

*В. Б. Абрамченко, Е.Н. Гусева*

# МЕДИКАМЕНТОЗНЫЙ АБОРТ

Санкт-Петербург  
«ЭЛБИ - СПб»  
2005

Абрамченко В.В., Гусева Е.Н. Медикаментозный аборт. —СПб.:  
"ЭЛБИ-СПб", 2005. 116с. ISBN 5-93979-135-2

В книге освещаются впервые в отечественной и зарубежной литературе актуальные вопросы выбора простагландинов и антигестагенов для медикаментозного прерывания беременности в ранние сроки.

Выделены вопросы, касающиеся медико-социальных, этических и психологических проблем выбора медикаментозного или хирургического прерывания беременности ранних сроков.

. Рассмотрены осложнения, показания и противопоказания для сочетанного применения антигестагенов и простагландинов с целью прерывания беременности.

Приведены экспериментальные данные об abortивном эффекте основных антигестагенов и клинические особенности течения медикаментозного аборта.

Книга предназначена врачам-акушерам и гинекологам, работающим в различных учреждениях, врачам всех специальностей.

© Абрамченко В.В.,  
Гусева Е.Н., 2005  
ISBN 5-93979-135-2

© «ЭЛБИ-СПб», 2005

## ВВЕДЕНИЕ

Искусственное прерывание нежелательной беременности является одним из наиболее значимых медико-социальных факторов, оказывающих негативное влияние на репродуктивное здоровье женщин (Фролова О.Г. и соавт., 2003; Юсупова А.Н. и соавт., 2004).

Всемирная организация здравоохранения признала аборт серьезной проблемой охраны репродуктивного здоровья женщин во многих странах (ВОЗ, 1994, 1999).

По мнению В.И. Кулакова (2002, 2003) проблема аборт, несмотря на установившуюся тенденцию к снижению их числа, по-прежнему требует решения. Они являются ведущей причиной материнской смерти и приводят к воспалительным заболеваниям половых органов, бесплодию, а также отрицательно влияют на течение последующих беременностей и родов, увеличивая частоту невынашивания, материнской и перинатальной патологии. Так, в 2002 году зарегистрировано 1 млн 782 тыс. аборт, что на 75 тыс. меньше по сравнению с 2001 годом. Показатель числа аборт на 1000 женщин фертильного возраста в 2002 году составил 45,8%, в 2001 году - 47,7%.

Стратегические задачи в области охраны репродуктивного здоровья населения определены Концепцией охраны репродуктивного здоровья населения России на 2000—2004 годы и Планом мероприятий по ее реализации. О.В. Шарапова (2002) отмечает также, что сохраняются высокий уровень аборт и высокий уровень осложнений после них — более 70% женщин страдают воспалениями женской половой сферы, высок уровень эндокринных нарушений, невынашивания беременности, бесплодия. Высокий уровень материнской смертности во многом также обусловлен абортами, удельный вес которых в общей структуре материнской смертности составляет 1/4 от всех случаев. В то же время за последние 3 года имеет место снижение абсолютного числа аборт на 11,3% и, что особенно важно, в возрастной группе подростков до 14 лет на 30,4%, 15-19 лет — на 15,9%, криминальных аборт — на 13,3%, материнской смертности после аборт — на 16,2%. Соотношение числа аборт к числу родившихся живыми и мертвыми на протяжении последнего десятилетия в России стойко сохранялось на уровне 2:1, однако в 2001 году оно снизилось до 1,42:1. Эти данные указывают на то, что в России искусственный аборт продолжает оставаться основным, хотя и небезопасным, средством регулирования рождаемости, о чем свидетельствуют такие показатели, как отношение числа аборт к числу

родившихся живыми и мертвыми и число аборт на 1000 женщин репродуктивного возраста (Фролова О.Г. и соавт., 2003). Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ; 1999) при рассмотрении эпидемиологии искусственного аборта, эффективности и безопасности применяемых методов и организации службы выполнения аборт сделала ряд рекомендаций, включая следующую: «Разработать нехирургический метод выполнения аборта, нетоксичный для женщины и нетератогенный при применении эффективной дозы, надежно обеспечивающей полное изгнание продуктов зачатия, пригодный для применения в неклинических условиях и экономически приемлемый для женщин во всех странах». Кроме того, научная группа ВОЗ (1999) сформулировала ряд рекомендаций по данной проблеме и пришла к заключению, что, во-первых, медикаментозные методы выполнения искусственного аборта увеличивают возможности выбора и могут внести свой вклад в улучшение репродуктивного здоровья, и, во-вторых, необходимы дальнейшие исследования для улучшения современных медикаментозных методов выполнения искусственного аборта посредством выявления новых фармацевтических средств с характеристиками, превосходящими характеристики ныне существующих препаратов, или с другим механизмом действия.

Среди демографических и социальных факторов важно учитывать возраст, семейное положение, число родов, социально-экономическое положение, этническую принадлежность, срок беременности.

Проблеме эффективности и безопасности медикаментозного аборта в отечественной литературе посвящены отдельные сообщения (Абашин В.Г., 2000; Володина Н.А. и соавт., 2001).

При сравнении медикаментозных методов и вакуумной аспирации при прерывании беременности ранних сроков существующие данные позволяют предположить, что медикаментозный аборт при помощи мифепристона в сочетании с простагландином и аборт при помощи вакуумной аспирации приблизительно одинаково эффективны в отношении прерывания беременности со сроком аменореи до 49 дней (при обоих методах частота неудач и продолжение беременности равны приблизительно 0,5%-1% случаев).

В настоящее время еще предстоит определить подходящий простагландин и оптимальную его дозу для применения после введения мифепристона при различных сроках беременности. Также неясно, влияют ли доза мифепристона, тип и доза простагландина и взаимодействие этих двух агентов на эффективность схемы вмешательства и вид неудач. Недостаточно изучены психологические и социальные аспекты при применении медикаментозного аборта.

## СОДЕРЖАНИЕ

Введение .....	3
<i>Глава 1.</i> Медико-социальные и клинические аспекты аборта .....	5
<i>Глава 2.</i> Клиническая характеристика беременных женщин .....	34
<i>Глава 3.</i> Психологические особенности, выбирающих хирургический или медикаментозный аборт.....	43
<i>Глава 4.</i> Экспериментальное и клиническое обоснование использования антипрогестагенов для прерывания беременности ранних сроков.....	72
<i>Глава 5.</i> Клиническая эффективность антипрогестинов при прерывании беременности ранних сроков .....	77
Заключение.....	94
Список литературы .....	109
Приложения	