?

Известно, что риски аборта намного больше для женщин в развивающихся странах, чем для тех, кто живет в промышленно развитых странах. Около 100 000 женщин в развивающихся странах умирают каждый год от криминальных абортов и абортов, выполненных неквалифицированным персоналом; значительно большее число женщин имеют другие серьезные осложнения, такие как бесплодие.

В настоящее время медикаментозный аборт рассматривается международными экспертами как метод выбора безопасного аборта для стран с ограниченными ресурсами здравоохранения. Более того, применение этого метода за счет снижения вероятности инфицирования и развития воспалительных осложнений, будет способствовать снижению риска этой группы осложнений.


Серьезной проблемой продви-

жения медикаментозного аборта в развивающихся странах по-прежнему является необходимость регистрации простагландинов, которые могли бы обеспечить доступность этого метода искусственного аборта, в том числе и в сельских территориях. Россия является одной из первых стран мира, в которой мизопростол (торговая марка Миролют, регистрационный номер ЛС-001766 от 14.07.06) зарегистрирован для искусственного прерывания беременности до 42 дней аменореи. Во всех остальных странах Мизопростол используется «off-label», т.е. не в соответствии с прилагаемой к препарату инструкции.

Существует определенная вероятность того, что использование Мифепристона может стать доступным на черном рынке. Прием Мифепристона самостоятельно и/или без последующего медицинского наблюдения может увеличивать вероятность таких осложнений, как кровотечение. Вместе с тем, вероятность развития этих осложнений может оказаться менее значимой по сравнению с риском

осложнений после криминальных и неуточненных абортов. Риск возникновения осложнений после медикаментозных абортов может быть даже меньшим по сравнению с деторождением.

### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Все страны, имеющие опыт внедрения медикаментозного аборта, сталкивались с проблемами его легализации и соблюдения стандартов метода. Лучший способ предотвращать «криминальное» небезопасное использование Мифепристона и других подобных препаратов состоит в том, чтобы сделать их доступными через систему здравоохранения обученным медицинским персоналом. Внедрение данного метода должно быть законодательно закреплено, проводиться при поддержке зарегистрированных препаратов, в лицензированных лечебных учреждениях специально обученным персоналом. Только при соблюдении всех этих условий применение Мифепристона для искусственного аборта действительно можно сделать безопасным. 

### Литература

- Blumental P., Clark Sh., Kurus J. Coyaji et al. Providing medical abortion in low-resource settings. Gynuity Health Project. 2009. 68 p.
- Grimes D.A. Estimation of pregnancy-related mortality risk by pregnancy outcome. United States. 1991 to 1999. Am. Journal of Obstet. & Gynec. 2006. 194 (1): p.: 92-94.
- Ashok P.W., Penney G.C., Flett G.M., Templeton A. An effective regimen for early medical abortion: a report of 2000 consecutive cases. Hum. Repr. 1998. 13 (10): p.: 2962-2965.
- Schaff E., Stadalius L., Eisinger S., Franks P. Vaginal misoprostol administered at home after mifepristone (RU486) for abortion. Journal of Fam. Practice. 1997. 44 (4): p.: 353-361.
- National Abortion Federation (NAF). Frequently Asked Questions about Mifepristone. NAF. USA. 2008. Available at: www.prochoice.org
- Raghavan S., Comendat R., Digol I., et al. Two-pill regimens of misoprostol after mifepristone medical abortion through 63 days' gestational age: a randomized controlled trial of sublingual and oral misoprostol. Contraception. 2009. 79 (2): p.: 84-90.
- Ashok P.W., Templeton A., Wagaarachchi P.T., Flett G.M. Factors affecting the outcome of early medical abortion: a review of 4132 consecutive cases. Br. Journal of Obst. and Gyn. 2002. 109 (11): p.: 1281-1289.
- World Health Organization (WHO). Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems. Geneva: WHO. 2003. Available at: www.who.int/reproductive-health/publications/unsafe\_abortion/9241590343/en/index.html.
- Child T.J., Thomas J., Rees M. and Mackenzie I.Z. A comparative study of surgical and medical procedures: 932 pregnancy terminations up to 63 days gestation. Hum. Repr. 2001. 16 (1): p.: 67-71.
- Fiala C., Winikoff B., Helstrom L., Hellborg M. and Gemzell-Danielsson K. Acceptability of home-use misoprostol in medical abortion. Contraception. 2004. 27: p.: 387-392.
- Cable E.E., Pepe J.A., Donohue S.E., Lambrecht R.W., Bonkovsky H.L. Effects of mifepristone (RU-486) on heme metabolism and cytochromes P-450 in cultured chick embryo liver cells, possible implications for acute porphyria. Eur. Journal of Biochemistry. 1994. 225 (2): p.: 651-657.
- Davis A., Eastering Th. Medical evaluation and management. In Management of Unintended Pregnancy and Abnormal Pregnancy: Comprehensive Abortion Care. West Sussex. UK. 2009. p.: 78-89.
- Delvaux T., Nostlinger Ch. Reproductive choice for women and men living with HIV: Contraception, abortion and fertility. Repr. Health Matters. 2007. 15 (29): p.: 46-66.
- de Bruyn M. Safe abortion for HIV-positive women with unwanted pregnancy: A reproductive right. Repr. Health Matters. 2003. 11 (22): p.: 52-61.
- Cable E.E., Pepe J.A., Donohue S.E., Lambrecht R.W., Bonkovsky H.L. Effects of mifepristone (RU-486) on heme metabolism and cytochromes P-450 in cultured chick embryo liver cells, possible implications for acute porphyria. Eur. Journal of Biochemistry. 1994. 225 (2): p.: 651-657.
- Sitruk-Ware R. Mifepristone and misoprostol sequential regimen side effects, complications and safety. Contraception. 2006. 74 (1): p.: 48-55.
- Berstein P., Kandinow L. Use of misoprostol for labor induction in patients with asthma. 2004. Available at: www.medscape.com.
- Hogue C.J.R., Boardman L.A., Stotland N. Answering questions about long-term outcomes. In: Paul M., Lichtenberg S., Borgatta L., Grimes D.A., Stubblefield P.G., Creinin M.D., eds. Management of Unintended and Abnormal Pregnancy: Comprehensive Abortion Care. West Sussex. UK: Wiley-Blackwell. 2009. 75 p.
- Stafford M.A., Mottl-Santiago J., Salva A., et al. Relationship of obesity to outcome of medical abortion. Am. Journal of Obstet. & Gynec. 2009. 200 (5): p.: 34-36.
- Hayes J.L., Achilles S., Reeves M.F., et al. Outcomes of medical abortion through 63 days in women with twin gestation. Contraception. 2008. 78: p.: 168-169.
- Virk J., Zhang J., Olsen J. Medical abortion and the risk of subsequent adverse pregnancy outcomes. New Eng. Journal of Med. 2007. 357 (7): p.: 648-653.
- Abdel-Aleem H., Villar J., Gulmezoglu A.M. The pharmacokinetics of the prostaglandin E1 analogue misoprostol in plasma and colostrums after postpartum oral administration. Eur. Journal of Obstet. and Gyn. and Repr. Biology. 2003. 108: p.: 25-28.
- Tang O.S., Gao P.P., Cheng L., Lee S.W., Ho P.C. A randomized double-blind placebo-controlled study to assess the effect of oral contraceptive pills on the outcome of medical abortion with mifepristone and misoprostol. Hum. Repr. 1999. 14 (3): p.: 722-725.
- Hausknecht R. Mifepristone and misoprostol for early medical abortion: 18 months experience in the United States. Contraception. 2003. 67 (6): p.: 463-465.
- Ho P.C. Women's perceptions on medical abortion. Contraception. 2006. 74 (1): p.: 11-15.