

**ПРОБЛЕМЫ**  
РЕПРОДУКТИВНОГО  
**ЗДОРОВЬЯ**

Декабрь, 2008

**Аборты:  
здоровье женщин  
и государственная политика**

## Уважаемые коллеги, дорогие друзья!

Мы предлагаем Вам второй выпуск русской версии журнала «Reproductive Health Matters», публикуемый в России.

**Reproductive Health Matters – «Проблемы репродуктивного здоровья»** – журнал, предлагающий широкий спектр публикаций, связанных с темой репродуктивного здоровья. Наиболее полную версию перевода названия журнала, состоящую из двух обязательных частей, представила ее главный редактор Marge Berer – 1. Вопросы/темы, связанные с репродуктивным здоровьем. 2. Репродуктивное здоровье – важный аспект нашей жизнедеятельности!

Задачи, которые ставит перед собой редакционный коллектив журнала, заключаются во всестороннем анализе темы репродуктивного здоровья, обсуждении законодательства, различных политических актов и примеров государственной деятельности, результатов научных исследований и реформ службы здравоохранения, осуществляемых в разных странах мира, и направленных на улучшение репродуктивного здоровья женщин, и отвечающие их потребностям в области репродуктивного здоровья, поддержке их репродуктивных прав.

Мы надеемся, что мировая научная информация, ставшая теперь доступной для русского читателя, будет востребована специалистами, работающими и непосредственно в сфере здравоохранения, и по национальным проектам в аппарате Правительства и государственной Думе, министерствах и ведомствах национального и регионального уровней, академических институтах и профессиональных сообществах, неправительственных общественных организациях, в международных проектах, чья деятельность в той или иной мере связана с решением репродуктивных проблем женщин.

Журнал **Reproductive Health Matters** публикуется также на китайском, арабском, испанском, португальском, французском языках и хинди.

Мы также готовы поделиться русским изданием и с русскоязычными специалистами, работающими в других странах, и имеющих схожие проблемы.

Русская версия журнала **Reproductive Health Matters** выходит один раз в год.

**Распространение журнала** осуществляется бесплатно (через рассылку по почте), через действующий проект «Здоровая Россия 2020», Российскую Ассоциацию Планирования семьи, а также во время проведения Форумов Российского Общества акушеров-гинекологов и других региональных Форумов и семинаров. **Заявки на получение** можно присылать по адресу: RHM\_journal@mail.ru (с указанием фамилии, имени, отчества, должности, места работы и точного почтового или электронного адреса)

**Подписка на английскую версию журнала** Reproductive Health Matters возможна через [www.rhm-elsevier.com](http://www.rhm-elsevier.com)

**Reproductive Health Matters** доступен на сайтах: [www.rhm-elsevier.com](http://www.rhm-elsevier.com), [www.rhmjournal.org.uk](http://www.rhmjournal.org.uk)

**Все авторские права защищены Elsevier Ltd.**

**Аборты:  
здоровье женщин  
и государственная политика**

---

**Материалы данного выпуска взяты из:**

Reproductive Health Matters  
Volume 10 Number 19, 2002  
Volume 11 Number 22, 2003  
Volume 13 Number 26, 2005  
Volume 14 Number 27, 2006  
Volume 16 Number 31 (Supplement) 2008  
Volume 8 Number 15, 2008

**Ответственный редактор:**

И.С.Савельева

**Отв. секретарь:**

Ж.А.Городничева

**Редколлегия:**

Е.М.Вихляева, О.С.Филиппов,  
Л.В.Посисеева, В.Е.Радзинский,  
М.Г.Глезер, И.П.Каткова,  
Е.В. Дмитриева, Л.В.Ерофеева,  
К.Г.Серебренникова, О.Ф.Серова,  
Е.Е.Григорьева

**Перевод:** Ю. Лазарева**Финансовая поддержка:**

Reproductive Health Matters

**Проект выполняется при участии**

Региональной общественной организации  
«Московское научное общество  
по проблемам женского здоровья»  
127473 Москва, ул. Достоевского, 31/33,  
корпус А, 7 этаж  
Тел./факс: +7499 972 96 12  
Официальный сайт: <http://www.gzrf.ru>  
E-mail: [pjz2008@gzrf.ru](mailto:pjz2008@gzrf.ru)

**РОО «Московское научное общество  
по проблемам женского здоровья»**

Президент – профессор М.Г.Глезер  
Вице-президент – доктор мед. наук  
И.С.Савельева

**Выпускающий редактор:**

Т.В.Соловьева

Заявки на получение бесплатной копии  
журнала направлять по адресу:

**RHM\_journal@mail.ru**

© Reproductive Health Matters 2008

**RHM EDITORIAL OFFICE:**

Reproductive Health Matters  
444 Highgate Studios  
53-79 Highgate Road  
London NW5 1TL, UK  
Tel: (44-20) 7267 6567  
Fax: (44-20) 7267 2551

RHM is a Registered Charity in  
England and Wales, No. 1040450

Limited Company Registered  
No. 2959883 (England)

**ISSN 0968-8080**

**RHM IS INDEXED IN:**

Medline  
PubMed  
Current Contents  
Popline  
EMBASE  
Social Sciences Citation Index

**Готовые статьи для публикации  
отправлять**

Marge Berer, Editor  
E-mail: [mberer@rhmjournal.org.uk](mailto:mberer@rhmjournal.org.uk)

**Руководство по подготовке статей  
доступно на сайте:**

[www.rhmjournal.org.uk](http://www.rhmjournal.org.uk)

**По другим вопросам  
обращаться к**

Pathika Martin – Promotion &  
Administration Manager  
E-mail: [pmartin@rhmjournal.org.uk](mailto:pmartin@rhmjournal.org.uk)

# Содержание

- |     |   |  |
|-----|---|--|
| 5   | <i>Мардж Берер</i>  | Обеспечение безопасности аборт <span>ов</span> : вопрос разумной политики и практики общественного здравоохранения                 |
| 22  | <i>Мария де Брайн</i>   | Безопасные аборт <span>ы</span> для ВИЧ-инфицированных женщин с нежеланной беременностью: репродуктивные права                     |
| 32  | <i>Генри П. Дэвид</i>   | Рожденные нежеланными, 35 лет спустя: Пражское исследование  |
| 44  | <i>Джули Соло</i>   | Обезболивание при неполном аборт <span>е</span>  |
| 51  | <i>Мардж Берер</i>  | Медикаментозный аборт: вопросы выбора и приемлемости   |
| 63  | <i>Айз Экин, Гонка Октей Кокоплу, Левент Экин</i>   | Внедрение медикаментозного аборт <span>а</span> на ранних сроках беременности в Турции   |
| 73  | <i>Сара Роботам, Луиз Ли-Джонс, Тони Керридж</i>  | Аборт на поздних сроках: изучение женщин, перенесших аборт в 19–24 недели беременности   |
| 76  | <i>Патрисия А. Лор</i>  | Хирургический аборт во втором триместре беременности   |
| 88  | <i>Кристина Гемзель-Дэнилссон, Суята Лалиткумар</i>   | Медикаментозный аборт во втором триместре с применением мифепристона и мизопростола и только мизопростола: Обзор методов и ведение |
| 100 | <i>Даниель Гроссман, Келли Блэнчард, Пол Блументаль</i>   | Осложнения после хирургического и медикаментозного аборт <span>а</span> во втором триместре беременности                           |
| 111 | <i>Дэвид А. Граймс</i>  | Выбор метода проведения аборт <span>а</span> во втором триместре: Эволюция, доказательства и этические аспекты                     |
| 118 | Международная Конференция «Рекомендации по аборт <span>ам</span> во втором триместре» 29–31 марта 2007 г. |  |

**Мардж Берер** – главный редактор, журнал «Проблемы репродуктивного здоровья», Лондон, Великобритания.

**Мария де Брайн** – ведущий Консультант по Политической Стратегии, Iras, Chapel Hill, Северная Каролина, США.

**Генри П. Дэвид** – директор, Межнародный Институт Изучения Семьи, Бетесда, врач, США, электронная почта (новый адрес): henrydavid85@gmail.com.

**Джули Соло** – Европейский Альянс по Репродуктивному Здоровью, Лондон, Великобритания, электронная почта: (новый адрес): juliesolo99@hotmail.com.

**Айз Экин** – профессор, акушер-гинеколог, Отдел общественного здравоохранения, медицинский факультет, Университет Эйситтип, Анкара, Турция, электронная почта: aysea@tr.net.

**Гонка Октей Кокоплу** – специалист в области общественного здравоохранения, Отдел общественного здравоохранения, медицинский факультет, Университет Эйситтип, Анкара, Турция.

**Левент Экин** – доцент, Отдел общественного здравоохранения, медицинский факультет, Университет Эйситтип, Анкара, Турция

**Сара Роботам** – Marie Stopes International, Лондон, Великобритания.

**Луиз Ли-Джонс** – Marie Stopes International, Лондон, Великобритания.

**Тони Керридж** – Marie Stopes International, Лондон, Великобритания.

**Патрисия А. Лор** – медицинский директор, Британская Консультативная Служба для беременных, Стратфорд-апон-Эйвн, Великобритания.

**Кристина Гемзель-Дэнилссон** – профессор, Отделение «Здоровье матери и ребенка», Кафедра акушерства и гинекологии, Каролинский Университет, Больница Каролинского Университета, Стокгольм, Швеция.

**Суюта Лалиткумар** – специалист по акушерству и гинекологии (акушер-гинеколог), Отделение «Здоровье матери и ребенка», Кафедра акушерства и гинекологии, Каролинский Университет, Больница Каролинского Университета, Стокгольм, Швеция.

**Даниель Гроссман** – старший помощник редактора, Ibis Reproductive Health, Отделение акушерства и гинекологии, Главный госпиталь Сан-Франциско, Сан-Франциско, штат Калифорния, США.

**Келли Блэнчард** – президент, Ibis Reproductive Health, Кембридж, Массачусетс, США

**Пол Блументаль** – профессор отделения гинекологии, Кафедра акушерства и гинекологии, Стэнфордский Медицинский университет, Стэнфорд, Калифорния, США.

**Девид А. Граймс** – Отделение акушерства и гинекологии, Медицинский Университет Северной Каролины, Chapel Hill, Северная Каролина, США.



www.gzrf.ru

©2000 Бюллетень Всемирной Организации  
здравоохранения. Опубликовано: Elsevier Science от имени  
журнала «Проблемы репродуктивного здоровья».  
Проблемы репродуктивного здоровья 2002;10(19):31–44  
0968-8080/02 \$ – см. титульную страницу  
PII: S0968-8080(02)00021-6



www.rhmjournal.org.uk

## Обеспечение безопасности абортов: вопрос разумной политики и практики общественного здравоохранения

Мардж Берер\*

Редактор, Вопросы репродуктивного здоровья, Лондон, Великобритания. Электронный адрес (новый): mberer@rhmjournal.org.uk

**Краткое содержание.** *Смертность, связанная с абортами, составляет, по меньшей мере, 13% от показателей материнской смертности во всем мире. Небезопасные процедуры абортов, неквалифицированные работники, выполняющие аборт, ограничивающие законы в отношении абортов и высокая смертность и заболеваемость, связанные с абортами, часто взаимосвязаны между собой. Предотвращение смертности и заболеваемости, связанные с абортами, в странах, где эти показатели сохраняются на высоком уровне – вопрос разумной политики в области общественного здравоохранения, основанной на надлежащей клинической практике, и одновременно важный элемент инициатив, направленных на повышение безопасности беременности. В данной статье рассматриваются изменения в политике и системе оказания медицинской помощи, необходимые для обеспечения безопасности абортов. Она основана на широкомасштабном обзоре опубликованных и неопубликованных источников. Для того, чтобы меры по организации общественного здравоохранения были эффективными, необходимо принимать во внимание причины, по которым женщины обращаются за проведением аборта, типы требуемых услуг в области абортов и сроки беременности, на которых выполняется аборт, разновидности специалистов, необходимых для проведения абортов, а также вопросы обучения, стоимости и консультирования. Для перехода от небезопасных к безопасным абортам требуются изменения политики на государственном уровне; обучение медицинских работников; предоставление услуг на соответствующем уровне в пунктах первичной медико-санитарной помощи; а также обеспечение доступности для женщин этих услуг. Важным элементом такого перехода является информированность о наличии услуг по проведению аборта, особенно среди подростков и незамужних женщин, у которых в целом отмечается меньший доступ к услугам по охране репродуктивного здоровья. © 2000 г., Бюллетень Всемирной Организации здравоохранения. Опубликовано: Elsevier Science от имени журнала «Проблемы репродуктивного здоровья».*

**Ключевые слова:** небезопасный и подпольный аборт; законы и политика в отношении абортов; медицинские работники, занимающиеся выполнением абортов, и услуги в области абортов

**П**о оценкам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), около 25% всех беременностей во всем мире заканчивается искусственным абортom, что составляет примерно 50 миллионов абортов в год. Из них 20 миллио-

нов абортов выполняются в условиях, представляющих опасность, по причине либо неквалифицированного персонала, либо использования небезопасных процедур, либо обоих этих факторов. Число смертей вследствие небезопасных абортов в развивающихся странах оценивается в 80 тыс. ежегодно, что соответствует 400 смертей на 100 тыс. абортов. За этой цифрой, тем не менее, скрываются значительные региональные вариации; например, небезопасные аборты в Аф-

\* Обеспечение безопасности абортов: вопрос разумной политики и практики общественного здравоохранения. Бюллетень Всемирной организации здравоохранения, 2000 г., 78 (5): 580–9.

рике приводят к смертельному исходу как минимум в 700 раз чаще, чем безопасные аборт в развитых странах (табл. 1). На протяжении прошедшего десятилетия, несмотря на повышение безопасности применяемых процедур абортов и улучшение доступа к лечению осложнений для некоторых женщин в развивающихся странах, число женщин, нуждающихся в лечении серьезных осложнений после небезопасных абортов, остается весьма высоким, а некоторые женщины вообще не получают никакой помощи [1–8].

Небезопасные процедуры абортов, отсутствие квалифицированного персонала, выполняющего аборт, ограничивающие законы в отношении абортов и высокие показатели смертности и заболеваемости вследствие абортов встречаются зачастую в одних и тех же странах. В данной статье представлены шаги, благодаря которым разумная политика в области общественного здравоохранения и клиническая практика надлежащего качества могут сделать аборт безопасными. Статья основана на проведенном обзоре опубликованных и неопубликованных источников в Medline и Popline, а также на статьях в ряде журналов, информационных бюллетеней, книг и прочих публикациях в этой области.

Незапланированные и нежеланные беременности представляют собой серьезную проблему для общественного здравоохранения. Несмотря на то, что фертильность в развивающихся странах снизилась по сравнению с 1960 г. почти вдвое [9], мотивация к контролированию числа рождений и увеличению промежутка между родами растет быстрее, чем показатели использования средств контрацепции. Когда люди решают, что хотят иметь меньше детей, они используют комплекс различных подходов для достижения этой цели, включая современные или традиционные методы контрацепции и аборты. Снижение фертильности порой принято относить

исключительно за счет эффективной практики контрацепции, однако искусственный аборт также является важным фактором [10–13]. Степень и эффективность использования средств контрацепции влияют на показатели абортов, однако любой метод контрацепции может потерпеть неудачу, несмотря на правильное и последовательное применение [14, 15]. В Италии, Турции и Великобритании к наиболее распространенным причинам обращения за аборт относятся неудача при прерванном половом акте и непоследовательное использование презервативов и контрацептивных таблеток [16–18]. В Греции и странах бывшей Югославии недостаточный доступ к современным методам контроля рождаемости, помимо безопасного аборта, исторически способствовали высоким показателям абортов [19, 20].

Увеличение промежутка между возрастом на момент наступления первой менструации и возрастом при замужестве означает увеличение периода, в течение которого у незамужних женщин возможно наступление нежеланной беременности. Недостаточный доступ к услугам по планированию семьи для молодых и незамужних женщин оказывает значительное влияние на показатели абортов. В Аргентине, Чили, Гане, Кении и Вьетнаме незамужние женщины с нежеланной беременностью отмечают недостаток коммуникации с партнерами по вопросам, связанным с сексуальностью, недостаток знаний по вопросам фертильности и контрацепции, низкие показатели использования средств контрацепции и/или нерегулярное и неэффективное применение методов контрацепции [21–26].

Увеличение показателей использования презервативов вместо более эффективных методов контрацепции, в особенности среди нуждающихся в двойной защите от инфекций, передаваемых половым путем, и нежеланной беременности, также может приводить к повышению показателей абортов [27]. Более высокие показатели абортов часто принято считать отрицательным результатом использования презервативов, однако показатели инфекций, передаваемых половым путем, в особенности ВИЧ-инфекции, снижаются благодаря использованию презервативов. Это следует рассматривать как положительный результат и разумную политику в области общественного здравоохранения при условии наличия возможности проведения абортов и их безопасности.

**Таблица 1. Смертность от небезопасных абортов [3]**

Регион	Смертность на 100 000 абортов
Африка	680
Южная и Юго-Восточная Азия	283
Латинская Америка	119
Развивающиеся страны	400
Развитые страны	0,2–1,2

Большинство женщин используют средства контрацепции и, при необходимости, прибегают к абортам, поскольку они хотят быть хорошими матерями для уже имеющихся детей [28]. Некоторые просто не готовы или не в состоянии иметь детей на данный момент; кроме того, небольшое, но увеличивающееся число женщин, чья позиция заслуживает уважения, не хотят иметь детей вообще [29]. Распространенными причинами абортот являются беспокойство о здоровье женщины, благополучии семьи, и бедности, особенно среди женщин с несколькими детьми [14, 30, 31].

В странах Азии показатели абортот находятся в непосредственной зависимости от государственной политики в области народонаселения. В Китае после введения политики «одного ребенка» значительно увеличилось число абортот по сравнению с предыдущим десятилетием [32]. Аналогично во Вьетнаме на показатели абортот оказали влияние политика «двух детей», стремление к уменьшению размера семьи и неадекватные услуги в области контрацепции [33]. В Китае, Корее и Тайване предпочтение, отдаваемое рождению сыновей, также влияет на решения относительно абортот в контексте нормативов маленьких семей [34].

Даже в странах с очень высокой распространенностью контрацепции, тем не менее, возникают незапланированные беременности и имеют место абортот. В Нидерландах (также представляющих собой страну с небольшой нормой относительно размера семьи) существуют комплексная программа полового просвещения, качественные услуги по контрацепции и экстренной контрацепции, а также безопасные и легальные услуги по выполнению абортот. Лишь около 6% первороденных детей появляются на свет в результате незапланированной беременности, и показатели абортот – одни из наиболее низких в мире (6 на 1 000 в 1994 г., в сравнении с 26 на 1 000 в США). Тем не менее абортот остаются необходимым элементом контроля фертильности [35].

### **Переход от небезопасных к безопасным абортот**

В течение последних 20 лет во все большем числе стран был предпринят обширный диапазон позитивных мер, направленных на снижение смертности и заболеваемости, связанных с абортот. Начиная с 1980 г. произошла либерализа-

ция законов об абортот в той или иной форме в Албании, Алжире, Барбадосе, Бельгии, Ботсване, Болгарии, Буркина-Фасо, Камбодже, Канаде, в бывшей Чехословакии, Гане, Греции, Гайане, Венгрии, Индонезии, Малайзии, Монголии, Пакистане, Румынии, ЮАР, Испании, Тайване и Турции [36–43]. В других странах были предприняты попытки либерализации весьма строгого законодательства в отношении абортот и состоялись масштабные дебаты на государственном уровне по теме абортот [37, 44–48]. В Бразилии, например, Конгресс рассмотрел в период с 1946 по 1995 г. 46 законопроектов, посвященных абортот, среди которых 13 из 16 рассмотренных в период с 1991 по 1995 г. одобряли легализацию абортот при определенных обстоятельствах [49].

Даже при отсутствии изменений в отношении легализации абортот женщинам стало легче получать лечение при осложнениях, обусловленных абортот, в крупных больницах, в особенности в городских районах. Также было уделено внимание вопросам высокой стоимости и низкого качества помощи, предоставляемой во многих государственных больницах в развивающихся странах. Метод мануальной вакуумной аспирации (МВА) наконец начинает заменять метод «расширения и выскабливания» как стандарта оказания помощи при неполном абортот, что само по себе способствует снижению числа осложнений [15, 50, 51]. Более того, увеличилось число медицинских работников, выполняющих абортот, прошедших обучение, лучше информированных относительно более безопасных процедур и практик, благодаря чему, например, в Бангладеш отмечено меньше серьезных осложнений и смертельных случаев, чем было зарегистрировано 10 лет назад [7].

В некоторых странах сами женщины начинают использовать более безопасные методы для самостоятельного проведения искусственного абортот, в особенности интравагинальное применение простагландина мизопростол, что приводит к уменьшению числа осложнений и сокращению периода госпитализации. Это хорошо отражено в имеющейся документации по Бразилии [52–56], и предполагается, что ситуация распространена и в других странах региона [57]. Благодаря подобным изменениям удалось успешно сократить, по крайней мере, число наиболее шокирующих случаев заболеваемости и смертности, вызванных введением в полость матки палок, корней и острых инструментов.

Меры, проводимые в рамках отдельных проектов, тем не менее, могут не оказывать влияния на систему общественного здравоохранения в целом. В Латинской Америке, например, успешные пилотные проекты, направленные на повышение качества оказания помощи после аборт, не всегда были впоследствии расширены или оказывались устойчивыми [58]. Истинный прогресс зависит от юридических и прочих изменений в политике и практике на государственном уровне.

### Необходимость легализации абортов

Легализация абортов — неотъемлемый элемент обеспечения безопасности абортов. Изменение законодательства действительно важно, и утверждения об обратном являются непродуманными и не поддерживаются практикой. Несмотря на то, что во многих странах тенденции, направленные на повышение безопасности абортов, зачастую возникали до изменений законодательства или в отсутствие таковых, юридические изменения необходимы в целях обеспечения безопасности для всех женщин.

Безопасность представляет собой не только вопрос об использовании безопасных медицинских процедур отдельными медицинскими работниками. Речь идет также об устранении риска разглашения, страха перед возможным тюремным заключением и прочих карательных мер по отношению как к женщинам, так и к медицинским работникам, даже в случаях толерантного отношения к нелегальным абортам.

Медицинские работники, выполняющие безопасные, но при этом подпольные, аборты в городах Латинской Америки, отмечают не только отсутствие поддержки со стороны коллег и необходимость сохранения тайны, но также и угрозы насилия, шантаж и преследование [5]. В Боливии и Чили допрос женщин, обращающихся за лечением осложнений после абортов в государственные больницы, является или являлся рутинной практикой [30, 58]. В Нигерии нелегальный аборт влечет за собой тюремное заключение сроком до 14 лет, за исключением случаев, когда жизнь женщины подвергается риску [59]. Более того, в ряде стран, хотя в течение последнего десятилетия отмечается толерантность по отношению к нелегальным абортам, имели случаи аресты без предупреждения.

Безопасность также включает в себя уверенность в том, что аборты не выполняются под-

польно и неквалифицированными медицинскими работниками, практикующими в ситуациях, представляющих угрозу для жизни женщины, даже если они действуют из наилучших побуждений. Если аборт проводится нелегально, женщине некуда или практически некуда обратиться за помощью, даже если ей нанесены серьезные травмы, она подвергается плохому обращению, ей отказывают в обезболивающих препаратах, ее выписывают домой в плохом состоянии, с нее запрашивают крупные суммы денег, либо она страдает от любой другой формы халатности или профессиональной некомпетентности. Женщине может потребоваться последующая помощь, однако иногда с ними невозможно установить связь, поскольку они оставляют ложный адрес [60]. Нередки случаи сохранения беременности после попытки самостоятельной стимуляции аборта, например, около 18% из 803 женщин, родивших ребенка в больнице в Бразилии, сообщили, что предпринимали безуспешные попытки сделать аборт<sup>1</sup> [61, 62].

Разумные законы и политика в отношении абортов являются не только юридическими инструментами, но и признаком общественного признания по отношению к контролю фертильности и потребности женщин в абортах. Они свидетельствуют о признании ограничений возможностей и использования контрацепции, а также права женщины принимать решение относительно числа своих детей и определять промежутки между их рождением. Более того, они отражают уважение и признание ответственности женщин как матерей. В не меньшей степени они характеризуют осознание системой общественного здравоохранения стоимости опасных абортов не только для самих женщин, но и для их уже имеющих детей, партнеров и семей, для медицинских служб и общества в целом.

Значение имеют как содержание закона, так и политика, определяющая, каким образом будет реализовываться этот закон. Именно в «детализации» зачастую заключается либо содействие, либо противодействие оказанию услуг. Замбия [63] и Индия [64] часто ошибочно приводятся в каче-

<sup>1</sup> Результаты проведенного недавно в Бразилии исследования, посвященного изучению 42 детей с врожденными аномалиями, отмечают связь этих аномалий с повреждениями сосудов плода в матке, вызванными сокращениями вследствие приема простагландина; однако наличие этой связи нуждается в подтверждении. См. [62].

стве примеров, подтверждающих отсутствие значимости изменения законодательства, поскольку в обеих странах аборт классифицируются как «легальные», но, тем не менее, показатели смертности, связанной с абортами, остаются высокими. Однако термин «легальный» не означает, что закон является хорошим в тех обстоятельствах, в которых он должен реализовываться на практике. Смертность в Индии и Замбии остается высокой вследствие существующих препятствий на пути практической реализации законов, включая нежелание медицинских работников, недостаток возможностей для их обучения, отсутствие полномочий у медицинских работников и учреждений и недостаток ресурсов, либо стремления к оказанию качественных услуг на уровне первичного звена здравоохранения.

В Замбии по закону для проведения аборта требуется подпись нескольких врачей при том, что в большинстве мест врачей мало или нет вообще, а также отмечается общий недостаток ресурсов. В результате одного исследования было обнаружено, что легальные услуги по проведению абортов либо недоступны, либо неприемлемы для школьниц, среди которых отмечалось более половины всех смертей, связанных с абортом, поскольку медицинские работники не соблюдали конфиденциальности. От девушек, по видимому, требовалось сообщить, от кого они забеременели — факт, который они не хотели разглашать, и, кроме того, они боялись исключения из школы [63].

В Индии аборт по широкому спектру социальных и медицинских причин были легализованы в 1972 г., когда опыт в предоставлении безопасных абортов был более ограничен. В настоящее время многие из выполняемых ежегодно 6,7 миллионов абортов по-прежнему проводятся медицинскими работниками, не имеющими специальной подготовки, в непригодных учреждениях. Клиники, имеющие официальное разрешение на проведение абортов, сосредоточены в городах [64] и распределены неравномерно. Около 16–32% имеющих официальное разрешение центров первичного звена здравоохранения в четырех штатах никогда не занимались выполнением абортов по причине отсутствия необходимой подготовки у сотрудников и функционирующего оборудования. В одном из штатов требовалось согласие на стерилизацию после аборта [65], хотя по закону это не является обязательным требованием. Более того, зачастую

ожидается, что женщины приходят без предварительной записи, и, если в клинике слишком много посетителей, им приходится повторно возвращаться на другой день, опять же без предварительной записи. Также с женщин иногда взимают плату за аборт в зависимости от срока беременности, хотя по закону эта процедура должна выполняться бесплатно (ТК Sundari Ravin-dran, в ходе личной беседы, 1997 г.). Таким образом, препятствия на пути обращения женщинами к заслуживающим доверия услугам могут появляться вследствие причин, нисколько не предусмотренных законом.

### Изменение законов и политики

Для того чтобы сделать аборт безопасными, необходимо отменить, заменить существующие ограничивающие законы в отношении абортов практически во всех странах (включая, в отдельных случаях, традиционные или религиозные законы), либо внести в них соответствующие поправки [66]. Различные страны предпринимают в этом направлении действия, которые можно разделить на три основных направления: 1) либерализация существующего законодательства в рамках уголовно-процессуального кодекса, 2) частичная или полная легализация абортов путем принятия позитивного закона или создания судебного прецедента или 3) декриминализация абортов путем полного их исключения из области юриспруденции. Эти изменения уже произошли практически во всех развитых странах и также происходят во все увеличивающемся числе развивающихся стран.

Существующие законы в отношении абортов отражают различный уровень приверженности со стороны государства в области предоставления абортов и различный уровень контроля со стороны государства (чаще всего в роли контролирующей инстанции выступают медицинские работники) в сравнении с контролем со стороны самих женщин. В этом смысле законы могут быть разрешающими, навязываемыми или препятствующими/ограничивающими. Например, в Швеции женщинам дается право на аборт по собственному желанию и предоставляются услуги для реализации данного права на выбор. В Израиле, с другой стороны, личная свобода действий женщин ограничивается необходимостью получения одобрения специально назначаемой комиссии по абортam, однако все

аборты, на которые получено одобрение, выполняются [67]. Смертность и заболеваемость, связанные с абортами, как правило, наиболее высоки в странах с наиболее препятствующими или ограничивающими законами в отношении аборт. Многие такие законы имеют колониальное происхождение и уже не действуют в странах, в которых они были написаны. Ограничивающие законы разрешают проведение аборта только в тех случаях, когда женщина рассматривается как жертва обстоятельств, т.е. в случае экстренной медицинской ситуации, при пороках развития плода и если беременность наступила в результате изнасилования или инцеста [68]. Однако подавляющее большинство женщин нуждается в абортах по причинам, связанным с планированием семьи, а также по экономическим и социальным причинам.

Наименее фундаментальная форма реформирования законодательства в отношении аборт имеет место, когда ограничение оснований для проведения аборта дополняет уже существующее ограничивающее уголовное законодательство. В Гане, например, согласно принятому в 1960 г. закону аборт разрешен только с целью спасения жизни женщины, а принятая в 1985 г. поправка разрешила проведение аборт с целью охраны физического или психического здоровья женщины, а также при наличии юридических оснований и пороков развития плода [37]. Тем не менее в 1995 г. небезопасные аборт и высокие показатели смертности, связанной с абортами, были по-прежнему распространены в Гане [69]; на практике изменилось лишь немногое.

Расширение перечня оснований для проведения аборта может быть добавлено к существующему закону, что позволяет достичь частичной легализации. В Малайзии на данный момент разрешены аборт в течение периода до 120 дней после зачатия, при условии, что продолжение беременности представляет большую угрозу для жизни женщины или для ее физического либо психического здоровья, чем прерывание беременности [70]. Поскольку искусственный аборт в I триместре всегда безопаснее, чем беременность, подобная формулировка может подвергаться либеральной интерпретации, как это происходит в Великобритании, но может также и применяться в узком буквальном смысле.

Канада на данный момент — единственная страна, где аборт полностью декриминализован [37]. В 1988 г. Верховный суд Канады опротесто-

вал федеральный закон об абортах, с тех пор он не был заменен. Хотя на государственном уровне существуют определенные правила в отношении аборт, любая повторная криминализация аборт была бы нелегальной. Данный пример представляет наиболее полную возможную форму нормализации и деполитизации аборт, которые поставлены в один ряд со всеми другими медицинскими процедурами, и единственными решаемыми вопросами являются обеспечение надлежащей клинической практики и качества оказания помощи в процессе выполнения данной услуги. Любые нарушения медицинской практики в соответствии с существующим законодательством были бы наказуемы.

### Кто и когда принимает решение

Чем меньше срок беременности на момент проведения аборта, тем более он безопасен для здоровья женщины и не менее сложен для медицинского работника. Следовательно, с точки зрения общественного здравоохранения, следует избегать законодательных актов, способствующих задержке проведения процедуры. К подобным актам относятся возложение принятия решения на иных лиц, помимо самой женщины, решение ответственных спорных вопросов в пользу медицинских работников, стремящихся уклониться от выполнения аборта, или установление периода ожидания между получением разрешения на аборт и собственно проведением аборта.

В Индии по закону требуется согласие практикующего медицинского работника на проведение аборта. Кроме того, иногда службы общественного здравоохранения в Индии требуют от женщин письменного согласия их мужей, хотя это не является обязательным по закону. В Пенджабе Верховный суд разрешил мужчине развестись с женой на основании жестокости, поскольку она дважды сделала аборт против его желания, что подразумевает принятие согласия мужа [64, 65]. В 14 странах муж должен дать согласие на аборт своей жене<sup>2</sup> [37], и без такого согласия аборт может быть выполнен исключительно по решению суда или специального медицинского работника, т.е. по медицинским

<sup>2</sup> К этим 14 странам относятся Египет, Сирия, Объединенные Арабские Эмираты, Кувейт, Марокко, Ирак, Саудовская Аравия, Турция, Никарагуа, Республика Корея, Япония, Тайвань, Малави и Гвинея-Бисау. См. [37].

основаниям. Напротив, согласно принятому в ЮАР в 1996 г. закону единственное согласие, необходимое для проведения аборта, – согласие самой женщины [40]. Для молодых девушек необходимо согласие родителей на аборт в 27 странах, преимущественно это страны Восточной и Западной Европы, но также Китай, Индия [36] и отдельные штаты США. Опять же, вместо согласия возможно заключение суда, однако это весьма обременительно. В соответствии с новым законом в ЮАР, с другой стороны, практикующий врач или сертифицированная медицинская сестра обязаны рекомендовать молодой девушке «проконсультироваться с родителями, опекуном, родственниками или друзьями», однако ей не может быть отказано в аборте, если она этого не сделает [40].

В странах, где безопасные аборт являются нормой, более чем 90% женщин делают аборт в течение I триместра беременности<sup>3</sup>. По европейским законам (например, во Франции, Испании и Италии) аборт, как правило, разрешен по просьбе женщины в I триместре беременности, в то время как во II триместре необходимо разрешение одного или более врачей, либо специальной медицинской комиссии, и действует ряд иных ограничений. Подобные законы были приняты около 20–30 лет назад, и, наряду с качественным оказанием услуг, способствовали снижению смертности и заболеваемости, связанных с абортами, так что такие случаи стали редкостью [37]. Одним из непреднамеренных последствий, тем не менее, стало формирование меньшинства неохваченных женщин, которым сложно получить желаемую процедуру во втором триместре, и которые могут быть вынуждены ехать в другую страну, чтобы сделать аборт, поскольку процедуры во II триместре предлагаются в меньшем числе клиник<sup>4</sup> [71]. Таким образом, препятствия и задержки в проведении аборта

<sup>3</sup> Срок беременности в неделях иногда рассчитывается от первого дня последнего менструального периода, а иногда – от дня предполагаемого зачатия, т.е. приблизительно спустя две недели. Источники не всегда четко указывают эти различия.

Аборты с применением метода вакуумной аспирации могут выполняться до 14 недель задержки менструации.

<sup>4</sup> Около 2000 женщин, приехавших из-за рубежа, сделали аборт в Англии и Уэльсе в 1997 г.; почти все они приехали из стран, где аборт по просьбе женщины ограничивается первым триместром.

после 12 недель беременности зачастую приводят к откладыванию процедуры до более поздних сроков, вследствие чего она становится сложнее, чем это необходимо.

К нуждающимся в аборте ранних сроков, относятся женщины: не осознававшие, что они беременны, или отрицавшие наличие беременности, пока она не стала явной (чаще всего молодые женщины); полагавшие, что они слишком стары, чтобы забеременеть; те, у кого личные обстоятельства изменились кардинальным образом в течение беременности (например, муж уходит из семьи или умирает); у которых возникают медицинские показания к проведению аборта и выясняющие, что имеются серьезные пороки развития плода. Там, где аборт прежде были запрещены и проводились подпольно, к женщинам, нуждающимся в аборте во II триместре, также относятся неосведомленные об изменении закона; проживающие далеко от медицинских учреждений; нуждающиеся в дополнительном времени, чтобы выяснить, где можно сделать безопасный аборт; и безуспешно пытавшиеся самостоятельно стимулировать аборт женщины, у которых продолжает развиваться беременность.

Куба – ранний пример развивающейся страны, в которой были легализованы аборт по широкому диапазону показаний. В контексте резких изменений, произошедших в стране в системе медицинской помощи в 1959 г., действовавший ранее закон от 1936 г., согласно которому аборт были легализованы при условии серьезной угрозы здоровью женщины, был официально интерпретирован таким образом, чтобы включить определение понятия «здоровье» как общего состояния благополучия, согласно формулировке ВОЗ. Услуги по выполнению абортов оказывались во всех больницах акушерско-гинекологического профиля. В 1979 г., когда составлялся проект нового Уголовного кодекса, вместо того, чтобы указывать, в каких случаях аборт является легальным, было оговорено, в каких случаях аборт является нелегальным. В соответствии с этим кодексом аборт считался нелегальным, если он выполнялся без согласия женщины или вне территории больницы, или если медицинский работник не соответствовал установленным нормам, или если аборт был проведен с целью получения прибыли. Поскольку по всей территории страны были больницы, предоставляющие бесплатные аборт, эти условия не создавали

препятствий для женщин. Более того, в законе было отмечено, что регулирование (искусственное стимулирование) менструации не является эквивалентом аборта, так как задержка менструации может быть вызвана и иными причинами, помимо беременности [72].

Более современный пример представляет собой законодательство ЮАР, сопровождающееся усилиями, направленными на предоставление качественных услуг на всей территории страны. Тем не менее после I триместра накладываются постепенно возрастающие ограничения. Закон гласит, что беременность может быть прервана по просьбе женщины в течение первых 12 недель беременности, однако в период между 12-й и 20-й неделями необходимо согласие одного медицинского работника (врача), а после 20-й недели – двух медицинских работников (возможно, одного врача и одной сертифицированной акушерки) [40]. Эти ограничения могут оказаться проблематичными, особенно в сельских районах.

В Бангладеш регулирование менструации (РМ) доступно лишь до 10 недель беременности. Результаты исследования, проведенного в 1990 г. в Бангладеш среди женщин, обращавшихся за РМ, показали, что почти 20% не получили желаемых услуг, поскольку у них был превышен этот предельный срок [73]. Многие другие не стремятся получить подобные услуги, а обращаются непосредственно к незарегистрированным медицинским работникам, что, по-видимому, в значительной степени способствует сохранению показателей заболеваемости и смертности.

В Швеции аборт выполняется по просьбе женщины до 18 недель беременности, после этого срока – с согласия медицинского совета [74]. Это позволяет учитывать при практически всех абортах исключительно решение самой женщины – политика содействия, разработанная на основе полученного опыта и растущего осознания потребностей женщины со стороны медицинских работников и лиц, принимающих решения в области политики.

Медицинский совет и отдельные медицинские работники могут либо поддерживать женщину, либо ограничивать ее возможности. Однако, возлагая решение на кого-либо, кроме самой женщины, обращающейся за абортом, государства рискуют навсегда сохранить потребность в услугах незарегистрированных медицинских работников и небезопасных процедурах,

таким образом сохраняя саму проблему общественного здравоохранения, которую они надеялись решить. Примеры Швеции и Канады демонстрируют, что криминальное законодательство и сложные ограничения на проведение аборт не являются необходимыми. Они предлагают четкие модели, достойные распространения.

### **Поддержание баланса (золотой середины)**

В некоторых законах оговорено, что медицинские работники могут отказаться принимать участие в легальном аборте, если это противоречит их совести (убеждениям). В Великобритании ситуация именно такова, за исключением случаев, когда жизнь женщины подвергается риску. Более того, в процессе собеседования при приеме на работу в сфере гинекологии в Великобритании будущим сотрудникам не разрешается задавать вопросы относительно их взглядов на аборт, даже если выполнение аборт входит в перечень должностных обязанностей. Медицинские работники, однако, могут уклониться от выполнения аборт и по причинам, менее значимым, чем их совесть (убеждения), тем самым оставляя женщин уязвимыми и возлагая на них ответственность за поиски необходимого медицинского работника, на что может потребоваться много времени и сил [75].

Согласно большинству стандартов этики медицинского работника, отказывающийся выполнить аборт, если это противоречит его убеждениям, обязан направить женщину к другому работнику, который сделает это. В ЮАР в проекте нового закона указывалось, что при наличии противоречащих убеждений медицинский работник обязан направить женщину к другому медицинскому работнику, готовому выполнить аборт, однако в итоговом тексте эта фраза была пропущена [76]. В законе говорится только, что женщина будет «проинформирована о своих правах» в соответствии с новым законом [40].

Сбалансированный закон должен быть направлен на защиту как несогласия выполнять аборт, основанного на истинном убеждении, так и права женщины получить легальный аборт без задержки, включая право быть направленной к необходимым службам. Тем не менее отдельные сторонники утверждают, что медицинские работники обязаны выполнять все социально санкционированные услуги, включая аборт

[77]. Аналогично можно утверждать, что услуги, касающиеся аборт, должны выполняться людьми, преданными своему делу, и в этой области следует работать только людям, сочувствующим потребности женщины в выполнении аборта, исходя из вопросов качества оказания помощи и уважения к чувствам женщины.

Определенная часть женщин меняет свое решение и хочет сохранить беременность, уже договорившись о проведении аборта [78]. Это не является основанием для введения периода ожидания между назначением аборта и проведением процедуры, как это принято во Франции и Нидерландах, где подобный закон также предназначен для того, чтобы ограничить число женщин из других стран, приезжающих туда, чтобы сделать аборт.

В случае предоставления консультирования в законе может быть указано, из чего оно должно состоять, и является ли оно необходимым. Консультирование может быть директивным — представляющим собой попытку повлиять на решение женщины или контролировать его. Организации, объединяющие противников аборт, иногда предлагают услуги консультирования в некоторых развитых странах. В Сингапуре закон об абортах был либерализован в 1974 г. в качестве одного из элементов государственной политики, направленной на поддержку небольших семей. В 1986 г. было введено обязательное консультирование с целью поддержки тех, кто мог позволить себе иметь больше детей, что привело к снижению числа аборт [79]. Напротив, цель недирективного консультирования, считающегося наиболее этичной формой консультирования, заключается в том, чтобы помочь женщинам решить, что лучше для них самих. В новом принятом в ЮАР законе говорится, что государство будет поддерживать «необязательное и недирективное консультирование перед прерыванием беременности и после такового» [40].

Во Вьетнаме очень немногие женщины, сделавшие аборт, получают информацию о том, как избежать будущих беременностей, хотя они отметили, что хотели бы получать подобную информацию. Некоторые из них находят возможность получить информацию из иных источников; остальные владеют лишь той немногой информацией, что и перед аборт [26]. В Гайане, напротив, в принятом в 1995 г. законе оговаривается консультирование до и после аборта, подчеркивается важность использования средств

контрацепции, предлагается привлекать партнера женщины в процесс консультирования, чтобы содействовать формированию мужской ответственности, и подробно описывается содержание консультирования (альтернативы аборт, методы аборт, возможные отрицательные побочные эффекты, контрацепция, ИППП, психосоциальная помощь). В законе даже назначается период ожидания продолжительностью в 48 часов перед выполнением аборт, что позволяет отвести время для консультирования [39]. Однако записи врачей в течение года после внесения изменений в закон показали, что консультирование было направлено почти исключительно на предложение контрацепции [57]. Это не удивительно, учитывая то, что эти врачи не были обучены в качестве консультантов.

Наиболее целесообразно найти реалистичный баланс и выяснить, что именно, собственно, требуется женщинам. Открытые и доступные услуги по выполнению аборт дают возможность предлагать информацию и услуги в области планирования семьи и охраны сексуального здоровья, что обеспечивает возможность для женщин защитить себя самих. В развитых странах опыт показывает, что немногие женщины, обращающиеся за аборт, действительно нуждаются в «консультировании» относительно решения об аборт, но они нуждаются в информации. Сюда относится информация, предлагаемая перед аборт, о выборе метода аборт и о том, что происходит во время процедуры, а также информация, предоставляемая после аборт, о возможных осложнениях и обращении за помощью при их возникновении, возобновлении сексуальных отношений, профилактике ВИЧ/ИППП и предложение метода контрацепции. Привлечение партнеров должно быть возможным, однако только по просьбе женщины, чтобы защитить ее право на конфиденциальность и частную жизнь.

### Расходы на безопасные аборт

Там, где аборт выполняются подпольно и с использованием небезопасных методик, женщины (либо их партнеры или семья) покупают препараты или иные средства для самостоятельного стимулирования аборт и/или платят медицинским работникам за подпольное оказание услуг, при этом расходы на лечение осложнений после аборт несут как службы общественного здравоохранения, так и сами женщины, причем лече-

ние зачастую происходит в стационарах третичного уровня, где расходы наиболее высоки. Затраты (экономические и социальные), связанные с небезопасными абортами, включают, однако, не только оказание помощи при острых состояниях, но также и лечение долгосрочных осложнений, вызванных повреждением репродуктивных органов, воспалительных заболеваний малого таза, и вторичного бесплодия. Более того, следует учитывать необходимость переливания крови при кровотечении и другие осложнения, вызванные небезопасным абортом, на фоне повышения распространенности ВИЧ-инфекции во многих развивающихся странах. Издержки для семей, особенно для уже имеющих детей женщины, также включают расходы, связанные со смертью матери.

Ситуации небезопасных абортот характеризуются недостаточной справедливостью с точки зрения стоимости, безопасности и качества оказываемой помощи. В некоторых больницах в Ботсване женщины, поступающие с признаками искусственного аборта, вынуждены платить больше за лечение осложнений, чем женщины, у которых, по-видимому, произошел выкидыш, что способствует задержкам в получении помощи [58]. В Египте, как и в ряде других стран, стоимость подпольного аборта увеличивается пропорционально уровню обеспечиваемой безопасности [80].

Большинство авторов соглашаются с тем, что лечение осложнений после аборта в южной (южнее Сахары) части Африки поглощает непропорционально большую долю ресурсов, выделяемых больницам [50]. В Бангладеш, по данным отчетов, до 50% гинекологических коек в больницах заняты женщинами с осложнениями после абортов. Женщины, как правило, ждут, пока осложнения не развиваются до серьезной стадии, прежде чем обращаться за помощью, что приводит к повышению как стоимости, так и сложности лечения. Более того, было обнаружено, что у женщин, обращающихся к не прошедшим специальное обучение медицинским работникам, выше число посещений и общая сумма расходов на лечение, чем у женщин, изначально обращающихся к специально обученным медицинским работникам [6]. В ходе исследования, проведенного в Танзании, было подсчитано, что суточная стоимость лечения осложнений после абортов, включая стоимость лекарственных препаратов, питание, расходы на пребывание в больнице и

хирургические процедуры, более чем в семь раз превышает ежегодный подушевой бюджет Министерства здравоохранения. Лишь трое из 455 женщин были пролечены и выписаны в тот же день; 25% потребовался один день, почти 50% потребовалось два дня, а остальным потребовалось еще 3–5 дней для выздоровления [80]. В Гайане около 25% крови, имеющейся в ведущей государственной больнице, использовалось для лечения осложнений после аборта до изменения законодательства [57].

Следовательно, оплата расходов, связанных с безопасными абортами, в государственных службах здравоохранения подразумевает не появление совершенно новых расходов, а перенос расходов с лечения осложнений в больницах третичного уровня на безопасные, простые процедуры, которые могут предоставляться в клиниках первичного звена. Возможно введение оплаты для женщин по месту предоставления услуг, или отсутствие такой оплаты, однако безопасность означает доступность для беднейших женщин, наряду со способными заплатить при поддержке единого высокого стандарта качества оказания помощи.

### Требования к безопасным абортам

В большинстве развитых стран по-прежнему существует требование, согласно которому выполнением абортов занимаются гинекологи, однако это не является необходимостью, в особенности применительно к абортам, выполняемым при сроке беременности до 14 недель, учитывая тот факт, что необходимые навыки значительно упрощены, а показатели осложнений весьма низки [75]. Вместо этого, наиболее подходящими лицами для проведения абортов могут стать, при условии соответствующей подготовки, акушерки или медицинские работники с аналогичным уровнем образования.

Необходимо провести обучение преподавателей, подготовку специалистов, владеющих техникой вакуумной аспирации и методикой проведения медикаментозного аборта и обеспечить наличие соответствующего оборудования. Во многих странах одним из последствий длительного запрета на проведение абортов является тот факт, что многие медицинские работники продолжают использовать «расширение и выскабливание» и прочие устаревшие методы, не применяющиеся в развитых странах уже много лет

вследствие связанных с ними более высоких показателей заболеваемости.

В течение прошедшего десятилетия и даже дольше МВА используется для оказания помощи при неполном аборте после небезопасных процедур во все большем числе развивающихся стран, и это значительно безопаснее и дешевле, чем «расширение и выскабливание» [82]. В Нигерии МВА используется для оказания амбулаторной помощи в большинстве случаев осложнений после аборт, что позволяет сократить время ожидания для женщин с 48–72 ч. до 10–15 минут [83]. Помимо снижения показателей смертности и заболеваемости вследствие небезопасных аборт, вакуумная аспирация может также использоваться для выполнения безопасных аборт на ранних сроках — до 14 недель беременности — что позволит полностью предотвратить последствия небезопасных аборт. В ЮАР обучение акушерок использованию МВА является одним из ключевых элементов новой государственной программы по организации аборт.

«Согласно руководству по подготовке акушерок курс обучения составляет 160 часов и объединяет теорию и практические клинические занятия. Программа включает обзор (законодательства) и проблемы небезопасных аборт, профессиональной практики и этики, навыки коммуникации и методы консультирования, изучение оценки состояния и подготовки пациента, фармакологии, планирования семьи после аборт, экстренной контрацепции, выявление и лечение инфекционных заболеваний, передаваемых половым путем (ИППП) и стратегии двойной защиты от нежелательной беременности и ИППП...» [85].

Аборт в I триместре беременности с использованием хирургических или медикаментозных методов<sup>5</sup> могут выполняться на амбулаторной основе в учреждениях первичной медико-санитарной помощи; новейшие методы, применяемые при аборт во II триместре, также требуют владения менее сложными навыками, чем в прош-

<sup>5</sup> Понятие «хирургический аборт» в данном случае относится к вакуумной аспирации и МВА. Понятие «медикаментозный аборт» подразумевает сочетание мифепристона и простагландина — гемипроста (требующего хранения в холодильнике) либо мизопростола (не требующего хранения в холодильнике), либо использование только простагландина.

лом (например, интравагинальное введение мизопростола в период с 12-й по 22-ю неделю беременности) [86, 87]. В случае высокой распространенности ИППП среди женщин, обращающихся за аборт, профилактическое лечение антибиотиками перед хирургическим аборт может предотвратить распространение инфекции верхних половых путей [88].

В ходе исследования, посвященного сравнению медикаментозного аборт с использованием мифепристона и мизопростола и хирургического аборт на ранних сроках беременности и проведенного в Китае, Кубе и Индии, было установлено, что медикаментозный аборт является безопасным, эффективным и приемлемым в различных условиях методом [89]. Наличие полностью оснащенной службы для хирургического аборт не является необходимым условием для введения медикаментозного аборт, хотя вакуумная аспирация является необходимым резервным методом для медикаментозных процедур, выполняемых как в I, так и во II триместрах беременности, для небольшого числа случаев неполного аборт [90]. Были высказаны убедительные аргументы, свидетельствующие о том, что медикаментозный аборт может в значительной степени проводиться самостоятельно при условии, что женщина считает метод приемлемым, имеет небольшой срок беременности (до девяти недель задержки менструаций), может следовать протоколу, в состоянии справиться с незначительными отрицательными побочными реакциями и обратиться за помощью в случае более серьезных осложнений, может заметить выделение эмбриона и справиться с этим, определить факт полного аборт, прийти для повторного обследования или воспользоваться тестом для определения беременности в домашних условиях [91].

Помимо безопасных методов и подготовки медицинских работников, для эффективной реализации программ необходимо наличие услуг, доступных для жителей как сельских, так и городских районов. В Замбии было установлено, что значительным препятствием на пути организации безопасных услуг по проведению аборт явились врачи-гинекологи [92]. Имеются свидетельства о том, что сомнения со стороны врачей также затруднили реализацию пересмотренного закона об аборт в Индонезии [41]. В Бангладеш и Индии медицинские работники, не прошедшие специального обучения, зачастую более

доступны в сельских областях, и никогда не предпринимались активные меры, способствующие прекращению их практики [7, 64]. В ЮАР, напротив, по мере появления случаев, когда не имеющие лицензии медицинские работники продолжали предлагать свои услуги, несмотря на изменение юридического статуса аборта, против них были возбуждены уголовные дела. В настоящее время в ЮАР проводится программа, координируемая государством, направленная на обеспечение готовности учреждений первичного и вторичного звена здравоохранения по всей территории страны к проведению аборт. Во всех девяти провинциях ЮАР разработаны планы действий в сотрудничестве с медицинскими учебными заведениями или учебными больницами третичного уровня. С целью координации и мониторинга реализации нового закона была создана государственная консультативная группа, в состав которой входят руководители служб здравоохранения, представители медицинских учебных заведений, ученые и специалисты, совет медицинских сестер, исследователи и представители неправительственного сектора. Предполагается проведение встреч этой группы каждые четыре-шесть месяцев с целью разработки рекомендаций по значимым вопросам, которые будут представлены правительству [85].

### Качество оказания помощи

Открытое предложение услуг по проведению аборта является необходимой предпосылкой для обеспечения качества оказания помощи, ее наличия и доступности, как территориальной, так и финансовой, в особенности для беднейших женщин. Это способствует оказанию медицинскими работниками законных услуг. В Гайане, например, хотя большинство лиц, выполнявших подпольные аборты до изменения закона в 1995 г., являлись медицинскими работниками, сепсис после аборта был третьей по частоте встречаемости (19%) причиной госпитализаций. После изменения законодательства той же группой медицинских работников, занимающихся проведением аборт, было принято решение о самоорганизации и добровольно начато профилактическое введение антибиотиков. В течение шести месяцев после принятия этого решения показатели госпитализации в ведущую государственную больницу с сепсисом после аборта и неполным абортom снизились на 41% [57].

Общественная прозрачность в оказании услуг означает, что женщины будут иметь возможность более открытого выбора медицинских работников и смогут предпринять определенные действия в случае, если их права будут нарушены или если оказанная им помощь не будет соответствовать установленным стандартам. Легализация также обеспечивает возможность судебного преследования медицинских работников при попытках сексуального домогательства по отношению к женщинам, обращающимся за абортom, что, по отдельным сведениям, является нередкой проблемой для женщин, обращающихся за подпольными абортom [57]. Сочувствие медицинских работников при предоставлении лечения также имеет большое значение. Существует множество документальных сведений из Латинской Америки, свидетельствующих об оказании помощи без всякого сочувствия и заботы, а порой и со словесными оскорблениями со стороны медицинских работников по отношению к женщинам, обращающимся за лечением осложнений после подпольных абортom [29, 51]. Действительно, отсутствие сочувствия представляет собой проблему во многих странах, даже в странах с безопасными услугами по проведению абортom, таких, как Великобритания и США [81, 93], где аборты легализованы в течение 30 лет. В ЮАР предпринимаются попытки решения этой проблемы путем проведения учебных семинаров для медицинских работников с целью пересмотра ценностей и повышения сочувствия и уважения к женщинам с нежелательной беременностью [85].

К прочим путям осуществления мониторинга и обеспечения качества оказания помощи относятся контроль со стороны независимого государственного консультативного органа; принятие решения об оплате процедуры за счет государственной системы медицинского страхования или отсутствия такого включения; определение стандартов, которым должны соответствовать учреждения, имеющие право выполнять процедуру; регулирование размера оплаты за услуги; и требования к ведению отчетности и сбору данных [57, 85]. В Гайане сбор данных должен включать демографическую информацию о женщине, срок беременности, причины аборта, тип процедуры, наличие осложнений и предоставление и метод контрацепции, если таковая была предоставлена. Там, где прежде отмечались высокие показатели смертности вследствие небезо-

пасных аборт, и с целью снижения показателя смертности до нуля, сбор исходных данных [57] и регулярное расследование всех представленных в отчетах случаев смерти, в качестве одного из элементов более широкого аудита материнской смертности, позволят выявить сохраняющиеся риски, что, в свою очередь, создаст условия для открытой дискуссии и проведения мероприятий, направленных на снижение этого риска<sup>6</sup>.

Руководства для медицинских работников представляют собой ценный инструмент, позволяющий обеспечивать справедливость в доступе и качестве оказания помощи. Недавно были опубликованы руководства Королевской коллегии акушеров и гинекологов Великобритании, основанные на доказательствах и включающие такие темы, как организация оказания помощи, информация для женщин, оценка состояния женщины перед аборт, процедура аборта, лечение осложнений и последующая помощь [94].

### Повышение информированности общественности

Несмотря на то, что аборты в Индии были легализованы с 1972 г., проведенные в 1997 г. среди 67 женщин в сельских районах штата Махараштра опросы показали, что лишь 18% знали об этом, в то время как 64% считали, что это не так, а остальные затруднились ответить. Даже те, кто знал, что аборты официально разрешены, иногда владели неверной информацией относительно необходимости согласия мужа, критериев допустимости аборта и сроков, в течение которых аборт разрешен [64].

В Пуэрто-Рико, хотя аборты официально разрешены в течение 20 лет (последствие установления статуса содружества с США), по-прежнему широко распространено мнение о том, что аборты нелегальны. Информация в обществе о том, где женщина может сделать аборт, весьма ограничена, и клиники до сих пор используют эвфемизмы, чтобы намекнуть на предоставляемые услуги в области выполнения абортов. Студенты — будущие медики также знают очень мало о том, что именно разрешено [95].

<sup>6</sup> Результаты проведенного аудита под названием «Конфиденциальное расследование случаев материнской смертности в Великобритании» публикуются каждые три года Королевской Государственной канцелярией в Лондоне.

В Мозамбике, хотя аборт как таковой не легализован, безопасное прерывание беременности проводится в ведущей больнице Мапуту с 1981 г. с целью снижения смертности вследствие небезопасных абортов. Однако результаты исследования, проведенного в 1997 г., показали, что молодые женщины, недавно переехавшие в город, не имевшие постоянного партнера, принадлежащие к наиболее бедным социально-экономическим группам, не использующие средства контрацепции и не делавшие ранее абортов с большой вероятностью не знали о том, что могут сделать безопасный аборт в этой больнице. Они чаще обращались за подпольными абортами, после которых возникали осложнения, для лечения которых они обращались в ту же самую больницу. Таким образом, женщины, подвергавшиеся наибольшему риску, в то же время меньше всего владели необходимой информацией [96].

Широкое распространение информации среди населения является важным элементом обеспечения безопасности абортов там, где они прежде были небезопасными; женщинам необходимо знать, что безопасные аборты не только разрешены, но и предлагается возможность их выполнения.

### Выводы

Несмотря на сложности, связанные с внесением изменений в законы об абортах на государственном уровне, можно сделать многое. Организации, занимающиеся охраной женского здоровья, и другие защитники их интересов, парламентарии и медицинские работники могут работать вместе, чтобы поддержать право женщин не умирать вследствие небезопасных абортов и обеспечить предоставление им лечения при возникновении осложнений. Они могут побуждать больницы не сообщать о женщинах, обращающихся за абортами, и о медицинских работниках, оказывающих законные услуги, в полицию, а также отстаивать декриминализацию абортов. В тех странах, где буква закона не является основным препятствием, они могут также проводить кампании в поддержку выбора безопасных методов аборта, совершенствования правил, касающихся регистрации медицинских работников и учреждений, и улучшения подготовки медицинских работников. Кроме того, они могут проводить мониторинг доступности

(как территориальной, так и финансовой) и качества оказания помощи в этих службах [97, 98].

Преданные делу врачи могут добиться многого, например, предоставления лечения женщинам с осложнениями после абортс [99], либеральной интерпретации закона и предоставления безопасных услуг там, где они легальны [92], а также обучения медицинских работников наиболее безопасным методикам с целью снижения смертности и заболеваемости [96, 100]. Даже там, где юридические изменения не произошли или маловероятно, что они произойдут быстро, совершенствование используемых методов аборта и улучшение реагирования медицинских работников на более безопасные технологии абортов могут в определенной степени улучшить ситуацию. Более того, суды могут выносить решения в пользу менее длительного тюремного заключения и меньше преследовать женщин за сделанные аборты, тем самым помогая открыть путь к реформированию законодательства. Это произошло в Непале в 1990-х гг. [101], как и в других странах, например, в Испании, в 1970-х гг.

Реформирование законодательства в отношении абортов является необходимым, хотя и не единственным условием для обеспечения безопасности абортов. Женщины остаются уязвимыми в тех случаях, когда безопасные аборты не санкционированы официально, поскольку качество ухода не может быть гарантировано, невоз-

можно проведение расследования по случаям оскорбления, и как женщины, так и медицинские работники продолжают подвергаться риску судебного преследования, шантажа и социальной и профессиональной стигматизации. Готовность отдельных лиц предоставлять лечение осложнений после абортов или проводить безопасные аборты в условиях подполья (нелегальности), как бы важна она ни была, не может компенсировать отсутствие законодательной базы и государственных программ. В конечном счете, аборты должны быть декриминализованы, чтобы стать безопасными.

Хотя основной темой данного выпуска являются вопросы законодательства, политики и прав женщин, предоставление услуг по проведению безопасных абортов вместо опасных является обязанностью государства в области охраны общественного здоровья. Более того, снижение материнской смертности вследствие обеспечения безопасности абортов является важным элементом международных обязательств, сформулированных в Каире в 1994 г. и повторно подтвержденных на встрече «Каир + 5» в 1999 г. Практические шаги, необходимые для реализации описанных в данной статье изменений, могут быть предприняты большинством стран в течение нескольких недолгих лет, после того как эти страны возьмут на себя обязательства сделать аборты безопасными.

## Литература

1. World Health Organization. [WHO/ RHT/MSM/97.16.] Unsafe abortion: global and regional estimates of incidence and mortality due to unsafe abortion. Geneva: 1998.
2. Sharing responsibility: women, society and abortion worldwide. New York: Alan Guttmacher Institute; 1999 [Table 1 adapted from p. 38].
3. Clandestine abortion: a Latin American reality. New York: Alan Guttmacher Institute; 1994.
4. Singh S, Wulf D, Jones H. Health professionals' perceptions about induced abortion in south central and southeast Asia. *Int Fam Plan Perspec* 1997; 23(2): 59–67.
5. Rodriguez K., Strickler J. Clandestine abortion in Latin America: provider perspectives. *Women Health* 1999; 28(3): 59–75.
6. Ahmed S., Islam A., Khanum P.A., et al. Induced abortion: what's happening in rural Bangladesh. *Reprod Health Matters* 1999; 7(14): 19–29.
7. Makinwa-Adebusoye P., Singh S., Au-dam S. Nigerian health professionals' perceptions about abortion. *Int Fam Plan Perspec* 1997; 3(4): 148–54 [In [2], p. 36].
8. Mahomed K., Healy J., Tandon S., et al. Improved treatment of abortion complications and postabortion family planning in Zimbabwe. Presented at 120th Annual Meeting, November 8–12, 1992, American Public Health Association, Washington, DC.
9. Bongaarts J. Trends in unwanted childbearing in the developing world. Presented at Annual Meeting, 27–29 March, 1997, Population Association of America, Washington, DC. Data were obtained from Demographic and Health Surveys and World Fertility Surveys.
10. Singh S., Henshaw S. The incidence of abortion: a worldwide overview. Presented at Seminar on Socio-Cultural and Political Aspects of Abortion from an Anthropological Perspective, 25–28 March 1996, Trivandrum, India.
11. Desgrees du Lou A., Msellati P., Viho I., et al. Le recours a l'avortement provoque a Abidjan. Une cause de la baisse de la fecondite? *Population* 1999; 54(3): 427–446.
12. Laughrin A.K., West S.L., Seligman B.H., et al. Abortion and

- contraception in Kazakhstan, Kyrgyzstan, and Uzbekistan: the provider perspectives (preliminary results). Unpublished, 1994.
13. Bankole A., Singh S., Haas T. Reasons why women have induced abortions: evidence from 27 countries. *Int Fam Plan Perspec* 1998; 24(3): 117–27.
  14. Frejka T., Atkin L.C. The role of induced abortion in the fertility transition of Latin America. In: Guzman J.M., Singh S., Rodriguez G., et al., editors. *The fertility transition in Latin America*. Oxford: Oxford University Press; 1996. p. 179–91.
  15. Huntington D. *Advances and challenges in postabortion care operations research: summary report of a global meeting*. New York: Population Council; 19–21 January, 1998.
  16. Bastianelli C., Lucantoni V., Papale S., et al. *Contracezione e interruzione volontaria della gravidanza. Indagine conoscitiva su di un campione di 500 donne (Contraception and induced abortion. Study of a sample of 500 women)*. *Minerva Ginecol* 1996; 48(9): 359–63.
  17. Pile J., Ciloglu A.G., Cagatay L., et al. *The quality of abortion services in Turkey 1998* [In 151].
  18. Price S.J., Barrett G., Smith C., et al. *Use of contraception in women who present for termination of pregnancy in inner London*. *Public Health* 1997; 111(6): 377–82.
  19. Georges E. *Abortion policy and practice in Greece*. *Soc Sci Med* 1996; 42(4): 509–19.
  20. Rasevic M. *Yugoslavia: abortion as a preferred method of birth control*. *Reprod Health Matters* 1994; 2(3): 68–74.
  21. Geldstein R.N., Pantelides E.A. *Double subordination, double risk: class, gender and sexuality in adolescent women in Argentina*. *Reprod Health Matters* 1997; 5(9): 121–31.
  22. Palma I., Quilodran C. *Adolescent pregnancy in Chile today: from marriage to abortion*. *Reprod Health Matters* 1995; 3(5): 12–21.
  23. Adjase E.T. «Hu M’Ani So Ma Me Nti» (Two Heads are Better than One): teenage sexuality, unwanted pregnancy and the consequences of unsafe abortion in Sunyani district, Ghana. MA thesis, Amsterdam: Royal Tropical Institute; 1997.
  24. Lema V.M., Rogo K.O., Kamau R.K. *Induced abortion in Kenya: its determinants and associated factors*. *East Afr Med J* 1996; 73(3): 164–8.
  25. Belanger D., Khuat T.H. *Young single women using abortion in Hanoi, Vietnam*. *Asia Pac Popul J* 1998; 13: 3–26.
  26. Belanger D., Khuat T.H. *Single women’s experiences of sexual relationships and abortion in Hanoi, Vietnam*. *Reprod Health Matters* 1999; 7(14): 71–82.
  27. Calves A.E., Meekers D. *Gender differentials in premarital sex, condom use, and abortion: a case study of Yaounde, Cameroon*. *Population Services International Research Division Working Paper No. 10*, 1997, Washington, D.C.
  28. Petchesky R.P., Judd K., editors. *Negotiating reproductive rights: women’s perspectives across countries and cultures*. London: Zed Books; 1998.
  29. Gillespie R. *Voluntary childlessness in the UK*. *Reprod Health Matters* 1999; 7(13): 43–53.
  30. Casas-Becerra L. *Women prosecuted and imprisoned for abortion in Chile*. *Reprod Health Matters* 1997; 5(9): 29–36.
  31. Johansson A., Nguyen Thu Nga, Tran Quang Huyx, et al. *Husbands’ involvement in abortion in Vietnam*. *Stud Fam Plan* 1998; 29(4): 400–13.
  32. Wu T., Parish W.L. *The one-child policy and induced abortion in Jilin, China*. Presented at Annual Meeting, May 5–7, 1994, Population Association of America, Miami.
  33. Johansson A., Nham Tuyet L.T., Lap N.T., et al. *Abortion in context: women’s experience in two villages in Thai Binh province, Vietnam*. *Int Fam Plan Perspec* 1996; 22(3): 103–7.
  34. Westley S.B. *Evidence mounts for sex-selective abortion in Asia*. *Asia-Pac Popul Policy* 1995; 34 (May–Jun): 1–4.
  35. In: David H., Rademakers J. *Lessons from the Dutch abortion experience*. *Stud Fam Plan* 1996; 27(6): 341–3.
  36. Henshaw S.K. *Induced abortion: a world review*, 1990. *Fam Plan Perspec* 1990; 22(2): 76–89.
  37. Rahman A., Katzive L., Henshaw S.K. *A global review of laws on induced abortion, 1985–1997*. *Int Fam Plan Perspec* 1998; 24(2): 56–64.
  38. Gursoy A. *Abortion in Turkey: a matter of state, family or individual decision*. *Soc Sci Med* 1996; 42(4): 531–42.
  39. Nunes F.E., Delph Y.M. *Making abortion law reform happen in Guyana: a success story*. *Reprod Health Matters* 1995; 3(6): 12–23, See also [57].
  40. *Choice on Termination of Pregnancy Act*. Republic of South Africa. *Reprod Health Matters* 1996; 5(9): 116–8.
  41. Djohan E., Indrawasih R., Adenan M., et al. *The attitudes of health providers towards abortion in Indonesia*. *Reprod Health Matters* 1993; 1(2): 32–40.
  42. *Barbados Medical Termination of Pregnancy Act, 1983–4*, Supplement to Official Gazette, Barbados, 17 February, 1983.
  43. Tietze C., Henshaw S.K. In: *Abortion: a world review*. New York: Alan Guttmacher Institute; 1986, p. 26.
  44. Gabriel A. *Amathila goes it alone*. *Sister Namibia* 1997; (September/October).
  45. *Bill proposes to allow some abortions under health care system*. *Conscience* 1997; 18(3): 31.
  46. *Bill to ease abortion restrictions narrowly defeated: Portugal*. *Conscience* 1997; 18(1): 34.
  47. *Abortion debate in Mexico*. Press release, Grupo de Informacion en Reproduccion Elegida. Mexico City, October 1998.
  48. Tornaria C. *Aborto: debate reabier-to*. *Mujer/Fempres* 1994; 148/149(Feb/ Mar): 4.
  49. Baltar da Rocha MI. *The abortion issue in Brazil: a study of the debate in Congress*. *Estudos Feministas* 1996; 4(2): 505–22.
  50. See for example Benson J., Nicholson L.A., Gaffikin L., et al. *Complications of unsafe abortion in sub-Saharan Africa: a review*. *Health Policy Plan* 1996; 11(2): 117–31.

51. Langer A., Garcia-Barrios C., Heim-burger A., et al. Improving post-abortion care in a hospital in Oaxaca, Mexico. *Reprod Health Matters* 1997; 5(9): 20–8.
52. Arilha M., Barbosa R.M. Cytotec in Brazil: at least it doesn't kill. *Reprod Health Matters* 1993; 1(2): 41–52.
53. Costa S.H. Commercial availability of misoprostol and induced abortion in Brazil. *Int J Gynaecol Obst* 1998; 63(Suppl. 1): S131–9.
54. Fonseca W., Misago C., Freitas P., et al. Socio-demographic, reproductive and clinical characteristics of abortion patients hospitalised in southern Brazil. *Cadernos Saude Publica* 1998; 14(2): 279–86.
55. Faundes A., from data from the Sistema de Informacoes Hospitalares do Sistema Unificado de Saude, 1998, in [2].
56. Faundes A., Santos L.C., Carvalho M., et al. *Adv Contracept* 1996; 12(1): 1–9.
57. See Nunes F., Delph Y. Making abortion law reform work: steps and slips in Guyana. *Reprod Health Matters* 1997; 5(9): 66–76.
58. Diaz J., Loayza M., Torres Y., et al. Evaluation of a strategy for improving the quality of services and contraceptive acceptance in the post-abortion period in three public sector hospitals in Bolivia. 1998. In [15].
59. Okagbue I. Pregnancy termination and the law in Nigeria. *Stud Fam Plan* 1990; 21(4): 197–208.
60. Kissling F. Abortion: the link between legality and safety. *Reprod Health Matters* 1993; 1(2): 65–7.
61. Costa S.H., Vessey M.P. Misoprostol and illegal abortion in Rio de Janeiro, Brazil. *Lancet* 1993; 341: 1258–61.
62. Hajaj Gonzalez C., Marques-Dias M.J., Chong A.K., et al. *Lancet* 1998; 351: 1624–7.
63. Koster-Oyekan W. Why resort to illegal abortion in Zambia? Findings of a community-based study in Western Province. *Soc Sci Med* 1998; 46(10): 1303–12.
64. Gupte M., Bandewar S., Pisal H. Abortion needs of women in India: a case study of rural Maharashtra. *Reprod Health Matters* 1997; 5(9): 77–86.
65. Khan M.E., Rajagopal S., Barge S., et al. Situation analysis of medical termination of pregnancy (MTP) services in Gujarat, Maharashtra, Tamil Nadu and Uttar Pradesh 1998, In [15].
66. Banwell S.S., Paxman J.M. The search for meaning: RU486/PG, pregnancy and the law of abortion. *Amer J Pub Health* 1992; 82(10): 1399–406.
67. Yishai Y. Public ideas and public policy: abortion politics in four democracies. *Comp Polit* 1993; 25(2): 207–28.
68. Smyth L. Narratives of Irishness and the problem of abortion: the X case 1992. *Feminist Rev* 1998; 60(Autumn): 61–83.
69. Lassey A.T. Complications of induced abortions and their prevention in Ghana. *East Afr Med J* 1995; 72(12): 774–7.
70. Malaysia Act A727 of 1989. In: *Annual Review of Population Law*, vol. 16. 1989. p. 32 [In [36]].
71. Abortion Statistics 1997: England and Wales. Pro-Choice Alliance, London. From: Office for National Statistics Monitors AB 98/3 & 4, 26 June 1998. See [75].
72. Alvarez-Lajonchere C. Commentary on abortion law and practice in Cuba. *Int J Gynecol Obst* 1989; 3(Suppl): 93–5.
73. Kamal M.G., Kabir G.M., et al. Study on interventions necessary for preventing rejection of MR clients. Dhaka: Bangladesh Association for Prevention of Septic Abortion; 1990.
74. The Swedish Abortion Act. Ministry of Health and Social Affairs, Sweden, 1995 (leaflet).
75. Roe J., Francome C., Bush M. Recruitment and training of British obstetrician-gynaecologists for abortion provision: conscientious objection versus opting out. *Reprod Health Matters* 1999; 7(14): 97–105.
76. Stevens M., Xaba M. Commentary [on 40 above]. *Reprod Health Matters* 1997; 5(9): 119.
77. Meyers C., Woods R.D. An obligation to provide abortion services: what happens when physicians refuse. *J Med Ethics* 1996; 22(2): 115–20.
78. Soderberg H., Andersson C., Janzon L., et al. Continued pregnancy among abortion applications. A study of women having a change of mind. *Acta Obstet Gyn Scan* 1997; 76(10): 942–7.
79. Singh K., Fai F.Y., Prasad R.N., et al. Abortion trends in Singapore: a 25-year review. *J Pediat Adolescent Gynecol* 1996; 9(1): 27–30.
80. Lane S.D., Jok J.M., El-Mouelhy M.T. *Soc Sci Med* 1998; 47(8): 1089–99.
81. Mpangile G.S., Leshabari M.T., Kihwele D.J. Factors associated with induced abortion in public hospitals in Dar es Salaam, Tanzania. *Reprod Health Matters* 1993; 1(2): 21–31.
82. Johnson B.R., Benson J., Bradley J., et al. Costs of alternative treatments for incomplete abortion. Policy Research Working Papers WPS 1072. Washington DC: World Bank, Population and Human Resources Department; 1993.
83. McLaurin K.E. A pro-active approach: meeting women's needs for abortion care in restrictive environments. Paper presented at 119th Annual Meeting, November 11–14, 1991, American Public Health Association, Atlanta GA.
84. Rogo K.O., et al. Strategies to reduce morbidity and mortality due to unsafe abortion at the community level. *East Afr Med J* 1999; 76(Suppl November).
85. Dickson-Tetteh K., Rees H. Efforts to reduce abortion-related mortality in South Africa. In: Berer M., Ravindran T.K.S., editors. *Safe motherhood initiatives: critical issues*. London: Black-well Science for RHM; 1999.
86. Bugalho A., Bique C., Alemida L., et al. The effectiveness of intravaginal misoprostol (Cytotec) in inducing abortion after 11 weeks of pregnancy. *Stud Fam Plan* 1993; 24(5): 319–23.
87. See also Carbonell J.L., Varela L., Vela-zco A., et al. Vaginal misoprostol for abortion at 10–13 weeks' gestation. *European J Contracept Reprod Health Care* 1999; 4(1): 35–40.
88. Blackwell A., et al. Health gains from screening for infection of the lower genital tract in women attending for termination of pregnancy. *Lancet* 1993; 342: 206–10.

89. Winikoff B., Sivin I., Coyaji K.J., et al. Safety, efficacy and acceptability of medical abortion in China, Cuba and India: a comparative study of mifepristone-misoprostol versus surgical abortion. *Amer J Obst Gynecol* 1997; 176: 431–7.
90. Population Council. Medical methods of early abortion in developing countries: a consensus statement. *Contraception* 1998; 58: 257–9.
91. Ellertson C., Elul B., Winikoff B. Can women use medical abortion without supervision? *Reprod Health Matters* 1997; 5(9): 149–61.
92. Castle M.A, Likwa R., Whittaker M. Observations on abortion in Zambia. *Stud Fam Plan* 1990; 21: 231–5.
93. Joffe C. Doctors of conscience: the struggle to provide abortions before and after Roe v. Wade. Boston: Beacon Press; 1995.
94. The care of women requesting induced abortion. Evidence-Based Guideline No. 7. London: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists; 2000.
95. Azize-Vargas Y., Aviles LA. Abortion in Puerto Rico: the limits of colonial legality. *Reprod Health Matters* 1997; 5(9): 56–65.
96. Hardy E., Faundes A., Bugalho A., et al. Comparison of women having clandestine and hospital abortions: Maputo, Mozambique. *Reprod Health Matters* 1997; 5(9): 108–15.
97. See for example Lamas M. The feminist movement and the development of political discourse on voluntary motherhood in Mexico. *Reprod Health Matters* 1997; 5(10): 58–67.
98. See also Bellucci M. Women's struggle to decide about their own bodies: abortion and sexual rights in Argentina. *Reprod Health Matters* 1997; 5(10): 99–106.
99. Mora M., Villarreal J. Unwanted pregnancy and abortion: Colombia. *Reprod Health Matters* 1993; 1(2): 11–20.
100. Rogo K., Orero S., Oguttu M. Preventing unsafe abortion in Western Kenya: an innovative approach through private physicians. *Reprod Health Matters* 1998; 6(12): 77–83.
101. Ramaseshan G. Women imprisoned for abortion in Nepal: report of a Forum Asia fact-finding mission. *Reprod Health Matters* 1997; 5(10): 133–8.

*Making Abortions Safe: A Matter of Good Public Health Policy and Practice*

*Marge Berer*

*Reproductive Health Matters* 2002;10(19): 31–44.



www.gzrf.ru

©2003 Проблемы репродуктивного здоровья.  
Авторские права защищены.  
Проблемы репродуктивного здоровья 2003;11(22): 152–161  
0968-8080/03 \$ – см. титульную страницу  
PII: S0968-8080(03)02297-3



www.rhmjournal.org.uk

## Безопасные аборты для ВИЧ-инфицированных женщин с нежеланной беременностью: репродуктивные права

Мария де Брайн

Ведущий консультант по политической стратегии, Iras, Chapel Hill, Северная Каролина, США. Электронная почта: [debruynm@iras.org](mailto:debruynm@iras.org)

**Краткое содержание.** Ежегодно беременность возникает приблизительно у 2,5 миллионов ВИЧ-инфицированных женщин. Согласно рекомендациям ЮНЭЙДС, ВИЧ-инфицированные женщины должны иметь возможность контролировать свою фертильность и получать перинатальную профилактику передачи ВИЧ-инфекции, если они принимают решение иметь детей. Однако обзор литературы, посвященной данной теме, показал, что вопросам прерывания беременности у ВИЧ-инфицированных женщин уделяется очень мало внимания. В данной статье описаны сложности, с которыми приходится сталкиваться ВИЧ-инфицированным женщинам при получении безопасных, легальных, доступных по цене услуг по выполнению аборта. Показано, что добровольное консультирование и тестирование на ВИЧ-инфекцию для женщин, обращающихся за искусственным абортом и помощью после аборта, порой не предоставляется. ВИЧ-инфицированные женщины хотят избежать беременности по тем же причинам, что и остальные женщины, но они также не хотят инфицировать своих партнеров в ходе незащищенного секса, беспокоятся о влиянии беременности и деторождения на собственное здоровье или об инфицировании ребенка и оказании помощи ребенку в будущем. Хотя исследований, направленных на выяснение возможности более высокого риска заболеваемости у ВИЧ-инфицированных женщин после небезопасных абортов по сравнению с ВИЧ-отрицательными, немного, тем не менее, имеющиеся свидетельства демонстрируют это. Проведенные в Зимбабве и Таиланде исследования показывают, что в отсутствие информации и доступа к легальному прерыванию беременности ВИЧ-инфицированные женщины могут не иметь возможности прервать беременность. В статье сделан вывод: необходимо, чтобы женщины, живущие с ВИЧ/СПИДом, могли использовать свое право решать, иметь ли детей, и если да, то когда именно. © 2003 г., «Проблемы репродуктивного здоровья». Авторские права защищены

**Ключевые слова:** ВИЧ/СПИД, законодательство и политика в отношении абортов, профилактика вертикальной передачи ВИЧ-инфекции, репродуктивные права

По данным оценки, проведенной ЮНЭЙДС в декабре 2002 г., ежегодно около 2,5 миллионов из 200 миллионов женщин, у которых возникает беременность, являются ВИЧ-инфицированными; риск перинатальной передачи инфекции при отсутствии эффективных мер профилактики хорошо известен [1]. ЮНЭЙДС утверждает, что антенатальные клиники, родильные дома, а также центры профилактики ВИЧ-инфекции, центры охраны репродуктивного здоровья и службы планирования семьи «обязаны обеспечивать для женщин возможность выбора, хотят ли они знать свой ВИЧ-статус или нет,

контролировать свою фертильность, прерывать беременность, делать это безопасно и легально, и пользоваться преимуществами лекарственных препаратов (для профилактики вертикальной передачи ВИЧ-инфекции) и прочих вмешательств, если женщина ВИЧ-инфицирована и рождает ребенка» [2]. Профилактика вертикальной передачи ВИЧ-инфекции, в особенности путем проведения антиретровирусной терапии, стала основным элементом многих государственных программ в области ВИЧ/СПИДа, и донорские организации значительно увеличили финансирование на реализацию программ профилактики

вертикальной передачи инфекции. Исследования, посвященные изучению методов контрацепции применительно к ВИЧ-инфекции, свидетельствуют о том, что большинство методов контрацепции могут применяться женщинами, живущими с ВИЧ-инфекцией [3], однако сохраняется ряд вопросов, например, касающихся гормональных контрацептивов, передачи ВИЧ-инфекции и прогрессирования заболевания ВИЧ [4, 5]. Вопросы нежеланной беременности и искусственного аборта для ВИЧ-инфицированных женщин не получают достаточного внимания.

В данной статье представлены результаты обзора литературы по теме «Нежеланная беременность и искусственный аборт у женщин, живущих с ВИЧ/СПИДом». Был проведен поиск источников с использованием баз данных Medline, Popline, Sociofile и Psycinfo, различных веб-сайтов в Интернете, сборников кратких тезисов и CD-ROM с международных конференций по вопросам СПИДа, состоявшихся в 1999–2002 гг.; дополнительный поиск данных по теме «Аборты и ВИЧ/СПИД» в электронных базах данных был проведен в июле 2003 г. Поскольку по теме абортов было найдено мало материалов, также были включены отдельные примеры из газетных статей и электронных форумов. Всего в обзор было включено около 270 документов.

Следует отметить, что некоторые исследователи при обсуждении исхода беременности не делают различия между самопроизвольным и искусственным абортом. В странах с ограничивающими законами об абортах лечебные учреждения могут вносить в свою статистику искусственные аборты как выкидыши, вследствие чего исследователи, производящие ретроспективные исследования с использованием больничных медицинских карт, могут получать неадекватные данные. По этой причине существует вероятность того, что имеющиеся данные о выкидышах и искусственных абортах среди ВИЧ-инфицированных женщин не представляют полной картины.

### **Консультирование и тестирование на ВИЧ-инфекцию: проведение в антенатальных клиниках, либо в учреждениях, проводящих аборты**

С целью поддержки тенденции снижения передачи ВИЧ-инфекции детям во время беременности ЮНЭЙДС и другие организации реко-

мендуют предоставление добровольного консультирования и тестирования на ВИЧ-инфекцию беременным, обращающимся в антенатальные клиники. Тем не менее даже там, где существуют подобные правила в отношении оказания антенатальной помощи, консультирование и тестирование на ВИЧ-инфекцию женщин, обращающихся за искусственным абортом и помощью после аборта, порой не предоставляется.

Например, Министерство здравоохранения Великобритании в 1999 г. подготовило руководство по тестированию ВИЧ-инфекции в антенатальных клиниках; при этом клиники, предлагающие услуги по выполнению абортов [6–8], включены не были. Вместе с тем согласно дополнению к форме извещения о выполненном аборте, принятому в августе 2002 г., необходимо указывать, был ли проведен скрининг на хламидиоз (9). В результате исследования, проведенного у 141 пациентки в пяти лондонских клиниках, предлагающих услуги по искусственному прерыванию беременности, было выявлено, что 39,8% пациенток сообщили, по крайней мере, об одном потенциальном факторе риска ВИЧ-инфекции. Немногим более 73% женщин высказались о том, что они бы предпочли получать информацию или консультирование по вопросам тестирования на ВИЧ-инфекцию в клиниках, где проводятся аборты [6].

Результаты исследований, проведенных в юго-восточной части Франции, показали, что лишь 50% женщин, обратившихся в гинекологические и акушерские отделения, а также в клиники, занимающиеся выполнением абортов, в течение 1996 г., было предложено тестирование на ВИЧ-инфекцию в связи с прерыванием беременности, хотя их доля возросла с 1992 г. [10]. В Швеции тестирование на ВИЧ-инфекцию предлагается практически во всех антенатальных клиниках, но не во всех клиниках, выполняющих аборты. Женщинам, ВИЧ-положительный статус которых определяется при обращении за выполнением аборта в клиники, предоставляется возможность пересмотреть свои заявки на проведение аборта, однако в момент выполнения процедуры результаты теста на ВИЧ-инфекцию не всегда имеются у врача [11]. Исследователи, изучавшие тестирование на ВИЧ-инфекцию среди беременных в Новой Каледонии в период с апреля 1999 г. по март 2000 г., обнаружили, что около 88,6% родивших женщин прошли тестирование на ВИЧ-инфекцию. Вместе с тем только 1,9%

женщин был выполнен аборт. В связи с этим фактом они предположили, что низкие показатели числа женщин, обращающихся за прерыванием беременности, были связаны не только с отказом от тестирования, но также и с тем, что консультирование и тестирование не предлагались систематически [12].

В тех случаях, когда предлагается антенатальное тестирование на ВИЧ-инфекцию, медицинские работники в процессе консультирования могут действовать директивным образом. Сообщения из Индии, России, Таиланда, Украины и США указывают, что некоторые медицинские работники оказывают давление на ВИЧ-инфицированных женщин, побуждая их сделать аборт и согласиться выполнить стерилизацию [13–19]. В то же время имеются свидетельства, указывающие, что с внедрением программ профилактики вертикальной передачи ВИЧ-инфекции отношение медицинских работников может меняться, например, во Франции и Швеции [10, 11]. ЮНЭЙДС и представительство Верховного Комиссара ООН по правам человека заявили в 1998 г., что оказание давления на ВИЧ-инфицированных беременных с принуждением сделать аборт является нарушением прав человека, и далее:

*«Необходимо также принять законы с целью обеспечения охраны репродуктивных и сексуальных прав женщин, включая право на самостоятельный доступ к информации по репродуктивному здоровью и заболеваниям, передаваемым половым путем; по предоставляемым услугам и методам контрацепции, включая безопасный и легальный аборт, и право самостоятельного выбора метода; право на определение числа желаемых детей и промежутков между их рождением; право потребовать соблюдения практик безопасного секса и права на юридическую защиту от сексуального насилия как в браке, так и вне брака, включая положения закона об изнасиловании супругом супруги» [20].*

Всемирная организация здравоохранения заявляет:

*«Там, где прерывание беременности является легальным и приемлемым, ВИЧ-инфицированной женщине может быть предложен этот вариант. Однако многие женщины узнают о своем ВИЧ-статусе во время беременности, и им не будет поставлен диагноз вовремя, чтобы иметь возможность предложить искусственное ее прерывание.*

*Если прерывание беременности является возможным вариантом, женщине или, желательно, (семейной) паре необходимо предоставить информацию для принятия информированного решения без большего, чем это необходимо, влияния со стороны медицинских работников либо консультантов» [21].*

### **Нежеланная беременность среди ВИЧ-инфицированных женщин**

Исследование, проведенное в Европейском регионе среди 449 женщин, показало, что, хотя распространенность беременности снижалась по мере прогрессирования заболевания ВИЧ, число искусственных абортов было достаточно высоким до диагностики ВИЧ-инфекции и значительно возрастало после диагностики, в особенности среди одиноких женщин, женщин в возрасте 15–25 лет и женщин, имевших несколько партнеров [22]. Исследование, проведенное в Великобритании и Ирландии, продемонстрировало, что показатели частоты прерывания беременности среди ВИЧ-инфицированных женщин оставались стабильными как до, так и после появления программ профилактики вертикальной передачи ВИЧ-инфекции [23]. Результаты других исследований свидетельствуют о том, что все большее число ВИЧ-инфицированных женщин в настоящее время делают выбор в пользу вынашивания беременности. В одном из исследований в США сравнивали решения женщин сделать перевязку маточных труб или аборт до и после внедрения программ профилактики вертикальной передачи ВИЧ-инфекции. Несмотря на то, что показатели стерилизации остались неизменными, число женщин, выбравших прерывание беременности, снизилось после появления возможности получения антиретровирусной терапии во время беременности [24]. Когортное исследование, проведенное в 11 городах Канады в 1993–1997 гг., продемонстрировало значительное снижение доли абортов после публикации результатов первого исследования, посвященного оценке эффективности антиретровирусной терапии в снижении показателей перинатальной передачи инфекции [25]. Исследователи, проводившие перспективное исследование в двух центрах во Франции в период с 1985 по 1997 г., обнаружили снижение доли абортов с 59,4% (до появления профилактики вертикальной передачи инфекции) до 37,5% (после появления подоб-

ных программ) [26]. В ходе бесед с ВИЧ-инфицированными женщинами в двух клиниках и НПО в Лондоне было установлено, что доступность антиретровирусной терапии, по-видимому, способствовала повышению вероятности беременности среди отдельных женщин. В то же время другие женщины приняли решение больше не иметь детей из-за постоянного страха в связи с вероятностью перинатальной передачи инфекции и снижением собственной ожидаемой продолжительности жизни [27]. В отдельных случаях женщины также сохраняли беременность вследствие собственных убеждений, согласно которым делать аборт было бы неправильно [11, 28].

Тем не менее некоторые ВИЧ-инфицированные женщины приводят те же самые причины, по которым они хотят избежать беременности, что и другие женщины, особенно если у них уже есть дети. Женщины Индии, Швеции, США, Таиланда и Зимбабве называли такие причины для беспокойства, как нежелание быть ответственными за инфицирование своего партнера в ходе незащищенного секса, желание посвятить свое внимание уже имеющимся детям, беспокойство относительно возможного отрицательного влияния беременности и деторождения на свое собственное здоровье и страх инфицирования ребенка, а также заботы о будущем ребенке [11, 27–35].

Решение некоторых ВИЧ-инфицированных женщин Шотландии [36] и США [37, 38] прервать беременность связано с уже имевшимися абортами. Большинство женщин в этих исследованиях в прошлом употребляли нелегально наркотики, но на основании этих результатов не следует делать общие выводы. Более недавнее исследование, проведенное в Нигерии, не выявило никаких различий в репродуктивном поведении ВИЧ-инфицированных и ВИЧ-отрицательных женщин [39].

В некоторых случаях женщины, у которых факт инфицирования ВИЧ устанавливается во время получения антенатальной помощи, с большей вероятностью могут принять решение о прерывании беременности, чем женщины, уже знавшие о своем ВИЧ-статусе в течение длительного периода времени [22, 40, 41]. Другие данные, однако, свидетельствуют об обратном [42, 43]. Исследования, изучавшие результаты беременности среди ВИЧ-инфицированных женщин в индустриально развитых странах, час-

то включают женщин, подвергающихся множественным факторам риска, и ситуации, осложняющие их жизнь, помимо ВИЧ-инфекции, например, употребление наркотиков, оказание сексуальных услуг за деньги и низкий уровень материального благосостояния. Все эти факторы могут играть важную роль в принятии решения о прерывании беременности [44–46].

Так же, как и у других женщин, у женщин с ВИЧ/СПИДом возможна нежеланная беременность вследствие изнасилования, неудачи при использовании того или иного метода контрацепции, недостаточного доступа к средствам контрацепции или запрете партнера на использование контрацепции. В период с апреля 1999 г. по март 2000 г. в рамках проекта ANRS 049 DITRAME в Абиджане, Кот-д'Ивуар, проводилось наблюдение за 149 ВИЧ-инфицированными женщинами, получающими профилактику вертикальной передачи инфекции в послеродовом периоде. Имеющиеся услуги в области контрацепции были ограничены, и лишь 39% женщин воспользовались в этот период тем или иным современным методом контрацепции. Из 37 беременностей, возникших во время наблюдения, 51% были нежеланными, 68% из них были прерваны, несмотря на существующие юридические ограничения в отношении искусственных абортов.

### **Осложнения после абортов у ВИЧ-инфицированных женщин**

На данный момент проведено немного исследований, посвященных изучению вероятности повышенного риска заболеваемости среди ВИЧ-инфицированных женщин после аборта по сравнению с ВИЧ-отрицательными женщинами. В ходе ретроспективного исследования с использованием метода «случай-контроль», проведенного в Германии, был изучен риск заболеваемости для ВИЧ-положительных и ВИЧ-отрицательных женщин после 235 акушерских и гинекологических хирургических процедур в период между 1989 и 1999 гг., из которых 72 процедуры были классифицированы как «малые операции с внутриматочным компонентом» (например, аборт и выскабливание). Более высокие показатели осложнений возникали после абдоминальных хирургических операций, таких как сальпингэктомия и кесарево сечение (коэффициент риска – 3,6;  $p = 0,001$ ) и выскабливание

(коэффициент риска – 7,7;  $p = 0,06$ ). У ВИЧ-инфицированных женщин риск осложнений был связан с иммунным статусом применительно к абдоминальной хирургии. Авторы отметили, что антиретровирусная терапия и стандартная перитриационная профилактика с применением антибиотиков не способствовали снижению риска осложнений, и высказали предположение, что стандартные режимы приема антибиотиков, используемые для профилактики инфекционных заболеваний после акушерских и гинекологических процедур, могут быть недостаточными для ВИЧ-инфицированных женщин [48]. Кроме того, можно сделать вывод, что выскабливание при абортах в областях с высокой распространенностью ВИЧ-инфекции может заменить метод вакуумной аспирации.

В период с июля 1996 г. по июнь 1997 г. среди женщин, обратившимся за лечением неполного аборта в Кампале, Уганда, было проведено перспективное исследование. Было проведено сравнение 106 женщин, у которых отсутствовали признаки внутриматочной инфекции, с 52 женщинами с признаками эндо- или миометрита. Было обнаружено, что положительный ВИЧ-статус не являлся значимым фактором риска в отношении внутриматочной инфекции. Однако авторы исследования отметили, что бактериальный вагиноз – распространенное состояние среди ВИЧ-инфицированных женщин – может служить фактором, предрасполагающим к развитию инфекции после аборта. Инфекции, представляющие угрозу для жизни (сепсис, перитонит и абсцесс тазовых органов), были обнаружены у 23% женщин, участвовавших в данном исследовании [49]. В странах с многочисленными ограничениями в отношении аборт или в тех случаях, когда доступ к легальным абортам затруднен, можно предположить, что ВИЧ-инфицированные женщины, обращающиеся за небезопасными абортами, могут подвергаться еще большему риску для здоровья, чем женщины без ВИЧ-инфекции вследствие сепсиса, кровотечения или перфорации матки.

Было высказано предположение, согласно которому медикаментозный аборт может стать предпочтительной альтернативой хирургическому аборту для ВИЧ-инфицированных женщин [50]. Для уточнения, однако, потребуются дополнительные исследования, поскольку побочные эффекты медикаментозного аборта включают тошноту и рвоту, а также, в более редких случаях,

обильное кровотечение [51], что может представлять собой проблему. Эффективность антиретровирусного лечения и препаратов для лечения оппортунистических инфекций может снизиться, например, вследствие рвоты, в то время как в небольшом числе случаев в качестве осложнения как после медикаментозного, так и после хирургического аборта может возникнуть обильное кровотечение. ВИЧ-инфицированные женщины подвергаются повышенному риску анемии по ряду причин, включая малярию во время беременности [52, 53]. Следовательно, обильное кровотечение может представлять собой значительный риск и, как и в случае с другими осложнениями, требует немедленного вмешательства. Согласно некоторым протоколам по ведению медикаментозного аборта женщинам разрешается покинуть медицинское учреждение до установления лечащим врачом факта полного завершения аборта. По мнению ВОЗ, безопасность и уместность этого подхода нуждаются в дополнительном изучении [51]; это может быть особенно значимо для ВИЧ-инфицированных женщин в сельских районах, для которых повторное обращение в медицинское учреждение спустя 10–15 дней для подтверждения прерывания беременности может быть затруднительным.

### **Искусственное прерывание беременности: юридические и финансовые барьеры, боязнь медицинских работников ВИЧ-инфекции**

Для ВИЧ-инфицированных женщин, желающих прервать беременность, зачастую нет безопасных возможностей сделать это. Во многих странах с высокой распространенностью ВИЧ-инфекции среди женщин репродуктивного возраста большинство женщин не имеют доступа к безопасным абортам. В ходе исследования, проведенного в 1999 г. – начале 2000 г., медицинским работникам в 49 развивающихся странах было предложено оценить работу 81 лечебного учреждения в своих странах, оказывающих услуги в области охраны материнского здоровья и неонатальной помощи. В соответствии с мнением этих экспертов наименее доступной услугой для женщин был безопасный аборт; лечение осложнений после аборта заняло 78-е место из 81 по доступности для женщин из сельских районов, и 17-е место из 81 для женщин в городских районах [54]. Даже там, где аборт разрешены

законом, например, при условии риска для здоровья женщины, они могут не знать об этом и не получать помощи после аборта, либо возможности безопасного аборта вследствие недостатка информации, стоимости аборта или отрицательного отношения со стороны медицинских работников, выполняющих аборты.

Отдельные информационные материалы, касающиеся темы беременности и ВИЧ-инфекции, непосредственно касаются темы абортов [55–58], а другие избегают даже упоминания о них. Например, в пересмотренных руководствах центров профилактики и контроля заболеваемости США по скринингу беременных на ВИЧ-инфекцию (2001 г.) говорится лишь следующее: «ВИЧ-инфицированные беременные должны получать информацию относительно всех репродуктивных возможностей. Консультирование по вопросам репродукции не должно носить директивный характер. Медицинские работники должны осознавать все сложные вопросы, которые необходимо учитывать ВИЧ-инфицированным женщинам при принятии решений в отношении своих репродуктивных возможностей, и поддерживать любое принятое решение» [59]. Проведенный недавно в США в режиме он-лайн учебный курс, посвященный планированию семьи и охране репродуктивного здоровья ВИЧ-инфицированных женщин в условиях ограниченных ресурсов, также не затрагивал эту тему [3].

При недостатке информации и доступа к легальному прерыванию беременности, возможно, что ВИЧ-инфицированные женщины не смогут прервать нежеланную беременность безопасным образом, либо не смогут сделать этого вообще. Исследования, проведенные в Зимбабве, показали, что ВИЧ-инфицированные женщины могут быть готовы завершить деторождение, однако зачастую не могут реализовать это решение на практике, поскольку не имеют достаточного контроля в вопросах контрацепции и доступа к абортам, в том числе и по причине стоимости [29–31]. В провинции Файяо (Таиланд) 30 из 50 женщин, опрошенных в ходе реализации программы профилактики вертикальной передачи ВИЧ-инфекции в 2000–2001 гг., сообщили, что рассматривали возможность прерывания своей беременности. Трое отметили, что прекратили попытки сделать прерывание вследствие связанных с этим расходов. У четырех женщин имел место неудачный аборт, и в двух из этих случаев сотрудники больницы отка-

зались впоследствии завершить аборт. Одна женщина не принимала антиретровирусные препараты в надежде, что это приведет к гибели плода или ребенка в неонатальном периоде. Еще одна женщина описывала, как она пыталась самостоятельно индуцировать аборт при помощи лекарственных препаратов; затем обратилась в частную клинику, но получила отказ, поскольку срок беременности составлял уже четыре месяца. Тогда она обратилась в частную клинику, куда ее направили из больницы, где потребовали оплатить 7500 бат. Так как у нее не было всей суммы, в больнице отказались делать ей аборт [28]. Аналогично в ходе проведенной на государственном уровне оценки программы профилактики вертикальной передачи ВИЧ-инфекции, проводившейся в двух регионах Таиланда, было установлено, что 28 из 54 (52%) ВИЧ-инфицированных женщин, прошедших консультирование по вопросам ВИЧ-инфекции после ознакомления с результатами теста, хотели прервать беременность, но не сделали этого [60]. Хотя стоимость аборта, выполняемого в частном секторе в США, может быть слишком высокой для ВИЧ-инфицированных женщин, принадлежащих к бедным слоям населения, в январе 2002 г. женщины в 28 штатах не могли получить возможности сделать аборт в рамках государственной программы медицинского страхования (Медикэйд), за исключением случаев изнасилования, инцеста и случаев, представляющих угрозу для жизни женщины [61]. Некоторые медицинские работники опасаются контакта с ВИЧ-инфекцией в процессе работы и избегают, либо отказываются проводить инвазивные гинекологические процедуры, в особенности, если они не имеют большого личного опыта лечения ВИЧ-инфицированных женщин. В ходе исследования, проведенного в конце 1980-х гг. в Нью-Йорке, было обнаружено, что в 20 случаев из 30 клиники и частные врачи отказывались принимать ВИЧ-инфицированных женщин, обращающихся за абортами; 12 из 20 сообщили, что происходит это потому, что они не могут гарантировать адекватного инфекционного контроля [62]. Аналогично, в Индии в 2002 г. две медицинские сестры сообщили:

*«Я работала медицинской сестрой в известной больнице в Мумбаи и узнала о том, что я ВИЧ-инфицирована, когда у меня произошел выкидыш. У меня было массивное кровотечение, но гинеколог отказывался даже прикасаться ко мне. Меня пе-*

*ревели в муниципальную больницу, но там у меня была аналогичная ситуация» [63].*

*«Я сделала это сама. Меня не брали в больницу... Я стимулировала аборт сама, таблетками через влагалище... Это международная таблетка. Всего я заплатила около 2 000 рупий за эту таблетку. Это было очень больно, поэтому я также принимала обезболивающие таблетки... Наш врач ездила в Англию, и оттуда она привезла образец и продала его мне. Я заплатила, а потом узнала, что это был образец» [64].*

В 1999 г. перед принятием в Таиланде государственной программы профилактики вертикальной передачи ВИЧ-инфекции 37–52% опрошенных врачей не предоставляли антиретровирусную терапию беременным; была отмечена связь между отсутствием предоставления рутинного лечения и незнанием протокола, а также работой в небольших больницах. На вопрос о том, является ли прерывание беременности «наилучшим вариантом выбора» для ВИЧ-инфицированных женщин, 41% акушеров-гинекологов и 33% врачей общей практики ответили утвердительно [65]. Многие также не желали выполнять гинекологический осмотр (15%), принимать физиологические роды (28%) или выполнять кесарево сечение (37%) у ВИЧ-инфицированных женщин. Предложение, внесенное Медицинским советом Таиланда и находящееся на стадии рассмотрения с 2001 г., относительно внесения изменений в закон об абортах в Таиланде, не включает предоставление доступа к абортам женщинам, живущим с ВИЧ-инфекцией [66].

### **Повышение доступа к безопасным абортам для ВИЧ-инфицированных женщин**

Восприимчивость к вопросам, касающимся аборт, среди политиков, безусловно, способствует нежеланию касаться этого аспекта репродуктивного здоровья. Например, в приведенном выше рейтинге услуг по охране материнского здоровья в развивающихся странах эксперты назвали официальное разрешение на лечение осложнений после аборт вторым от конца по приоритетности в области разработки политики [54]. Тем не менее в целях снижения показателей материнской заболеваемости и смертности необходимо решать вопросы, касающиеся небезопасных аборт, в том числе в контексте про-

грамм борьбы с ВИЧ/СПИДом. Fitzgerald и Behets сообщили о случае, когда ВИЧ-инфицированная женщина (страна не была указана) в ходе клинического исследования сообщила исследователям, что она обратится за нелегальным аборт. Несколькими днями позже она умерла в больнице от септического шока, последовавшего за выполнением небезопасной процедуры. Комментарий авторов: «Несомненно, не следует ожидать, что исследователи, занимающиеся вопросами профилактики ВИЧ-инфекции, распутывали бы этические вопросы, окружающие тему права на аборт. Однако если исследователи хотят привлечь женщин репродуктивного возраста (к участию в клинических исследованиях), то они также не могут и игнорировать подобные вопросы. Возникает вопрос: “Каким образом исследователи наилучшим образом могут защитить благополучие женщин, добровольно соглашающихся участвовать в исследованиях, в развивающейся стране с ограничивающими законами в области репродуктивного здоровья?”» [67].

Может также возникнуть вопрос: следует ли считать ВИЧ/СПИД показанием к аборт на законодательном государственном уровне, учитывая беспокойство в связи с тем, что это может использоваться как способ давления на ВИЧ-инфицированных женщин с целью побуждения их к прерыванию беременности [64]. Однако эксперты-юристы полагают, что положительный ВИЧ-статус женщины должен давать ей право на легальный аборт везде, где аборт разрешен в целях защиты здоровья или жизни женщины [68]. Например, ВИЧ-инфицированные женщины, страдающие от туберкулеза и оппортунистических инфекций и нуждающиеся в определенных антибиотиках, могут пожелать прервать беременность, поскольку препараты противопоказаны во время беременности [69].

### **Выводы**

Женщины, живущие с ВИЧ-инфекцией, должны иметь возможность контролировать свою репродуктивную жизнь и осуществлять свои решения добровольно и безопасно. С точки зрения прав человека необходимо предпринять меры, направленные на обеспечение возможности для женщин, живущих с ВИЧ/СПИДом, реализовывать свое право решать, иметь ли детей и если да, то когда именно. ВИЧ-инфициро-

ванные женщины, желающие иметь детей, должны иметь доступ к программам профилактики вертикальной передачи инфекции и к антиретровирусному лечению во время и после беременности, что позволит им сберечь свое здоровье и иметь возможность ухаживать за своими детьми. Те, кто желают избежать беременности, также должны иметь возможность сделать это. Необходимы дополнительные исследования с целью изучения преимуществ и недостатков возможностей контрацепции в контексте ВИЧ-инфекции, наряду с усилиями, направленными на расширение предоставления объективной комплексной информации и консультирования по вопросам контрацепции для лиц, живущих с ВИЧ/СПИДом. Особое внимание должно быть уделено обеспечению наличия и доступности экстренной контрацепции.

Также необходимо проведение дополнительных исследований по режимам лечения осложнений после аборта у ВИЧ-инфицированных женщин, особенно на более поздних стадиях ВИЧ-инфекции. Кроме того, следует провести изучение сравнительных преимуществ хирургического и медикаментозного аборта для женщин, живущих с ВИЧ/СПИДом, включая необходимость принятия специальных мер для предотвращения осложнений после аборта. Только при условии адекватного решения вопросов контрацепции и аборта, помимо профилактики вертикальной передачи инфекции, ВИЧ-инфицированные беременные будут иметь доступ к комплексной медицинской помощи, направленной на охрану сексуального и репродуктивного здоровья, и смогут полностью осуществлять свои репродуктивные права.

## Литература

1. UNAIDS. Where prevention and care meet: voluntary counselling and testing, and preventing mother-to-child transmission. In: Report on the Global HIV/AIDS Epidemic 2002. Geneva: UNAIDS, 2002. p. 122–32 At: <http://www.unaids.org/barcelona/presskit/barcelona%20report/contents.html>. Accessed 21 November 2002.
2. UNAIDS. AIDS Epidemic Update: December 2002. Geneva: UNAIDS, 2002.
3. JHPIEGO. Training in Reproductive Health Project. Meeting the FP/RH Needs of Clients with HIV/AIDS Living in Limited-resource Settings. JHPIEGO. At: <http://community.jhpiego.jhu.edu/archives/fprh-hiv-1.html>. Accessed 22 August 2003.
4. Baeten J.M., Nyange P.M., Richardson B.A., et al. Hormonal contraception and risk of sexually transmitted disease acquisition: results from a prospective study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2001; 185(2): 380–5.
5. Department of Reproductive Health and Research. Improving the Safety and Effectiveness of Contraceptive Methods. Geneva: WHO. At: [http://www.who.int/reproductive-health/family\\_planning/safety.html#steroid](http://www.who.int/reproductive-health/family_planning/safety.html#steroid). Accessed 22 August 2003.
6. Bergenstrom A., Sherr L. HIV testing and prevention issues for women attending termination assessment clinics. *British Journal of Family Planning* 1999; 25: 3–8.
7. NHS Executive. Reducing Mother to Baby Transmission of HIV. Health Service Circular. London: Department of Health, 13 August 1999. At: <http://www.doh.gov.uk/hsc/pdfs/hsc99183.pdf>. Accessed 22 August 2003.
8. Department of Health. The National Strategy for Sexual Health and HIV. July 2001. London: Department of Health. At: <http://www.doh.gov.uk/sexual-healthandhiv/pdfs/actionplan.rtf>. Accessed 22 August 2003.
9. Statutory Instrument 2002 No. 887. The Abortion (Amendment) (England) Regulations 2002. London: HMSO. At: <http://www.legislation.hmso.gov.uk/si/si2002/20020887.htm>. Accessed 22 August 2003.
10. Rey D., Obadia Y., Carrieri M.-P., et al. HIV screening for pregnant women in southeastern France: evolution 1992–1994–1996. *Obstetrics and Gynecology* 1998; 76: 5–9.
11. Lindgren S., Ottenblad C., Bengtsson A.-B., et al. Pregnancy in HIV-infected women. Counseling and care-12 years' experiences and results. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 1998; 77: 532–41.
12. Berlioz-Arthaud A., Baumann E. Seroprevalence du VIH chez les femmes enceintes de Nouvelle-Calédonie: bilan d'une annere de surveillance. *Bulletin de la Societer de Pathologie Exotique* 2002; 95(2): 109–14.
13. Chase E., Aggleton P. Stigma, HIV/AIDS and Prevention of Mother-to-Child Transmission. A Pilot Study in Zambia, India, Ukraine and Burkina Faso. London: Panos Institute/UNICEF, 2001. At: <http://www.panos.org.uk/>. Accessed 21 November 2002.
14. Savelieva I. Discrimination of women with HIV/AIDS in Russia. Abstract MoPeE2945. XIII International AIDS Conference, Durban, 9–14 July 2000.
15. Batterink C., de Roos R., Wolffers I., et al. AIDS and Pregnancy. Reactions to Problems of HIV-Positive Pregnant Women and Their Children in Chiang Mai

- (Thailand). Amsterdam: Vrije Universiteit Press, 1994.
16. Batterink C., de Roos R. HIV Positive Pregnant Women and Their Possibly Infected Infants in Thailand. Institute of Social Medicine, Vrije Universiteit, Amsterdam, 1994.
  17. Koetsawang S., Stewart R., Hemvuttiphon J., et al. Evaluation of counseling services in the context of the perinatal HIV prevention trial in Thailand (PHPT). Abstract ThPpD1478. XIII International AIDS Conference, Durban, 9–14 July 2000.
  18. International Community of Women Living with HIV. Voices and Choices of Women Living with HIV/AIDS. Bangkok: Ford Foundation/Care/ICW/Power of Life, 2001.
  19. Pivnick A. Loss and regeneration: influences on the reproductive decisions of HIV positive, drug-using women. *Medical Anthropology* 1994; 16: 39–62.
  20. Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights and the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. HIV/AIDS and Human Rights. International Guidelines. Second International Consultation on HIV/AIDS and Human Rights, Geneva, 23–25 September 1996. HR/PUB/98/1. New York: UN, 1998: Para.30(f) p. 20–21. <<http://www.unaids.org/publications/documents/human/law/JC520-HumanRights-E.pdf>>. Accessed 8 September 2003.
  21. World Health Organization. Factsheet 10. Women and HIV and mother to child transmission. At: <[http://www.who.int/health-services-delivery/hiv\\_aids/English/fact-sheet-10/index.html](http://www.who.int/health-services-delivery/hiv_aids/English/fact-sheet-10/index.html)>. Accessed 21 November 2002.
  22. van Benthem B.H.B., de Vincenzi I., Delmas M.C., et al. Pregnancies before and after HIV diagnosis in a European cohort of HIV-infected women. *AIDS* 2000; 14(14): 2171–8.
  23. Gibb D.M., et al. Uptake of interventions to reduce mother-to-child transmission of HIV in the United Kingdom and Ireland. *AIDS* 1997; 11(7): F53–F58.
  24. Pacheco-Acostah E., Antonella T., Higgins A., et al. Reproductive choices in the Women and Infant Transmission Study (WITS): pre and post ACTG 076 results. Abstract 13565. XII International AIDS Conference, Geneva, 1998.
  25. Hankins C., Tran T., Lapointe N., et al. Sexual behavior and pregnancy outcome in HIV-infected women. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology* 1998; 18(5): 479–87.
  26. Bongain A., Berrebi A., Mariner-Barjoan E., et al. Changing trends in pregnancy outcome among HIV-infected women between 1985 and 1997 in two southern French university hospitals. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 2002; 104: 124–8.
  27. Keegan A.C., Lambert S.A., Petrak J. Sex and relationships for HIV+ women since HAART: a qualitative study. Abstract ThPeE7811. XIV International AIDS Conference, Barcelona, 7–12 July 2002.
  28. Ishida Y., et al. Mothers Living with HIV. Lessons from Field Monitoring of Prevention of Mother-to-child HIV Transmission (PMTCT) Program in Phayao, Thailand. Phayao: Phayao Provincial Public Health Office/Japan International Cooperation Agency/Care Thailand/Raks Thai Foundation. Undated.
  29. Feldman R., Manchester J., Maposhere C. Positive Women: Voices and Choices. Zimbabwe Report. Harare: SAFAIDS, June 2002.
  30. Koetsawang S., Auamkul N. HIV and women in Thailand: severity and services. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 1997; 58: 121–7.
  31. Kuyoh M., Best K. HIV-positive women have different needs. *Network* 2001; 20(4). At: <<http://www.fhi.org/en/fp/fppubs/network/v20-4/nt2042.html>>. Accessed 21 November 2002.
  32. Marres D. AIDS en kinderen krijgen: een exploratief onderzoek bij Kenyanse vrouwen [AIDS and having children: an exploratory study among Kenyan women]. MA Thesis. Maastricht, Rijksuniversiteit Limburg, August 1992.
  33. van Woudenberg J. Tave kuzviga-muchira sezvazviri (We take it as it is). MA Thesis. Utrecht: University of Utrecht/ University of Amsterdam, 1994.
  34. Yadav P. HIV positive women prefer abortions. *Times of India*. 13 May 2001. At: <<http://www.time-sofindia.com/130501/13mchd1.htm>>. Accessed March 2002.
  35. Richter D.L., Sowell R.L., Delores M., et al. Factors affecting reproductive decisions of African American women living with HIV. *Women and Health* 2002; 36(1): 82–96.
  36. Johnstone F.D., Brettle R.P., MacCallum L.R., et al. Women's knowledge of their HIV antibody status: its effect on their decision whether to continue pregnancy. *British Medical Journal* 1990; 300: 23–4.
  37. Kline A., Strickler J., Kempf J. Factors associated with pregnancy and pregnancy resolution in HIV seropositive women. *Social Science and Medicine* 1995; 40(11): 1539–47.
  38. Selwyn P.A., Carter R.J., Schoenbaum E.E., et al. Knowledge of HIV antibody status and decisions to continue or terminate pregnancy among intravenous drug users. *Journal of the American Medical Association* 1989; 261(24): 3567–71.
  39. Ikechebelu J.I., Ikegwuonu S.C., Joe-Ikechebelu N.N. HIV infection and sexual behaviour among infertile women in southeastern Nigeria. *Journal of Obstetrics and Gynecology* 2002; 22(3): 306–7.
  40. Biedermann K., Rudin Ch., Irion O., et al. Schwangerschaften bei HIV-infizierten Frauen in der Schweiz. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde* 1995; 55: 447–55.
  41. de Vincenzi I., et al. Pregnancy and contraception in a French cohort of HIV-infected women. *AIDS* 1997; 11(3): 333–8.
  42. Stephenson J.M., Griffioen A., et al. The effect of HIV diagnosis on reproductive experience. *AIDS* 1996; 10(14): 1683–7.

43. Greco P., Vimercati A., Flore J.R., et al. Reproductive choice in individuals HIV-1 infected in south-eastern Italy. *Journal of Perinatal Medicine* 1999; 27: 173–7.
44. Darder M.J.M., Llacer A., Castillo S., et al. Social characteristics and risk behaviour for HIV in black-race female sex workers in Madrid, Spain. Abstract WePeD4809. XIII International AIDS Conference, Durban, 9–14 July 2000.
45. Sanz Aliaga S.A., Sabater Pons A., Alfonso Sanchez J.L., et al. Características sociales y clínicas de un grupo de madres infectadas con VIH en Valencia: influencia de la drogadicción parenteral. Presented at XIII International Conference on AIDS, Durban, 9–14 July 2000.
46. Thackway S.V., Furner V., Mijch A., et al. Fertility and reproductive choice in women with HIV-1 infection. *AIDS* 1997; 11(5): 663–7.
47. Desgreres-du-Loué A., Msellati P., Viho I., et al. Contraceptive use, protected sexual intercourse and incidence of pregnancies among African HIV-infected women. DITRAME ANRS 049 Project, Abidjan 1995–2000. *International Journal of STD & AIDS* 2002; 13: 462–8.
48. Grubert T.A., Reindell D., Kačstner R., et al. Rates of postoperative complications among human immunodeficiency virus-infected women who have undergone obstetric and gynecologic surgical procedures. *Clinical Infectious Diseases* 2002; 34: 822–30.
49. Okong P., Biryahwaho B., Bergstroëm S. Post-abortion endometritis-myometritis and HIV infection. *International Journal of STD & AIDS* 2002; 13: 729–32.
50. Preble E.A., Piwoz E.G. Prevention of Mother to Child Transmission of HIV in Asia. Practical Guidance for Programs. Washington DC: Academy for Educational Development, 2002. At: <http://www.aed.org/publications/AsiaPMTCT.pdf>. Accessed 15 August 2003.
51. World Health Organization. Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems. Geneva: WHO, 2003.
52. UNICEF. Malaria and HIV/AIDS. UNICEF Technical Note 6. February 2003. At: <http://www.unicef.org/UnicefTechnicalNote6/MalariaandHIV.doc>. Accessed 22 August 2003.
53. Huff B. HIV and malaria: two intertwining epidemics. *AmFAR Global Link*. At: <http://www.amfar.org/cgi-bin/iowa/td/feature/print.html?record=18>. Accessed 22 August 2003.
54. Bulatao R.A., Ross J.A. Rating maternal and neonatal health services in developing countries. *Bulletin of World Health Organization* 2002; 80(9): 721–7.
55. AIDS Law Unit. Pregnancy and HIV. Windhoek: Legal Assistance Centre. Undated.
56. Position Paper: HIV/AIDS. No.1. London: Marie Stopes International, 2001.
57. Ndong N.T. Preventing Mother-to-Child Transmission of HIV. A Training Manual for Healthcare Providers. London/Bertsham: Reproductive Health Alliance and Perinatal HIV Research Unit, University of the Witwatersrand, Chris Hani Baragwanath Hospital, 2001.
58. Rosser J. HIV and Safe Motherhood. London: Healthlink Worldwide, 2000.
59. Rogers M., Fowler M.G., Lindegren M.L. Revised recommendations for HIV screening of pregnant women. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 2001; 50(RR-19): 59–108.
60. Kanshana S., et al. Evaluation of Voluntary Counselling and Testing in the National Prevention of Mother to Child Transmission Programme in Thailand. Bangkok: Department of Health, Ministry of Public Health, October 2002.
61. National Abortion Rights Action League. Medicaid: Discriminatory Funding for Abortion. New York, NARAL-Prochoice. 13 February 2002. At: <http://www.naral.org/facts/loader.cfm?url=/commonspot/security/getfile.cfm&PageID=1864>. Accessed 22 August 2003.
62. Levine C., Neveloff Dubler N. HIV and childbearing. 1. Uncertain risks and bitter realities: the reproductive choices of HIV-infected women. *Milbank Quarterly* 1990; 68(3): 321–51.
63. They are positive despite HIV. *Times of India*. 7 March 2002. At: [http://timesofindia.indiatimes.com/article/show.asp?art\\_id=3005736&sType=1](http://timesofindia.indiatimes.com/article/show.asp?art_id=3005736&sType=1). Accessed March 2002.
64. de Bruyn M., Njoko M., Odhiambo D., et al. HIV/AIDS, Pregnancy and Abortion-Related Care. A Preliminary Inquiry. Chapel Hill: Ipas, 2002.
65. Bhatta M.P., Stringer J.S.A., Phanuphak P., et al. Mother-to-child transmission prevention in Thailand: physician zidovudine use and willingness to provide care. *International Journal of STD & AIDS* 2003; 14: 404–10.
66. Whittaker A. The struggle for abortion law reform in Thailand. *Reproductive Health Matters* 2002; 10(19): 45–53.
67. Fitzgerald D.W., Behets F.M.T. Women's health and human rights in HIV prevention research. *Lancet* 2003; 351(4 Jan): 68–9.
68. Cook R.J., Dickens B.M. Human rights and HIV-positive women. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2002; 77: 55–63.
69. Epstein H., Whelan D., van de Wijgert J., et al. HIV/AIDS Prevention Guidance for Reproductive Health Professionals in Developing Country Settings. New York: Population Council/UNFPA, 2002.

*Safe Abortion for HIV-Positive Women with Unwanted Pregnancy: A Reproductive Right*  
*Maria de Bruyn*  
*Reproductive Health Matters* 2003; 11(22): 152–61.



www.gzrf.ru

©2006 Проблемы репродуктивного здоровья.  
Авторские права защищены.  
Проблемы репродуктивного здоровья 2006;14(27): 181–90  
0968-8080/06\$ – см. титульную страницу  
PII: S0968-8080(06)27219-7



www.rhmjournal.org.uk

## Рожденные нежеланными, 35 лет спустя: Пражское исследование

Генри П. Дэвид

Директор, Транснациональный институт исследований в области семьи,  
Вифезда (Бифезда), врач, США. E-mail: henrydavid@comcast.net

**Краткое содержание.** Среди медицинских работников, специализирующихся в области психиатрии, распространено убеждение, согласно которому рождение нежеланного ребенка влечет за собой риск отрицательного психосоциального развития и слабого психического здоровья во взрослом возрасте. Пражское исследование было проведено с целью проверки этой гипотезы. В ходе исследования велось наблюдение за развитием и психическим благополучием 220 детей (в настоящее время взрослых), рожденных в 1961–1963 гг. в Праге у женщин, которым было дважды отказано в аборте в течение одной и той же нежеланной беременности. Все дети были распределены по индивидуальным парам в возрасте около девяти лет с 220 детьми, рожденными в результате желанной беременности, в течение которой женщина не пыталась сделать аборт. В данной статье отражены теоретические предположения и гипотезы, критерии отбора участников исследования и основные результаты последующих этапов исследования, проведенных среди детей в возрасте около 9, 14–16, 21–23, 28–31 и 32–35 лет, а также проведено дополнительное изучение лиц, рожденных в результате нежеланной беременности женщинами, состоящими в браке, и контрольной группы родившихся в результате желанной беременности, в возрасте 26–28 лет. Для того, чтобы учесть потенциальные дополнительные факторы, затрудняющие интерпретацию данных, все братья и сестры изучаемых лиц были включены в два последних этапа. Было отмечено, что различия в психосоциальном развитии становились более заметными со временем, однако ослабевали в возрасте около 30 лет. Все различия были не в пользу родившихся в результате нежеланной беременности, особенно это касалось единственных детей (без братьев и сестер). Они становились пациентами психиатрических отделений (особенно стационаров клиник) чаще, чем представители контрольной группы, родившиеся в результате желанной беременности, и также чаще, чем собственные братья и сестры. Общие результаты позволяют сделать предположение, что в целом отказ в проведении аборта при нежеланной беременности влечет за собой повышенный риск отрицательного психосоциального развития и психического благополучия во взрослом возрасте.  
© «Проблемы репродуктивного здоровья», 2006 г. Авторские права защищены.

**Ключевые слова:** нежеланная беременность, отказ в аборте, развитие ребенка, психическое здоровье взрослых, Чешская Республика

**Д**инамика намеренных и непреднамеренных зачатий, желанных и нежеланных беременностей и последующего добровольного или вынужденного воспитания детей послужила темой для многочисленных обсуждений. Тем не менее редко удавалось проводить последующее изучение детей, нежеланных на момент зачатия или на ранних сроках беременности, в течение

длительного периода — с детства и до взрослого состояния. Для изучения влияния отказа в аборте на развитие и психическое здоровье необходимо законодательство, при котором прерывание беременности разрешено в одних случаях и запрещено в других. Также необходимым условием является наличие государственной системы регистрации населения, учитывающей меди-

цинские события и облегчающей последующее наблюдение за детьми, рожденными вопреки желанию родителей. Чехословакия (ныне Чешская Республика) была одной из стран, отвечающих этим условиям на момент начала проведения в 1969 г. так называемого Пражского исследования (под этим названием оно получило международную известность).

Пражское исследование было начато, когда мое внимание привлекло краткое содержание чешской статьи, посвященной социальным вопросам прерывания беременности (авторы – Vratislav Schqller и Eva Stupkova) [1]. Познакомившись с д-ром Stupkova, на тот момент занимавшей должность директора службы общественного здравоохранения г. Праги, я узнала, что в течение 1961–1963 гг. она была председателем пражской региональной апелляционной комиссии по абортам. Она сохранила список имен женщин, которым было дважды отказано в аборте при одной и той же беременности, сначала при первичном обращении и затем повторно, после подачи апелляции. Доктор Stupkova выразила готовность предоставить имеющиеся у нее материалы для проведения последующего исследования. Проконсультировавшись с д-рами Zdenek Dytrych, Zdenek Matejcek и Vratislav Schqller, я разработала оригинальный план исследования с парным сопоставлением, поддержанный в последующие годы американскими, чешскими и международными донорскими организациями. Все исследования проводились под покровительством Пражского научно-исследовательского института психиатрии (ныне Пражский психиатрический центр). Я занималась поисками грантов, выполняла роль старшего консультанта на всех этапах проведения Пражского исследования и составляла и редактировала отчеты на английском языке [2, 3]. Я также организовала доклад для Stupkova и Schqller<sup>4</sup> на международном семинаре и публикацию статьи на английском языке [5]. Д-р Ludek Kubicka разработал концепцию изучения братьев и сестер, проводил анализ всех полученных данных совместно с Ing. Zdenek Roth был автором сопутствующих отчетов по проведенным исследованиям [6, 7]. Matejcek и Dytrych наблюдали за проводимыми на местах исследованиями и были соавторами первых международных публикаций и презентаций [8, 9]. Schqller руководил процессом подбора пар и в течение многих лет был единственным, знавшим, «кто есть кто».

Немногие имеющиеся в литературе сходные исследования, в основном проводившиеся в Швеции и Финляндии, были представлены в предыдущих публикациях [2, 3, 6, 7]. Шведские исследования [10–16] указывали на то, что дети, рожденные у женщин, которым было отказано в абортах при нежеланной беременности, чаще оказывались социально хуже приспособленными, нуждались в психиатрической помощи и совершали правонарушения, чем дети, родившиеся в результате желанной беременности. Результаты финского исследования [17–19] показали, что нежеланные беременность и деторождение часто были связаны с менее благоприятными социально-экономическими обстоятельствами.

В данной статье представлены основные результаты последующих этапов исследования, проведенных в возрасте около 9, 14–16, 21–23, 28–31 и 32–35 лет, а также осуществлено дополнительное изучение лиц, рожденных в результате нежеланной беременности женщинами, состоящими в браке, и контрольной группы родившихся в результате желанной беременности в возрасте 26–28 лет. Описания методов сбора данных (раздаваемые индивидуально анкеты, структурированные опросы и государственные реестры), а также подробный статистический анализ результатов, полученных эмпирическим путем, наряду с таблицами и графиками, были представлены за эти годы почти в 100 статьях и книгах, опубликованных на данный момент на пяти языках.

### Условия проведения исследования

Вслед за декриминализацией абортов в Советском Союзе Правительство Чехословакии объявило о либерализации закона об абортах в декабре 1957 г., разрешая прерывание беременности по медицинским и «иным» показаниям в течение первых трех месяцев беременности [2]. Согласно на просьбу женщины о прерывании беременности выдавала районная комиссия по абортам. Если эта комиссия отклоняла просьбу, женщина имела право обратиться в региональную апелляционную комиссию по абортам, решение которой было окончательным. Просьбы отклонялись, как правило, если женщина приводила ложные, либо недостаточные причины для аборта, или если срок беременности составлял более 12 недель, или если другая беременность была прервана в течение нескольких пред-

шествовавших месяцев. Подача апелляции после отказа и вторичная просьба о прерывании той же беременности представляли собой эмпирическое подтверждение того, что беременность была действительно нежеланной, по крайней мере, на ранних стадиях.

## Гипотезы

Теоретическое предположение, лежащее в основе исследования, развилось из концепции психологической депривации [20]. Существовало убеждение, что при условии континуума условий различных лишений (начиная от изоляции ребенка в учреждении до относительно легкой эмоциональной заброшенности в неблагополучной семье), вероятно также наличие континуума последствий (от серьезных до относительно легких). Это предположение лежит в основе концепции психологической субдепривации [21, 22]. Основная гипотеза, которую предполагалось проверить, заключалась в том, что различия между детьми, рожденными после нежеланных беременностей, и детьми, рожденными после желанных беременностей, будут неблагоприятными для нежеланных детей. Предполагалось, что различия будут явно заметны в их медицинских картах, социальной интеграции, образовательных достижениях, психологическом состоянии и отношениях в семье. Эти ожидания наряду с мнением, что мальчики более уязвимы, чем девочки, в условиях неблагоприятной социальной обстановки привели к предположению, что мальчики, родившиеся в результате нежеланной беременности, будут страдать относительно больше, чем девочки [23]. Также было ясно с самого начала, что несмотря на то, что группа испытуемых, рожденных в результате нежеланной беременности, отбиралась на основе нежеланности на ранних сроках беременности, существовала вероятность, что многие из этих детей будут приняты родителями и даже окружены любовью после рождения.

В целях обеспечения конфиденциальности исследовательский проект получил официальное название «Пражское исследование развития детей». Тема аборт была поднята лишь однажды – в форме последнего вопроса при первой беседе с матерью, дважды получившей отказ в аборте при одной и той же беременности. Во время опроса девять лет спустя 83 (38%) из 220 женщин вообще отрицали, что когда-либо

обращались с просьбой о прерывании этой беременности. Вопрос нежеланности никогда не фигурировал ни в одном из структурированных индивидуальных опросов участников исследования и никогда никем не поднимался.

## Выборка

Благоприятное стечение обстоятельств обеспечило возможность доступа к записям пражской апелляционной комиссии по абортam. Из 24 889 заявок на выполнение аборта 638 (2%) получили отказ при первичном обращении и затем повторно, при последующей апелляции.<sup>2</sup> После исключения 83 женщин, не проживавших в Праге или являвшихся гражданками другой страны, оставалось 555 женщин, получивших двукратный отказ в просьбе о прерывании нежеланной беременности. Из них 31 женщина переехала из Праги; 9 указали ложный адрес на заявке о проведении аборта; относительно 6 стало известно, что они не были беременны; и 8 других не удалось найти по иным причинам. Среди 501 женщины, по которым имелась информация, 316 (63%) доносили беременность, продолжая проживать в Праге. Из оставшихся 185 женщин (37%) 43 получили официальное разрешение на аборт, обратившись с заявкой на прерывание беременности в другую районную комиссию по абортam; у 80 якобы произошел спонтанный аборт (их процент в два раза выше, чем можно было бы ожидать в норме), и у 62 женщин отсутствовали записи о происшедших родах. Тот факт, что 37% женщин, которым было дважды отказано в аборте, смогли избежать родов, позволяет предположить, что случаи наиболее категорически нежеланной беременности были исключены из исследования еще до его начала.

Так, 316 женщин, продолжавших проживать в Праге, родили 317 живых детей. Среди них шестеро умерли (пять – в течение первого года жизни) и 19 были усыновлены. Эта доля превышает средние показатели по стране более чем в 30 раз. Еще 39 детей переехали вместе с родителями из Праги, а двое были помещены в специализированные учреждения. Четыре матери отрицали, что когда-либо рожали ребенка, хотя в больничных записях был зафиксирован факт родов. Трое из женщин умерли, а дети трех других проживали с родственниками в сельской местности. Лишь семь матерей отказались сотрудничать с

исследовательским проектом. Оставшиеся 233 женщины и их дети находились в Праге, когда было начато исследование. Однако 13 детям не удалось успешно подобрать пару для исследования, таким образом, выборка ограничилась 220 детьми – 110 мальчиками и 110 девочками.

### **Контрольная группа**

Для каждого ребенка, родившегося в результате нежеланной беременности, в возрасте девяти лет был подобран по методу демографического парного совпадения партнер из числа детей, родившихся в результате желанной беременности от матерей, чьи имена не были обнаружены в реестрах регистрации заявок на выполнение аборта. Парное совпадение детей подбиралось по возрасту, половой принадлежности, очередности рождения детей в семье, числу братьев и сестер и школе. Матери подбирались по возрасту, социально-экономическому статусу (уровень образования их самих и их партнеров), а также по наличию партнера в доме (т.е. полная ли семья). Все дети воспитывались в семьях с двумя родителями, хотя иногда место биологического отца занимал отчим. Для того, чтобы включить в исследование как можно больше детей, родившихся в результате нежеланной беременности, пришлось сопоставлять некоторые из семей с тремя детьми (в которых еще один или двое детей родились в результате нежеланной беременности) с семьями с двумя детьми, родившимися после желанных беременностей. В обоих выборках было по 50 единственных детей (без братьев и сестер). Процесс сопоставления был выполнен одним из коллег, остававшимся единственным из группы исследователей, знавшим, кто из детей относился к какой группе.

### **Братья и сестры**

Все три первоначальных исследования (в возрасте 9–23 лет) показали, что семьи с нежеланными беременностями были менее стабильными и менее благополучными, чем семьи, где беременность была желанной. Для того чтобы учесть потенциальные дополнительные факторы, затрудняющие интерпретацию данных, все братья и сестры изучаемых лиц были включены в два последующие этапа. Целью этого послужила более подробная проверка гипотезы, согласно которой нежеланная беременность отрицательно

сказывается на психосоциальном развитии и психическом здоровье. Пользуясь терминологией бихевиоральной генетики [26], было сделано различие между разделяемой (с братьями и сестрами) и неразделяемой (для данного ребенка) обстановкой в семье. Была высказана гипотеза, утверждавшая, что эффект нежеланности не разделяется (братьями и сестрами).

Проведенный литературный поиск обнаружил еще лишь одно исследование, в которое были привлечены братья и сестры [24]. Данные по 3000 семей в Америке с возрастом испытуемых от 4 до 13 лет показали, что нежеланная беременность не оказывала серьезного влияния на здоровье младенцев или на раннее развитие ребенка. Это соответствовало данным обзора записей в картах местных медицинских учреждений и прочим наблюдениям, сделанным, когда пражские испытуемые находились в аналогичном возрасте [25].

### **Первый этап последующего исследования: девять лет**

Обзор записей в медицинских картах, относящихся к раннему детству, показал, что обе группы детей начинали свой жизненный путь в аналогичных условиях [2]. Не было отмечено статистически значимых различий в весе или росте при рождении, распространенности врожденных пороков или в признаках минимальной мозговой дисфункции (теперь определяемой как гипертензивное нарушение активности), сопровождающееся дефицитом внимания). Однако дети, рожденные в результате нежеланной беременности, получали грудное молоко в течение заметно меньшего периода, либо не получали его вообще. Также среди них была отмечена тенденция к небольшому, тем не менее имевшемуся у многих излишнему весу. В возрасте девяти лет обе группы продемонстрировали аналогичные средние показатели по чешскому варианту шкалы умственного развития Векслера для детей – 102 балла у детей, родившихся в результате нежеланной беременности, и 103 балла в контрольной группе. Однако дети, родившиеся в результате нежеланной беременности, получали худшие отметки в школе по чешскому языку и оценивались менее благоприятно по послушанию в школе, прилежанию и поведению как учителями, так и матерями. По социометрической шкале с детьми, родившимися после нежелательной

беременности, значительно чаще «отказывались дружить» одноклассники, чем с представителями контрольной группы. В сравнении с матерями, у которых беременность была желанной, матери, родившие детей после нежелательной беременности, оценивали своих сыновей менее благоприятно, чем дочерей. Они также чаще передоверяли воспитание детей кому-либо другому. Три или более аборт в анамнезе встречались в четыре раза чаще среди матерей, выносивших нежелательную беременность, чем среди матерей из контрольной группы.

Для выработки общего индикатора нарушений адаптации было отобрано 60 фактических пунктов из материалов историй болезни, анкет и иных инструментов психологической оценки состояния, на основании которых была составлена шкала нарушений адаптации, отражающая отрицательные качества, недостаточную зрелость или склонность к проблемам в процессе социализации. Для каждого ребенка шкала составлялась путем суммирования его/ее «отрицательных баллов». Принадлежность испытуемых к той или иной группе оставалась неизвестной в процессе сбора данных и их распределения по соответствующим таблицам шкалы.

У детей, родившихся в результате нежелательной беременности, показатели нарушения адаптации были значительно выше, чем в контрольной группе. Средние показатели у мальчиков были существенно выше, чем у девочек. Наиболее высокие показатели отмечались среди 50 единственных в семье детей, родившихся в результате нежелательной беременности, в то время как у 50 желанных детей показатели были наиболее низкими. Среди мальчиков, родившихся в результате нежелательной беременности, – единственных детей в семье – отмечались наиболее высокие показатели нарушения адаптации. Дети, выглядевшие здоровыми и способными, при анализе в совокупности, оказались менее приспособляемыми, менее социально зрелыми и менее подготовлены к требованиям социальной жизни. Показатели нарушения адаптации для матерей были созданы аналогично, на основании отрицательных показателей, отобранных из историй болезни, материалов структурированных опросов, анкет и медицинских записей. Показатели нарушения адаптации у матерей, выносивших нежелательную беременность, были значительно выше, чем у матерей в контрольной группе.

## **Второй этап последующего исследования: 14–16 лет**

Второй этап последующего исследования был проведен в 1977 г., когда детям было по 14–16 лет [27]. Был достигнут 98% охват лиц, участвовавших в первом этапе исследования. Ранее незначительные различия в школьных успехах достигли статистической значимости. Эти различия заключались не столько в том, что дети, родившиеся в результате нежелательной беременности, чаще не успевали в школе, сколько в том, что они существенно реже встречались среди учащихся, оценки которых были выше средних. Они редко появлялись в списках отличников в каких бы то ни было областях знаний. Аналогичные свидетельства содержались в оценках учителей. В сравнении с контрольной группой значительно большее число детей, родившихся в результате нежелательной беременности, не получили полного среднего образования. Вместо этого они начали работать подмастерьями или выполнять иную работу, не требовавшую среднего специального образования. Во всех проанализированных областях отмечавшиеся ранее различия не только сохранились, но и усугубились.

## **Третий этап последующего исследования: 21–23 года**

Результаты третьего этапа последующего исследования, проведенного в 1983–1984 гг., показали значительно более высокую подверженность различным проблемам среди испытуемых, родившихся в результате нежелательной беременности, чем в контрольной группе. На момент проведения исследования возраст испытуемых составлял 21–23 года. Прогнозы, сделанные на основе шкалы нарушения адаптации в возрасте девяти лет [25], имели тенденцию подтверждаться. Менее чем одна треть опрошенных, родившихся в результате нежелательной беременности, в сравнении с контрольной группой, сказали, что их жизнь сложилась в соответствии с их ожиданиями, и более чем в два раза большее число соответственно утверждали, что они столкнулись с большими проблемами, чем предполагали. Аналогично значительно меньшая часть матерей, выносивших нежелательную беременность, в сравнении с матерями из контрольной группы, выразили удовлетворение развитием своего ребенка, и значительно большая их часть выразила неудовлетворенность об-

разовательным и социальным статусом своего ребенка на данный момент.

В сравнении с контрольной группой молодые люди, родившиеся в результате нежеланной беременности, сообщали о значительно более низкой удовлетворенности своей работой, большем числе конфликтов с коллегами и начальством, меньшем числе дружеских связей и менее удовлетворительном их характере, большем числе разочарований в любви. Более значительное их число выражали неудовлетворенность своим психическим здоровьем и активно искали возможности обратиться за лечением, либо получили такое лечение. Среди родившихся в результате нежеланной беременности было в два раза больше, чем в контрольной группе, людей, приговоренных к тюремным срокам.

Шкала психологической нестабильности была разработана на основе ответов на 37 вопросов структурированного интервью, сочтенных показательными для выявления неудовлетворительных или проблематичных взаимоотношений. Она была построена как мера анализа совокупности испытуемых, аналогично шкале нарушений адаптации. Средние показатели для всех опрошенных испытуемых продемонстрировали весьма заметные различия ( $p < 0,001$ ). Различия между тем, что говорили о себе сами испытуемые в возрасте 21–23 лет, были, как правило, еще заметнее, чем различия между сказанным о них родителями, учителями и одноклассниками более чем десятью годами ранее. Однако разница между мальчиками и девочками, родившимися в результате нежеланной беременности, ранее отмеченная по шкале нарушений адаптации в возрасте девяти лет, не стала более заметной [2].

### **Выбор партнера: 26–28 лет**

В 1989 г. было проведено дополнительное исследование с целью изучения выбора партнера среди испытуемых, состоящих в браке [28]. Среди женщин, родившихся в результате нежеланной беременности, было значительно больше одиноких и разведенных, чем в контрольной группе ( $p < 0,005$ ). Кроме того, было значительно больше женатых мужчин, родившихся в результате нежеланной беременности, чем в контрольной группе. В сравнении с женщинами-спутницами мужчин из контрольной группы женщины – спутницы мужчин, родившихся в результате нежеланной беременности, перенес-

ли значительно больше аборт и больше повторных абортов, а также чаще выражали неудовлетворенность своей работой и психическим благополучием. Анализ всех имеющихся данных показал, что женщины – спутницы мужчин, родившихся в результате нежеланной беременности, во многом были похожи на женщин, родившихся в результате нежеланной беременности. В сравнении с мужчинами – партнерами женщин из контрольной группы мужчины – партнеры женщин, родившихся в результате нежеланной беременности, чаще сообщали о том, что им приходилось иметь дело с неожиданными проблемами, и что у них были более сложные взаимоотношения с супругой. Отмечалось много похожего между ними и мужчинами, родившимися в результате нежеланной беременности [28].

В разделе исследования, посвященного сравнению испытуемых, состоящих в браке и имеющих, по крайней мере, одного ребенка, женщины, родившиеся в результате нежеланной беременности, чаще сообщали, что они не были готовы к своей первой беременности, «чувствовали себя менее счастливыми» во время беременности, и «почувствовали себя матерями» только после родов [28].

За информацией о беременности, родах и уходе за ребенком женщины, родившиеся в результате нежеланной беременности, чаще обращались к средствам массовой информации и к друзьям, в то время как женщины из контрольной группы чаще обращались к своим матерям. Они также возвращались на работу после рождения ребенка раньше, чем матери из контрольной группы. В сравнении с отцами из контрольной группы отцы, родившиеся в результате нежеланной беременности, чаще сообщали, что они «не разговаривали» со своими супругами и зачастую считали, что не выполняют свои родительские роли.

В целом можно подытожить, что различия, отмеченные между семьями испытуемых, родившихся в результате нежеланной беременности и в результате желанной беременности, были не в пользу семей, созданных родившимися в результате нежеланной беременности.

### **Четвертый этап последующего исследования: 28 лет – 31 год**

Четвертый этап последующего исследования был проведен в 1992–1993 г., когда испытуемым было около 30 лет [6]. Из первоначально ото-

бранных 220 испытуемых, родившихся в результате нежеланной беременности, 190 (86%) согласились участвовать в исследовании. Двое умерли, 9 человек проживали за пределами страны, 3 находились в тюрьме и с 16 – не удалось установить связь, либо они отказались участвовать. Из первоначально отобранных 220 испытуемых, родившихся в результате желанной беременности, 200 (90%) согласились участвовать в исследовании. Пятеро умерли, четверо проживали за пределами страны, двое находились в тюрьме, и с девятью не удалось установить связь, либо они отказались участвовать. Из 173 братьев и сестер испытуемых, родившихся в результате нежеланной беременности, 162 (94%) приняли участие в исследовании. Двое умерли, трое проживали за пределами страны, и с шестью не удалось установить связь, либо они отказались участвовать. В тюрьме не находился никто. Около 73% братьев и сестер были старше испытуемых. Испытуемые – единственные дети в семье (без братьев и сестер), и имевшие братьев или сестер моложе 20 лет были исключены из анализа данных. Источники данных включали официальные списки приговоренных к тюремным срокам, осужденных за злоупотребление алкоголем и наркотиками, безработных и имевших проблемы с выполнением родительских обязанностей, привлекая внимание властей. Индикаторы были построены на основе ответов испытуемых на вопросы шкалы социализации, анкеты частоты смены настроения (измерявшей уровень тревожности и депрессии), анкет социального развития и социальной интеграции [6].

Несмотря на то, что испытуемые, родившиеся в результате нежеланной беременности, по-прежнему демонстрировали менее благополучную психосоциальную адаптацию в возрасте 30 лет, чем их партнеры из контрольной группы, различия между ними уменьшились. Тем не менее различия между женщинами, родившимися в результате нежелательной беременности, и их партнерами из контрольной группы теперь были более заметными, чем между мужчинами, родившимися в результате нежелательной беременности, и их партнерами из контрольной группы. Больше число женщин, родившихся в результа-

те нежеланной беременности, чем женщин из контрольной группы было зарегистрировано как незамужние или имевшие несколько разводов, либо имеющие трудности с выполнением родительских обязанностей, либо безработные. Подобные различия не отмечались ни среди мужчин, родившихся в результате нежеланной беременности, и их партнеров из контрольной группы, ни среди братьев и сестер всех участников первоначального исследования.

Результаты компьютеризованного регрессивного анализа братьев и сестер – участников первоначального исследования – подтвердили гипотезу, согласно которой менее благоприятное психосоциальное развитие испытуемых, родившихся в результате нежеланной беременности, было (по крайней мере частично) связано с их нежеланностью, что не наблюдалось в отношении их братьев и сестер [6]. Отрицательные эффекты нежеланности, не разделяемые братьями и сестрами, встречались преимущественно у женщин. В среднем женщины, родившиеся в результате нежеланной беременности, были менее эмоционально стабильны и менее успешно социально адаптированы, чем женщины из контрольной группы, родившиеся в результате желанной беременности.

Таких различий не было отмечено ни между женщинами – сестрами женщин, родившихся в результате нежеланной беременности, ни между их партнерами из контрольной группы. Женщины, родившиеся в результате нежеланной беременности, также были в среднем менее успешно социализированы и чаще находились в депрессивном настроении. Они сообщали, что обращались за психиатрической помощью в течение жизни значительно чаще, чем их братья или сестры, либо партнеры из контрольной группы.

### **Пятый этап последующего исследования: 32 года – 35 лет**

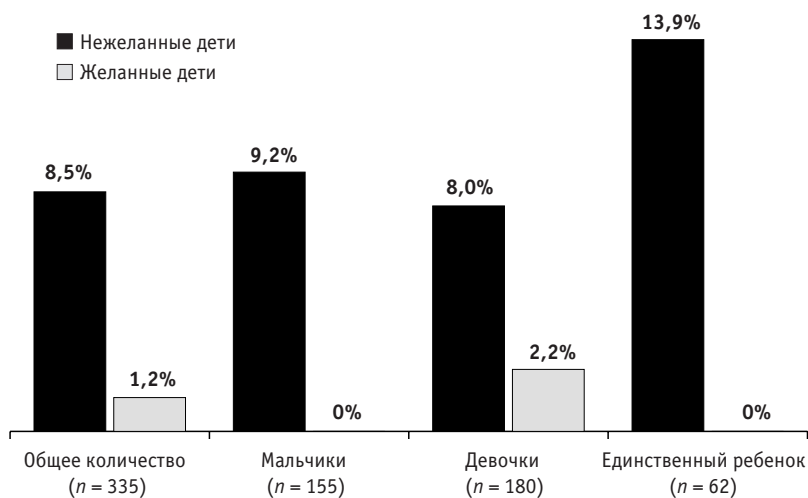
В 1996–1997 гг. участникам первоначального исследования, родившимся в результате нежеланной беременности, их партнерам из контрольной группы и их братьям, и сестрам, по-прежнему проживавшим в Праге, было предложено принять участие в личном структурированном опросе продолжительностью в один час, проводившемся в домах респондентов [7]. Исключение испытуемых, проживающих за пределами Праги, было продиктовано финансовыми

соображениями, и предполагалось, что оно не скажется на объективности результатов. Из первоначально отобранных 220 человек, родившихся в результате нежеланной беременности, приняли участие 164 (74,5%), а из первоначально отобранных представителей контрольной группы, родившихся в результате желанной беременности, – 166 (75,5%). Из исходных 173 братьев и сестер, родившихся в результате нежеланной беременности, 119 (68,8%) приняли участие наряду со 124 (72,5%) из 171 братьев и сестер контрольной группы. Среди многих параметров, включенных в структурированный опрос, лишь те, которые касались переменных, свидетельствующих о слабом психическом здоровье, были использованы в подробном анализе данных, разработанном Kubicka [7]. Акцент был сделан на психиатрическую заболеваемость.

Была установлена значительная связь рождения в результате нежеланной беременности и необходимости психиатрической помощи во взрослом возрасте. Испытуемые, родившиеся в результате нежеланной беременности, получали лечение при различных психиатрических состояниях чаще, чем представители контрольной группы, а также чаще, чем их братья и сестры. По девяти из десяти индикаторов слабого психического здоровья, от стационарного лечения в психиатрических больницах до неудовлетворительных сексуальных отношений, доля проблем

у родившихся в результате нежеланной беременности была выше, чем аналогичная доля среди их братьев и сестер. Различия между представителями контрольной группы, родившимися в результате желанной беременности, и их братьями и сестрами были, как правило, небольшими, причем по большинству измеряемых параметров показатели были незначительно выше среди братьев и сестер. У родившихся в результате нежеланной беременности существовала значительная вероятность прогнозирования наличия трех из десяти показателей слабого психического здоровья, в особенности стационарного и амбулаторного лечения психиатрических состояний и сочетания симптомов, отражающих тревожное или депрессивное нарушение.

На рисунке 1 показана частота получения стационарного лечения психиатрических нарушений (в течение 35 лет) среди родившихся в результате нежеланной беременности и представителей контрольной группы, родившихся в результате желанной беременности, по всей выборке – мужчины, женщины и единственные дети (не включая братьев и сестер). Особенного внимания заслуживает тот факт, что среди единственных детей, родившихся в результате нежеланной беременности, отмечался наивысший процент (13,9%) обратившихся за лечением психиатрических нарушений в сравнении с полным отсутствием подобных обращений среди



**Рисунок 1. Частота получения стационарного лечения психиатрических нарушений (в течение 35 лет)**

единственных детей, родившихся в результате желанной беременности, из контрольной группы. Дополнительный анализ, направленный на сравнение родившихся в результате нежеланной беременности с их младшими или старшими братьями и сестрами, показал, что взрослые, родившиеся в результате нежеланной беременности, становились пациентами, нуждающимися в стационарном психиатрическом лечении, чаще лишь в сравнении со своими старшими братьями и сестрами [7].

Использование братьев и сестер в качестве контрольной группы продемонстрировало, что не только среди родившихся в результате нежеланной беременности, но также и среди их братьев и сестер отмечался более высокий процент лиц с нарушениями социализации, чем среди представителей контрольной группы и их братьев и сестер. Тот факт, что в семьях, в которых хотя бы один ребенок родился в результате нежеланной беременности, отмечалась тенденция к более слабой социализации среди большей доли детей, чем у детей женщин, у которых беременность была желанной, может объясняться как генетическими, так и факторами окружающей среды. Злоупотребление алкоголем или наркотическими препаратами, избыточное курение и криминальность, как выяснилось, не были связаны с нежеланной беременностью [6, 7]. В целом, даже если учитывать только анализы с контрольной группой братьев и сестер как методически адекватные, результаты четвертой и пятой последующих волн исследования, по крайней мере частично, поддерживают гипотезу, согласно которой рождение в результате нежеланной беременности влечет за собой более длительный отрицательный эффект.

## Дискуссия

Первые три последовательных этапа Пражского исследования продемонстрировали, что различия между родившимися в результате нежеланной беременности, и контрольной группой родившихся в результате желанной беременности, сопоставленные по социально-демографическим переменным, усугублялись со временем, а затем снижались в возрасте около 30 лет, что согласуется с результатами аналогичного исследования в Швеции [2, 12]. Однако характерно, что все различия в психосоциальном развитии были отмечены не в пользу родивших-

ся в результате нежеланной беременности, в особенности это касалось единственных детей. Эти испытуемые не настолько чаще встречались среди крайне отрицательных показателей, насколько реже встречались среди любых показателей, характеризующих выдающиеся достижения (таких как академические достижения, удовлетворенность работой или выполнение родительских функций).

Как было отмечено Kubicka [6, 7], при сопоставлении участников исследования исключительно по социально-демографическим переменным отдельные возможные факторы, способные исказить результаты, остаются вне области контроля. Результаты четвертого и пятого этапа, включавших братьев и сестер, продемонстрировали, что рождение в результате нежелательной беременности в значительной степени связано с лечением различных психиатрических состояний в любой период жизни. Родившиеся в результате нежеланной беременности становились психиатрическими пациентами (в особенности нуждающимися в стационарном лечении) чаще, чем представители контрольной группы, и чаще, чем их старшие братья и сестры. Эти результаты говорят в пользу наблюдения, согласно которому некоторые женщины отвергают роль матери. Более того, у социальных работников, проводивших опросы (на этапе возраста детей девяти лет), сложилось впечатление, что матери детей, родившихся в результате нежеланной беременности, было эмоционально более холодно по отношению к этим детям. Тем не менее некоторые из детей, родившихся в результате нежеланной беременности, развивались столь же успешно, как и их партнеры из числа представителей контрольной группы, демонстрируя гибкость и способность приспосабливаться к обстоятельствам [29].

Братья и сестры не идеально подходят в качестве контрольной группы. Возникновение нежеланной беременности с последующими родами, по всей вероятности, оказывает отрицательное влияние на психическое здоровье женщины и на обстановку в семье. Подобная ситуация, вероятно, также влияет на братьев и сестер ребенка, родившегося в результате нежеланной беременности. Тем не менее гипотеза получила, по крайней мере, частичную поддержку. Последующее исследование испытуемых, состоящих в браке и имеющих детей, позволило предположить, что различия между родившимися в результате желанных и нежеланных беременностей могут про-

должаться и в следующем поколении. Эта тема заслуживает дальнейшего изучения.

Насколько нам известно, Пражское исследование — единственное, направленное на изучение детей, родившихся у получивших двукратный отказ в аборте во время одной и той же нежеланной беременности матерей, и контрольной группы, подобранной по сходным социально-демографическим параметрам из числа детей, родившихся в результате желанной беременности у других родителей, а также братьев и сестер в обеих группах испытуемых. Финское и шведское исследования не включали ни контрольную группу с подбором пар, ни братьев и сестер [10–19]. Поскольку Пражское исследование является столь уникальным, можно утверждать, что необходимы дальнейшие исследования, чтобы получить поддержку полученным результатам. Однако результаты могут также недооценивать степень нежеланности, если учесть, что те чешские женщины, которые были действительно категорически намерены не рожать, добились этого.

Несмотря на то, что с учетом различных контекстов и особенностей других стран возможно

получение различных результатов, Пражское исследование поддерживает гипотезу, согласно которой психологическая субдепривация [21,22] представляет собой серьезную проблему как для социальной сферы, так и для общественного здравоохранения. Представляется, что повышение риска неблагоприятного психосоциального развития развивается из совокупности обстоятельств, начинающихся с нежеланной беременности и отказа в аборте. Нежеланность на ранней стадии беременности предвещает маловероятную для воспитания здорового ребенка атмосферу в семье.

В целом можно сказать, что рождение в результате нежеланной беременности влечет за собой повышенный риск отрицательного психосоциального развития и психического благополучия (во всяком случае, до 35 лет — возраст испытуемых на момент окончания исследования). Последствия для политики в области общественного здравоохранения и законодательства применительно к абортам отчетливо видны на примере решения, принятого Правительством Чехословакии (частично в качестве реакции на результаты Пражского исследования) — решение об упразд-



Отец с новорожденной дочкой, Чешская Республика, 2003

нении комиссий по абортам в 1986 г. Прерывание нежеланной беременности стало доступным по письменной просьбе женщины при условии, что срок ее беременности не превышал 12 недель и отсутствии противопоказаний.

### Выражения благодарности

Данная статья основана на материалах доклада, сделанного на Международной конференции по вопросам народонаселения IUSSP, Tours, Франция, 18–23 июля 2005 г., и подводит итог предыдущих публикаций, отмеченных в тексте и в справочных материалах. Финансирование для проведения Пражского исследования предоставляли в различные периоды Государственный институт детского здоровья и развития человека США (US National Institute of Child Health and Human Development) (гранты HD 05569 и HD 25574), Фонд Форда, Всемирная организация здравоохранения (представительства в Женеве и Копенгагене), Фонд ООН по вопросам народонаселения, Всемирная федерация психического здоровья, Комитет ответственного

родительства, Государственный план научных исследований Чехословакии, Министерство здравоохранения Чешской Республики (Гранты 289–4 и NF/5536-03), и Центр поддержки научных исследований Фонда «Открытое общество» (Research Support Scheme of the Open Society Foundation) (грант 85/1999). Автор глубоко благодарен и признателен за поддержку двум директорам Пражского психиатрического центра – д-рам L. Hanzliecek и С. НоËschl. Они поддерживали Пражское исследование в течение долгих лет. Наш проект был одним из немногих чешско-американских проектов сотрудничества, переживших советскую оккупацию в 1968 г.\* Автор также выражает благодарность за множество полезных предложений, сделанных д-рами Warren B. Miller и Herbert Friedman, оба из которых сотрудничали с Транснациональным институтом исследований в области семьи (Transnational Family Research Institute).

\* Автор имеет в виду ввод ограниченного контингента союзных войск (СВД) в Чехословацкую Республику в августе 1968 г.

### Литература

- Schüller V., Stupkova E. [Social questions of pregnancy interruption and possibilities of their study (in Czech)]. Demografie 1967; 9: 216–20.
- David H.P., Dytrych Z., Matejcek Z., et al (editors). Born Unwanted: Developmental Effects of Denied Abortion. New York: Springer, 1988; Prague: Avicenum, 1988; Mexico City: EDAMEX, 1991.
- David H.P., Dytrych Z., Matejcek Z. Born unwanted: observations from the Prague Study. American Psychologist 2003; 58:224–9.
- Schüller V, Stupkova E. Legal abortion and the possibilities of studying its psychosocial consequences. In: David HP (editor). Transnational Studies in Family Planning. Budapest and Washington: American Institutes for Research, 1969; 12–4.
- Schüller V., Stupkova E. The «unwanted child» in the family. International Mental Health Research Newsletter 1972; 14: 6–11, 14–8.
- Kubicka L., Matejcek Z., David H.P., et al. Children from unwanted pregnancies in Prague, Czech Republic, revisited at age thirty. Acta Psychiatrica Scandinavica 1995; 91: 361–9.
- Kubicka L., Roth Z., Dytrych Z., et al. The mental health of adults born from unwanted pregnancies, their siblings, and matched controls: a 35-year follow-up study from Prague, Czech Republic. Journal of Nervous and Mental Disease 2002; 190: 653–62 and 2003;191: 137.
- Dytrych Z., Matejcek Z., Schüller V., et al. Children born to women denied abortion. Family Planning Perspectives 1975; 7: 165–71.
- Matejcek Z., Dytrych Z., Schüller V. Children from unwanted pregnancies. Acta Psychiatrica Scandinavica 1978; 57: 67–90.
- Forssman H., Thuwe I. One hundred and twenty children born after application for therapeutic abortion refused. Acta Psychiatrica Scandinavica 1966; 42: 71–88.
- Forssman H., Thuwe I. Continued follow-up of 120 persons after refusal for therapeutic abortion. Acta Psychiatrica Scandinavica 1981;64:142–46.
- Forssman H., Thuwe I. The Göteborg cohort. In: David H.P., Dytrych Z., Matejcek Z., et al (editors). Born Unwanted: Developmental Effects of Denied Abortion. New York: Springer, 1988; 37–45.
- Höök K. Refused abortion: a follow-up study of 249 women whose applications were refused by the National Board of Health in Sweden. Acta Psychiatrica Scandinavica 1963; 39(Supplement): 168.
- Höök K. The unwanted child: effects on mothers and children of refused applications for abortion. In Society, Stress and Disease. Oxford: Oxford Medical Publications, 1975; 187–92.
- Bloomberg S. Influence of maternal distress during pregnancy on post-natal development. Acta Psychiatrica Scandinavica 1980; 62: 405–17.

16. David H.P. Additional studies from Sweden. In: David HP, et al (editors). *Born Unwanted: Developmental Effects of Denied Abortion*. New York: Springer, 1988; 46–52.
17. Myhrman A. The northern Finland cohort. In: David H.P., et al. (editors). *Born Unwanted: Developmental Effects of Denied Abortion*. New York: Springer, 1988; 103–10.
18. Myhrman A., Olsen P., Rantakallio P., et al. Does the wantedness of a pregnancy predict a child's educational achievement? *Family Planning Perspectives* 1995; 27: 116–9.
19. Myhrman A., Rantakallio P., Sohanni M., et al. Unwantedness of a pregnancy and schizophrenia in the child. *British Journal of Psychiatry* 1996; 169: 637–40.
20. Langmeier J., Matejcek Z. Psychological deprivation in childhood. New York: Wiley, 1975.
21. Matejcek Z. [Concept of psychological sub-deprivation (in Czech)]. *Psychologia a Patopsychologia Dietata* 1987; 22: 419–28.
22. Matejcek Z., Dytrych Z. Specific learning disabilities and the concept of psychological sub-deprivation: the Czechoslovak experience. *Learning Disabilities Research and Practice* 1993; 8: 44–51.
23. Bowlby J. *Attachment and Loss*. London: Hogarth, 1969.
24. Joyce T.J., Kaestner R., Korenman S. The effect of pregnancy intention on child development. *Demography* 2000; 37: 83–94.
25. Matejcek Z., Dytrych Z., Schqller V. The Prague cohort through age nine. In: David HP, et al (editors). *Born Unwanted: Developmental Effects of Denied Abortion*. New York: Springer, 1988; 53–86.
26. Plomin R., Daniels D. Why are children in the same family so different from one another? *Behavioral and Brain Sciences* 1997; 10: 1–16.
27. Dytrych Z., Matejcek Z., Schqller V. The Prague cohort: adolescence and early adulthood. In: David HP, et al (editors). *Born Unwanted: Developmental Effects of Denied Abortion*. New York: Springer, 1988; 87–102.
28. David H.P., Dytrych Z., Matejcek Z., et al. Partner choice among young adults born from unwanted and accepted pregnancies in Czechoslovakia. In: Kessler M, et al (editors). *The Present and Future of Prevention*. Newbury Park: Sage, 1992; 169–81.
29. Matejcek Z., David H.P., Dytrych Z., et al. Questions and answers: discussion and suggestions. In: David H.P., et al. (editors). *Born Unwanted: Developmental Effects of Denied Abortion*. New York: Springer, 1988; 111–27.

*Born Unwanted, 35 Years Later: The Prague Study*  
Henry P David  
*Reproductive Health Matters* 2006;14(27):181–90.



www.gzrf.ru

©2000 Проблемы репродуктивного здоровья.  
Авторские права защищены.  
Проблемы репродуктивного здоровья  
2000:8(15): 45–51  
0968-8080/00\$ — см. титульную страницу



www.rhmjournal.org.uk

## Обезболивание при неполном аборте

Джули Соло

**Краткое содержание.** Несмотря на то, что в программах оказания помощи после аборта во всем мире отмечаются значительные улучшения, совершенствование процесса устранения боли остается важной задачей. Внедрение метода мануальной вакуумной аспирации (МВА) способствовало множеству позитивных изменений в программах, однако руководства по обезболиванию, в целом, достаточно расплывчаты. Женщины зачастую получают помощь без какого-либо обезболивания или в отдельных случаях получают слишком много обезболивающих препаратов. Подобная ситуация сложилась в результате воздействия ряда факторов, в том числе убеждения, что женщины, выбравшие искусственный аборт, должны быть наказаны; идея, что контролирование боли не является необходимым; недостаток лекарственных препаратов в лечебном учреждении и неадекватная подготовка и/или отсутствие необходимых навыков у медицинских работников. В статье подчеркивается важность этого значимого элемента качества оказания помощи и разработки четких рекомендаций по обезболиванию в процессе лечения неполного аборта с использованием метода МВА. К ним относятся введение обезболивающих препаратов непосредственно перед выполнением процедуры, консультирование и поддержка в ходе выполнения процедуры и, при необходимости, местная анестезия.

**Ключевые слова:** оказание помощи после аборта, боль, обезболивание, мануальная вакуумная аспирация, Кения

Совершенствование системы оказания помощи после аборта представляет собой важный путь, способствующий решению проблемы небезопасных абортов, снижению материнской заболеваемости и смертности, улучшению репродуктивного здоровья женщин. Система оказания помощи после аборта может реализовываться в любой стране, независимо от того, насколько строги законы, запрещающие аборт, поскольку она имеет дело с лечением женщины после искусственного или самопроизвольного аборта. Усилия, направленные на совершенствование оказания помощи после аборта, ориентированы на три основных элемента: улучшение услуг по лечению осложнений после аборта, взаимодействие со службами планирования семьи и оказание помощи женщинам в удовлетворении их более широких потребностей в области репродуктивного здоровья. Во многих странах были отмечены значительные улучшения в оказании медицинской помощи после аборта. Однако совершенствование обезболивания при лечении неполного аборта остается важ-

ной задачей. В данной публикации подчеркивается важность этого значимого элемента качества оказания помощи. Статья основана преимущественно на данных работы, проведенной в Кении, с использованием значительного опыта в оказании медицинской помощи после аборта в различных странах.

### Необходимость контролировать боль при использовании мануальной вакуумной аспирации

Ключевым элементом большинства программ оказания помощи после аборта явилось внедрение мануальной вакуумной аспирации (МВА) для лечения неполного аборта. Вакуумная аспирация зарекомендовала себя как более безопасный, экономичный и не менее эффективный метод в сравнении с широко применяемым методом «расширения и выскабливания» [1]. Одним из преимуществ МВА является тот факт, что этот метод может использоваться при низком уровне обезболивания, а не при общей анестезии, при-

меняемой, как правило, при «расширении и выскабливании». Помимо минимизации риска стоимости, это также позволяет провести децентрализацию услуг – из стационаров в учреждения более низкого уровня – приблизив, тем самым, услуги к женщинам. Общая рекомендация по обезболиванию при МВА гласит: *«Цель контролирования боли заключается в том, чтобы женщина испытывала минимальный уровень тревоги и дискомфорта, а также ее здоровье подвергалось наименьшему риску»* [2].

Существуют как физиологические, так и психологические аспекты боли. Для адекватного контролирования боли требуются, как правило, лекарственные препараты для облегчения первых и консультирование – для помощи при вторых. Физиологически пациенты испытывают два типа боли, связанной с МВА: глубокая сильная боль, возникающая при расширении шейки матки, и диффузная боль в нижней абдоминальной области со спастическими сокращениями. Обезболивающие лекарственные препараты могут быть разделены на три категории: анальгетики, облегчающие боль на уровне рецепторов спинного и головного мозга, анестезирующие препараты, вызывающие онемение физической чувствительности, и анксиолитики, которые не влияют на чувство боли само по себе, но снижают тревожность. Женщины также нуждаются в консультировании и поддержке, именуемых «вербальной анестезией», чтобы справиться с тревожностью, страхом и прочими эмоциями, которыми могут сопровождаться осложнения после абортов [2].

### **Признаки необходимости введения обезболивания**

На практике «низкий уровень контроля боли» зачастую реализуется как «отсутствие обезболивания». Например, исследование, проведенное в Кении в 1995–1997 гг., показало, что лишь три процента пациенток, которым была выполнена МВА, получили какие-либо препараты для облегчения боли перед процедурой или в процессе ее проведения. Почти все (98%) отметили, что они испытывали боль во время процедуры; 60% описали боль, как чрезмерную, 32 – сочли ее умеренной и 8% назвали ее минимальной. На вопрос о том, как можно улучшить эти услуги, 12% женщин назвали необходимость получения обезболивающих препаратов [3].

Примечательно также, что в начальной стадии исследования многим женщинам проводилась процедура «расширения и выскабливания», и менее половины из них (44%) получали какие-либо обезболивающие препараты [4]. Аналогичные результаты были обнаружены и в ходе других исследований. В Нигерии, например, исследование, проведенное в четырех больницах, показало, что лишь 18% женщин, получавших МВА, было предоставлено какое-либо обезболивание [5]. В результате еще одного исследования, в ходе которого было проведено сравнение трех моделей оказания помощи в клиниках Мексики, был сделан вывод о том, что процесс контролирования боли нуждается в совершенствовании во всех трех моделях. Было рекомендовано внесение в стандартный протокол вопроса пациентам относительно боли и введение легких обезболивающих лекарственных препаратов до и после выполнения процедуры [6]. В Буркина-Фасо в ходе проведенного обучения в учреждении, участвовавшем в исследовании, была подчеркнута необходимость психологической поддержки пациентов медицинскими работниками в процессе консультирования во время выполнения процедуры. Хотя почти всем пациентам, прошедшим МВА, было проведено консультирование, лишь 27% женщин получили местную анестезию во время процедуры [7].

Во многих проектах было отмечено значительное улучшение различных показателей качества оказания помощи после абортов. Например, исследование, проведенное в Мексике, показало улучшение межличностного общения и обмена информацией. Улучшения практик обезболивания перед проведением процедуры, однако, не произошло, несмотря на внимание, уделенное этому вопросу в ходе семинаров, и разработку специального протокола в качестве одного из элементов проведения процедуры. Лишь около одной четверти женщин, сообщивших о наличии боли (от умеренной до интенсивной), получили обезболивание в той или иной форме, несмотря на то, что многим был задан вопрос, испытывали ли они боль перед началом процедуры [8]. Авторы сообщают:

*«Зачастую врачи спрашивали: "Испытываете ли Вы боль?", – лишь затем, чтобы записать ответ пациентки в ее медицинской карте, не назначая ей лекарственных препаратов, не давая никаких объяснений и не выражая ни слова утешения»* [8].

В ходе исследования, проведенного в Египте с целью изучения восприятия женщинами темы аборт [9], было обнаружено, что на первом месте у женщин стояло их физическое состояние и выживание. Женщины подчеркивали вопрос боли как применительно к своему состоянию до и после лечения, так и применительно к собственно выполнению процедуры. Говоря словами одной из женщин:

*«Я умирала вчера, и я умирала перед операцией... Операция была очень болезненной. Потом боль только усилилась. Я до сих пор еще чувствую боль» [9].*

### **Избыточное применение обезболивающих препаратов: обратная сторона медали**

Помимо проблемы женщин, получающих неадекватное обезболивание в процессе аборта, существует также проблема избыточного применения лекарственных препаратов в процессе оказания помощи после аборта. Применение сильных снотворных препаратов и общей анестезии, как правило, не является необходимым при оказании помощи после неосложненного неполного аборта с применением вакуумной аспирации. Однако многие медицинские работники привыкли использовать общую анестезию, как было принято при использовании метода «расширения и выскабливания», и они не имеют опыта работы с женщиной, находящейся в сознании во время выполнения процедуры и нуждающейся в сочувственном консультировании на протяжении процедуры.

В Египте был осуществлен проект, направленный на улучшение оказания медицинской помощи и консультирования пациенток после абортов, включая контролирование боли. Было отмечено существенное снижение применения общей анестезии: до исследования она использовалась практически во всех случаях (96%), после внедрения мероприятий в рамках проекта произошло снижение почти вдвое (52%). Тем не менее применение общей анестезии оставалось достаточно распространенным. Авторы указывают несколько причин, по которым медицинские работники продолжают полагаться на общую анестезию, включая предпочтение пациентов в пользу пребывания

без сознания, а также организацию работы стационара [10].

Вопросам обезболивания было уделено внимание на нескольких глобальных конференциях, посвященных теме оказания помощи после аборта. В январе 1998 г. состоялось мероприятие, посвященное обзору проектов-исследований по оказанию помощи после аборта. Одной из основных тем были проблема неадекватного контролирования боли при неполном аборте и необходимость разработки более четких руководств по применению обезболивания в ходе МВА [11]. На семинаре, состоявшемся в мае 1999 г., участники обменялись опытом при оказании помощи после аборта, провели критический обзор схемы, описанной в «Стратегическом документе по организации оказания помощи после аборта в условиях ограниченных ресурсов», и разработали рекомендации по укреплению стратегии оказания помощи после аборта. Примечательно, что в этом стратегическом документе крайне редко упоминалась тема обезболивания, несмотря на то, что участники семинара отметили беспокойство в отношении контролирования боли во время удаления плода из матки и высказали рекомендации о необходимости совершенствования проводимого обучения в области контролирования боли [12].

### **Причины неадекватного обезболивания**

Существует ряд причин, приводящих к неадекватному обезболиванию до, во время и после ведения неполного аборта, включая убеждение, согласно которому женщины, делающие искусственный аборт, должны быть наказаны; идею о ненужности обезболивающих лекарственных препаратов; отсутствие лекарственных препаратов и неадекватность подготовки и/или навыков медицинских работников.

### **Боль – это форма наказания**

Имеются четкие примеры того, как медицинские работники используют боль как меру наказания при лечении неполного аборта. Аборт во многих странах остается спорным вопросом, и медицинские работники, как и другие члены общества, нередко придерживаются жестких мнений по этому вопросу. Для некоторых из них это оказывает влияние на форму их общения со сво-

ими пациентками. Например, как сказал один врач в Кении:

*«Я не жалею девушек, которые забеременели. Нужно, чтобы они испытали сильнейшую боль, чтобы они стали бояться беспорядочных половых связей» [4].*

Другой врач резко прикрикнул на молодую женщину, которая пожаловалась на боль в процессе аборта, и сказал ей, что нужно было думать об этом, когда она создавала эту ситуацию для себя. Здесь налицо нарушение этики поведения. Среди этических вопросов, выделенных в ходе исследований по оказанию помощи после аборта, контроль боли является важным фактором. Концепция «уважения личности», несомненно, не соблюдается, когда медицинские работники ведут себя, как каратели по отношению к пациентам [13]. Для улучшения качества оказания помощи необходимо уделить внимание отношению медицинских работников к данному вопросу в целом, и практике обезболивания, в частности. На семинаре в Кении медицинские работники предлагали способы снижения боли; также была поднята тема необходимости разделения их личных убеждений и практик, применяемых в ходе лечения пациентов [4].

#### **Обезболивание не является необходимым при наличии должного консультирования**

Некоторые медицинские работники выразили мнение, согласно которому лечение неполного аборта, в особенности с применением метода МВА, представляет собой быструю и несложную процедуру, и при правильном ее выполнении, при условии адекватной вербальной поддержки и консультирования перед началом процедуры отсутствует необходимость в какой-либо иной форме обезболивания. Консультирование в процессе процедуры, несомненно, является важным аспектом контролирования боли. Например, в ходе проведенного в Кении исследования был отмечен следующий факт, демонстрирующий позитивные результаты консультирования:

*«...все пациентки получали консультирование перед началом процедуры. Во время процедуры медицинская сестра была очень вежлива с пациентками и постоянно ободряла их. Никто из пациенток не кричал. В этот день работала медицинская сестра, не прошедшая специального обучения, поэтому любезная речь в процессе процедуры отсут-*

*ствовала. И каков же был результат? Некоторые из пациенток кричали» [3].*

Тем не менее консультирование не следует рассматривать как замену медикаментозному обезболиванию. Даже женщины, которым было проведено консультирование, жаловались на боль в процессе процедуры. На самом же деле консультирование не проводится повсеместно. Хотя специально обученные медицинские работники в Кении знали о важности консультирования перед процедурой, зачастую имела место нехватка персонала, вследствие которой, по их словам, они не имели возможности проводить адекватное консультирование.

#### **Обезболивание не является необходимым, поскольку шейка матки уже расширена**

Еще одна приводимая причина, по которой не используются какие-либо обезболивающие препараты, заключается в том, что шейка матки у большинства пациенток с неполным абортom уже раскрыта. Многие клиницисты полагают, что боль у женщин возникает только вследствие расширения шейки матки, однако движение канюли МВА внутрь шейки матки и обратное ее выведение могут также раздражать те же самые нервные окончания и вызывать болевые ощущения [2]. Хотя в данной области необходимо провести дополнительные клинические исследования, из этого ясно следует, что женщины действительно испытывают боль, даже когда шейка матки уже расширена.

#### **Отсутствие лекарственных препаратов**

Иногда вина неприменения обезболивания возлагается на отсутствие соответствующих лекарственных препаратов. На данный момент неясно, насколько это действительно является проблемой. Большинство программ оказания помощи после аборта реализуются в условиях больниц, где с большой вероятностью имеются, по крайней мере, какие-то лекарственные средства. Если подобные препараты отсутствуют, это свидетельствует о наличии масштабной проблемы в области логистики на системном уровне, и подобную проблему необходимо решать на уровне системы здравоохранения. Даже если это действительно так, во многих больницах в Кении женщины уже платят за расходные материалы – перчатки, дезинфицирующие средства, вату. Возникает вопрос: может быть, вместо того, чтобы не использовать никаких лекарственных

препаратов, лучше спросить женщин, хотят ли и готовы ли они заплатить за эти лекарственные средства, пока проблемы логистики не будут решены должным образом?

В одном из исследований в Кении было опрошено 49 женщин спустя три месяца после лечения неполного аборта. Те из них, кто не получал никакого обезболивания, сказали, что они были готовы заплатить за него. По словам одной из них:

*«В конце концов я же покупала другие необходимые вещи, почему бы (не купить) и обезболивающие средства?» [4].*

### **Недостаточная квалификация специалистов при использовании МВА**

МВА — достаточно простой метод, однако для правильного его применения необходимо адекватное обучение. То, насколько медицинский работник квалифицированно владеет МВА, может существенно повлиять на уровень боли, испытываемой женщиной. Боль может усилиться при грубом обращении или при быстрых резких движениях в процессе процедуры [14]. В отдельных случаях медицинские работники жаловались, что они не получали четких сигналов в отношении контролирования боли. Медицинские работники в одной из кенийских больниц сообщили, что, хотя в процессе обучения им представляли различные методы обезболивания, которыми они могут пользоваться, сам преподаватель не применял никакого обезболивания во время практических занятий. По-видимому, отсутствие четких указаний привело к тому, что они в дальнейшем не использовали никаких обезболивающих препаратов.

Кроме того, медицинские работники могут не обладать достаточным опытом и знаниями в отношении диапазона лекарственных препаратов, которые могут быть использованы для контролирования боли женщины при МВА. Это приводит как к недостаточному, так и к чрезмерному применению лекарственных средств.

### **Последствия отсутствия обезболивания**

Наиболее явным последствием неадекватного обезболивания является, несомненно, боль, которую испытывает женщина, получающая помощь в связи с искусственным абортom. Кроме

того, избыточное применение лекарственных препаратов, например, применение общей анестезии в тех случаях, когда это не является необходимым, может привести к росту риска осложнений, более длительному времени восстановления и отрицательным физиологическим эффектам [2].

Кроме того, это оказывает влияние не только на саму женщину, но и на пациенток, ожидающих лечения. Женщины поступают в стационар при различных ситуациях, будь то небезопасный, безопасный аборт или выкидыш. Обычно у них продолжается кровотечение, они испытывают боль и нервничают. Это состояние может быть усугублено рассказами других пациенток о том, насколько болезненна предстоящая процедура, или, в отдельных случаях, если из палаты, где проводится лечение, слышны крики. Сотрудники одной из больниц сообщили, что *«...многие пациентки предпочитают покинуть отделение без выполнения процедуры, когда они узнают, насколько это болезненно» [15].*

Одна из медицинских сестер сообщила исследователю, что из десяти женщин, ожидающих лечения в один из дней, все утверждали, что у них недостаточно денег, чтобы заплатить, но на самом деле она была убеждена, что ситуация не соответствовала истине. Медсестра считала, что *«одна из пациенток настроила остальных соответствующим образом своими “кровавыми” рассказами о том, что происходит в палате в процессе МВА» [15].*

Неадекватные практики обезболивания оказывают влияние также и на сотрудников медицинских учреждений. За исключением отдельных случаев большинство медицинских работников не хотят преднамеренно причинять боль пациенткам. В ответах на вопросы об улучшении помощи после аборта медицинские работники, как и сами пациентки, поднимают вопрос о необходимости совершенствования практики обезболивания. В ходе проведенных недавно опросов сотрудников медицинского центра, в котором усовершенствованные методы оказания помощи после аборта практикуются уже три года, медицинские работники упоминали обезболивание как тему, по-прежнему представляющую первостепенную значимость [15]. По словам одного кенийского врача:

*«Я убежден, что пациентки при МВА должны получать инъекции для минимизации боли. Иногда после удаления плода у пациентки у меня создает-*

*ся ощущение, что они больше никогда не захотят видеть моего лица. Необходимо сделать так, чтобы больница рассматривалась не как место, где причиняют боль, а, скорее, как место, где можно получить облегчение боли» [3].*

### **Совершенствование обезболивания при МВА: что можно сделать?**

Достаточно сложно выделить конкретную мотивацию или причины, по которым не предпринимаются необходимые меры для обезболивания; несомненно, существует ряд специфических факторов для каждого человека, каждого медицинского учреждения и каждой системы здравоохранения. Тем не менее не вызывают сомнения следующие факты:

- женщины испытывают боль до, во время и после лечения неполного аборта;
- существуют меры, которые могут быть приняты, чтобы облегчить эту боль;
- одним из шагов, позволяющих обеспечить реализацию этих мер, являются разработка и внедрение четких руководств в отношении подобных мер.

Необходимы четкость в руководствах, в подготовке медицинских работников – как на словах, так и в действиях – и четкость в осуществлении мониторинга и наблюдения. Исследования, проведенные в Мексике, Танзании и Кении, показали, что существует необходимость пересмотреть и усилить протоколы по контролю боли [3, 6, 8, 16]. Несмотря на то, что правила и стандарты для оказания помощи после аборта в южной (южнее Сахары) части Африки были разработаны недавно, в них сохраняется некоторая неоднозначность в отношении обезболивания. Хотя в них утверждается, что «медицинский работник должен оценить потребность в одной, двух или комбинации нескольких мер по обеспечению обезболивания», далее говорится, что «при простых случаях МВА многие практикующие медицинские работники установили, что разговор с женщиной во время процедуры и объяснение ей происходящего могут способствовать снижению потребности в обезболивающих средствах» [17]. Из этого неясно, означает ли «снижение потребности», что консультирование в процессе процедуры может использоваться само по себе или нуждается в дополнении меди-

каментозными обезболивающими средствами.

Медицинским работникам следует оценивать индивидуальную потребность каждой пациентки в обезболивающих препаратах. Однако необходимо учитывать следующие рекомендации:

- в большинстве случаев женщины, которым оказывается помощь при неполном аборте методом МВА, должны получать обезболивающие препараты после диагностики состояния и до начала процедуры МВА;
- в ходе процедуры следует всегда проводить консультирование и оказывать поддержку пациентке;
- необходимо использовать местную анестезию по показаниям, например, при необходимости расширения шейки матки;
- хотя существуют отдельные случаи, при которых требуется общая анестезия, как правило, это не является необходимостью.

Кроме того, необходимо убедиться в том, что медицинские работники обучены и обладают навыками консультирования, и их руководители также могут проводить мониторинг выполнения данных навыков. Негативное отношение медицинских работников должно обсуждаться в процессе их обучения; это является ключевым компонентом для улучшения качества оказания помощи после абортов, включая контролирование боли [18].

Существует необходимость четкого осознания определенных препятствий на пути использования обезболивающих препаратов, что позволит более эффективно реализовать меры по исправлению данной ситуации. Однако, как было отмечено на глобальном совещании по вопросам оказания помощи после аборта, состоявшемся в 1998 г., вопрос медикаментозного обезболивания в настоящее время в большей степени относится к области оказания услуг, чем к области научных исследований [19]. Большинство людей, обращающихся к стоматологу, не ожидают, что им придется терпеть постановку пломбы или удаление зуба без какого-либо медикаментозного обезболивания. Также неприемлемо, чтобы женщины с неполным абортом были вынуждены терпеть ненужную боль; поэтому возможно и необходимо предпринять соответствующие шаги, позволяющие облегчить эту боль.

## Выражения благодарности

Автор выражает благодарность всем лицам и группам, совместно с которыми была проведена работа, направленная на улучшение услуг по оказанию помощи после аборта. В особенности хотелось бы поблагодарить лаборантов-исследователей Njeri Kagondi, Eugenia King'ori и Agnes Rinyiru, работавших над проведенным в Кении исследованием, направленным на изучение оказания помощи после аборта, чья работа, выполненная в январе 2000 г., явилась стимулом и вдохновением для написания данной статьи.

## Контактная информация

Julie Solo, Reproductive Health Alliance Europe, 443 Highgate Studios, 53-79 Highgate Road, London NW5 1TL, UK. Fax: +44-20-7267-7610. Электронный адрес: jsolo@rhae.org

(Джули Соло, Европейский Альянс по Репродуктивному Здоровью, 443 Highgate Studios, 53-79 Highgate Road, Лондон NW5 1TL, Великобритания. Факс: +44-20-7267-7610. Электронный адрес: jsolo@rhae.org)

## Литература

1. Baird T.L., Gringle R.E., Greenslade F.C. 1995. MVA in the Treatment of Incomplete Abortion: Clinical and Programmatic Experience. Ipas. Carrboro NC.
2. Margolis A., Leonard A., Yordy L., 1993. Pain control for treatment of incomplete abortion with MVA. *Advances in Abortion Care*. 3(1). Ipas. Carrboro NC.
3. Solo J., Ominde A., Makumi M., et al. 1998. Creating Linkages Between Incomplete Abortion Treatment and Family Planning Services in Kenya: What Works Best? Population Council. Nairobi, Kenya.
4. Ominde A., Makumi M., Billings D., et al. 1997. Post-abortion Care Services in Kenya: Baseline Findings from an Operations Research Study. Population Council. Nairobi, Kenya.
5. Ekwempu C.C., Giwa-Osagie O.F., Ogedengbe O.K. 1991. Clinical treatment needs and family planning use among women treated for incomplete abortion in teaching hospitals in Nigeria. Paper presented at 1991 Annual Conference, Society of Obstetrics and Gynaecology of Nigeria, Lagos, 5–7 September.
6. Fuentes Velazquez J.A., Billings D.L., Perez J.A.C. 1998. Women's experience of pain during post-abortion care in Mexico. Paper presented at Global Meeting on Post-abortion Care: Advances and Challenges in Operations Research. New York, 19–21 January.
7. Ministère de la Santé du Burkina Faso, Direction de la Santé de la Famille, Cellule de Recherche en Santé de la Reproduction, Maternité du Centre Hospitalier National Yalagado Ouédraogo, Population Council Projet RO/AT en Afrique II, JHPIEGO, 1998. Introduction du traitement médical d'urgence ainsi que les services et conseils ultérieurs en planification familiale pour les femmes qui souffrent de complications suite a un avortement au Burkina Faso. Population Council, Burkina Faso.
8. Langer A., Garcia-Barrios C., Heimburger A., et al. 1999. Improving post-abortion care with limited resources in a public hospital in Oaxaca, Mexico. In: *Post-Abortion Care: Lessons from Operations Research*. Huntington D., Piet-Pelon N.J. (eds). Population Council, New York.
9. Huntington D., Nawar L., Abdel-Hady D. 1997. Women's perceptions of abortion in Egypt. *Reproductive Health Matters*. 9(May): 101–7.
10. Huntington D., Hassan E.O., Attallah N., et al. 1995. Improving the medical care and counseling of post-abortion patients in Egypt. *Studies in Family Planning*. 26(6): 350–62.
11. Solo J., 1998. What have we learned? *Operations Research Alternatives*. Population Council, New York. August.
12. Ghosh A., Lewison D., Lu E., 1999. Issues in Establishing Post-Abortion Care Services in Low-Resource Settings. Workshop Proceedings, 20–21 May. JHPIEGO, Baltimore MD.
13. Ringheim K., 1999. Ethical issues in post-abortion care research involving vulnerable subjects. In: *Post-Abortion Care: Lessons from Operations Research*. Huntington D., Piet-Pelon N.J. (eds). Population Council, New York.
14. Winkler J., Oliveras E., McIntosh N. (eds), 1995. *Post-Abortion Care: A Reference Manual for Improving Quality of Care*. Post-Abortion Care Consortium, Baltimore.
15. Solo J., 1999. Unpublished notes from the development of a PAC national expansion strategy in Kenya.
16. Eschen A., Rukonge A., French B., et al. 1998. Establishing comprehensive post-abortion care services in three Tanzanian hospitals. Paper presented at American Public Health Association Conference, Washington DC. November.
17. Rogo K., Lema V., Rae G., 1999. *Post-Abortion Care: Policies and Standards for Delivering Services in Sub-Saharan Africa*. Ipas, Carrboro NC.
18. Salter C., Johnston H.B., Hengen N., 1997. Care for post-abortion complications: saving women's lives. *Population Reports*. Series L, No 10. Baltimore MD.
19. Huntington D., 1998. *Advances and Challenges in Post-Abortion Care Operations Research: Summary Report of a Global Meeting*. 19–21 January. Population Council, New York.

*Easing the Pain: Pain Management in the Treatment of Incomplete Abortion*

Julie Solo

*Reproductive Health Matters* 2000: 8(15): 45–51.



www.gzrf.ru

©2005 Проблемы репродуктивного здоровья.  
Авторские права защищены.  
Проблемы репродуктивного здоровья 2005;13(26):25–34  
0968-8080/05 – см. титульную страницу  
PII: S0968-8080(05)26204-3



www.rhmjournal.org.uk

## Медикаментозный аборт: вопросы выбора и приемлемости

Мардж Берер

Редактор, Вопросы репродуктивного здоровья, Лондон, Великобритания. Электронный адрес (новый): mberer@rhmjournal.org.uk

**Краткое содержание.** Несмотря на то, что в течение многих лет существует разнообразие возможных методов выполнения аборта, в большинстве стран этот выбор остается за медицинским работником, который может владеть лишь одним методом. В данной статье рассматриваются вопросы выбора и приемлемости медикаментозного аборта с точки зрения как женщин, так и медицинских работников, выполняющих аборт, и утверждается, что вопрос выбора метода важен для обеих сторон. Безопасность, эффективность, число посещений, принцип действия метода, длительность периода до завершения аборта, а также стоимость – все эти факторы влияют на приемлемость того или иного метода. Медикаментозный аборт считается более естественным методом, поскольку в нем участвует сама женщина, и он может происходить в домашних условиях вплоть до девяти недель беременности; хирургический аборт с применением вакуумной аспирации прост и быстро завершается. Однако если стоимость обоих методов не будет аналогичной, то и женщины, и медицинские работники будут выбирать наиболее дешевый вариант, что является ограничением выбора. Медикаментозный аборт эффективен с момента задержки менструации у женщины и вплоть до 24 недель беременности, и необходимо, чтобы это стало известно большему числу женщин и медицинских работников. В ситуациях, связанных с юридическими ограничениями, осложнения, как правило, бывают менее серьезными и легче поддаются лечению после медикаментозного аборта на ранних сроках беременности, чем после небезопасных инвазивных методов. В идеале доступными должны быть как медикаментозные, так и хирургические методы, однако каждый из них может предоставляться один без другого. © «Проблемы репродуктивного здоровья», 2005 г. Авторские права защищены.

**Ключевые слова:** медикаментозный аборт, хирургический аборт, приемлемость, позиция женщин, позиция медицинских работников

В течение последних десятилетий диапазон существующих методов контрацепции расширяется, и на данный момент выбор и приемлемость метода сами по себе обладают определенной ценностью. Что же касается абортов, вопросам выбора и приемлемости метода уделяется значительно меньше внимания. Хотя в настоящее время [1, 2] существуют различные методы выполнения аборта, в большинстве стран по-прежнему выбор метода делает медицинский работник, и зачастую медицинские работники не осведомлены более, чем об одном методе, и не владеют различными методами. Во многих случаях они полагаются на устаревшие методы. Появление медикаментозного аборта, однако, стремительно меняет эту картину.

В большинстве стран переход к оказанию услуг, предлагающих как хирургический, так и медикаментозный аборт, происходит гораздо медленнее, чем следовало бы. Это связано, прежде всего, с ограничительными законами, с принятыми практиками, не соответствующими передовому опыту, с недостатком обучения медицинских работников, их нежеланием проходить переобучение, а также с отсутствием инструментария для вакуумной аспирации и/или препаратов для медикаментозного аборта. Тем не менее даже там, где сохраняются юридические ограничения на проведение абортов, женщины получают доступ к таблеткам для медикаментозного аборта, преимущественно к мизопроустолу, и, если это необходи-

мо, могут использовать их без клинической поддержки. Хотя эта ситуация далека от оптимальной, это означает, что даже в таких странах женщины с ограниченными финансами имеют возможность отказаться от использования опасных инвазивных методов, что приводит к снижению смертности вследствие небезопасных аборт<sup>\*</sup>.

В данной статье основное внимание уделяется вопросам выбора и приемлемости, касающихся медикаментозного аборта, с точки зрения как женщин, так и медицинских работников. Материалы статьи основаны на выборке недавно опубликованных в Medline статей по этим вопросам в как развитых, так и развивающихся странах, а также на информации, представленной в октябре 2004 г. на конференции по вопросам медикаментозного аборта, организованной Международным консорциумом по медикаментозным аборт<sup>ам</sup> (International Consortium for Medical Abortion – ICMA)<sup>\*\*</sup>.

### Медикаментозный аборт: выбор режима

Одним из вносящих наибольшую путаницу аспектов медикаментозного аборта является тот факт, что было более или менее успешно апробировано и использовано огромное количество различных протоколов. На самом деле на каждом определенном сроке беременности может эффективно применяться несколько режимов. Кроме того, вследствие недостаточности информации было проведено множество экспериментов, как со стороны клиницистов в ходе проведения исследований и клинической практики, так и женщинами, самостоятельно принимающими мизопропростол. Дозировка и режимы, рекомендуемые Государственным клиническим руководством Королевского колледжа акушеров и гинекологов Великобритании, изданными в 2004 г., основаны на обзоре лите-

<sup>\*</sup> Имеется немного опубликованных данных, «подтверждающих», что это снижение смертности происходит на самом деле, однако многочисленные представители медицинских работников из развивающихся стран, по роду своей деятельности имеющие возможность наблюдать за этими тенденциями, согласились, что это действительно так, на конференции ICMA в 2004 г.

<sup>\*\*</sup> Медикаментозный аборт: международный форум по политике, программам и услугам, 17–20 октября 2004 г., г. Йоханнесбург.

ратуры, в ходе которой учитывались такие факторы, как эффективность, побочные эффекты и стоимость<sup>\*</sup> [3].

В условиях, когда действуют юридические ограничения и при использовании исключительно мизопростола, многие женщины приобретают препараты без рецепта или получают их у медицинских работников, которые могут быть как в курсе, так и не в курсе наилучших режимов приема. В Латинской Америке, судя по данным, представленным участниками конференции ICMA в 2004 г., наиболее распространенной дозировкой, применяемой женщинами, является 400 мкг перорально и 400 мкг вагинально, иногда с применением повторных доз; однако также говорилось, что некоторые женщины принимали по таблетке 200 мкг каждый час до завершения аборта. Возможно, такие различия в режимах приема связаны с широким диапазоном эффективности.

### Медикаментозный или хирургический: вопросы выбора и приемлемости для женщин

Выбор метода аборта важен как для женщин, так и для медицинских работников. Медикаментозный аборт может применяться с момента задержки менструации у женщины и до 24 недель беременности, считая от дня задержки менструации. Медикаментозный аборт позволяет сделать аборт на более ранних сроках, сама процедура становится более доступной, более безопасной, менее травматичной, уменьшается прием сопутствующих лекарственных препаратов, а также снижается стоимость, независимо от того, является ли аборт легальным или юридически ограниченным. При возможности выбора между медикаментозным аборт<sup>ом</sup> и вакуумной аспирацией большинство женщин сразу выражают предпочтение тому или иному методу. Например, в исследовании, проведенном в Норвегии с целью сравнения обоих методов при сроках беременности до девяти недель, 69% из 226 участвовавших женщин выразили определенное предпочтение [4]. В исследовании, проведенном в Шотландии перед выполнением аборта при сроке беременности 10–13 недель, 80% женщин выразили то

<sup>\*</sup> См. статью «Медикаментозный аборт: факты» в данном выпуске журнала.

или иное предпочтение, среди них 72% предпочитали медикаментозный аборт, а 28% выбрали аборт с применением аспирации при общей анестезии. Выразившие то или иное предпочтение перед абортом также чаще говорили, что в будущем они выберут тот же метод: 70% из тех, кому был выполнен медикаментозный аборт, и 79% из перенесших хирургический аборт, сказали, что в будущем они выберут тот же самый метод [5].

Диапазон причин, по которым медикаментозный аборт приемлем для женщин, представлен в результатах проведенного в США исследования, включавшего женщин различного этнического происхождения. Американки азиатского происхождения в два раза чаще, чем остальные, выбирали медикаментозный аборт, поскольку они считали его более безопасным. Белые женщины выбирали его в два раза чаще, поскольку они полагали этот метод более естественным. Более образованные женщины хотели избежать хирургического вмешательства. Белые женщины, афроамериканки и женщины с более высоким уровнем образования чувствовали себя значительно более комфортно, принимая один или оба препарата в домашних условиях, чем если бы аборт происходил в клинике. Почти все группы считали метод высокоприемлемым, с незначительными различиями в общем уровне удовлетворенности, готовности выбрать его повторно или рекомендовать его другим [6].

В исследованиях, посвященных сравнению приемлемости обоих методов аборта на ранних сроках, большинство женщин выразили удовлетворенность выбранной ими процедурой, хотя не все были готовы выбрать тот же метод снова и рекомендовать его другим. В Германии, Швеции, Великобритании, Норвегии и Финляндии приемлемость медикаментозного аборта с применением мифепристона и мизопростала была достаточно высокой [7–11]. В одном исследовании, проведенном в США среди 326 женщин, перенесших либо хирургический, либо медикаментозный аборт, 41,7% из перенесших хирургический аборт сказали, что в случае, если потребуется повторный аборт, они выбрали бы медикаментозный аборт, при этом лишь 8,6% женщин из перенесших медикаментозный аборт выбрали бы хирургический метод [12]. При повторном посещении медицинского учреждения спустя од-

ну неделю, 75% из 28 девушек-подростков в США, перенесших медикаментозный аборт, сочли процедуру приемлемой; эта доля возросла до 96% к моменту повторного посещения спустя четыре недели, когда они были убеждены, что процедура прошла успешно и что они были в порядке [13].

### **«Это более естественно»**

Важная причина, по которой медикаментозный аборт является предпочтительным, заключается в том, что он рассматривается как более «естественный», поскольку происходит полностью в организме женщины, в то время как аборт методом аспирации может быть предпочтительным, поскольку его выполняет медицинский работник и женщине ничего не нужно делать.

Женщинам нравится то, что при медикаментозном аборте, даже если им необходимо остаться в клинике, в процессе аборта после приема мизопростала, они одеты и сидят, в то время как при аборте методом аспирации они находятся в лежачем положении в гинекологическом кресле в открытой позе (уязвимы). Последнее обстоятельство не представляет собой проблему при условии сочувствия со стороны медицинского работника. Однако не все медработники выражают эти чувства, и многие женщины сталкивались с насмешками, оскорблениями и язвительными замечаниями, когда они обращались за абортами (по данным недавнего исследования, проведенного в Аргентине) [14]. Это является причиной того, что при возможности выбора они не желают повторения подобного опыта.

### **Возможность избежать хирургического вмешательства и анестезии**

Для многих женщин возможность избежать хирургического вмешательства, даже простой процедуры аспирации, и анестезии, особенно в тех случаях, где по-прежнему применяется общая анестезия, являются основными причинами, по которым предпочтительным является медикаментозный аборт. С другой стороны, есть женщины, которые вообще не хотят чувствовать, как происходит аборт, и для них первым выбором будет аборт методом аспирации с применением общей анестезии, несмотр-

ря на дополнительные риски, связанные с общей анестезией. Чаще всего, однако, общая анестезия не является необходимой для выполнения аборта методом вакуумной аспирации вплоть до 15 недель, за исключением, например, отдельных пороков развития плода или наличия осложнений у женщины. Этот метод по-прежнему применяется преимущественно медицинскими работниками, не привыкшими иметь дело с женщиной, находящейся в сознании в процессе выполнения ими аборта.

### **Безопасность и эффективность**

Два наиболее важных аспекта, связанных с любой процедурой аборта – его безопасность и эффективность. Аборт методом аспирации после 7 недель беременности обладает тем преимуществом, что он редко нуждается в повторении. Медикаментозный аборт с применением мифепристона и мизопростола также характеризуется низким показателем неудачи и может выполняться на самых ранних сроках – как только у женщины возникает задержка менструации – что является одним из его основных преимуществ.

Вплоть до 7 недель беременности медикаментозный аборт, как правило, является более эффективным, чем аспирация на ранних сроках, которая может быть неполной, поскольку плодные оболочки могут остаться в матке. Риск неудачи при аборте, выполняемым методом аспирации при сроке беременности до 7 недель, составляет около 2,3 на 1 000 процедур [2]. Конечные показатели эффективности при медикаментозном аборте на ранних сроках беременности отличаются в различных исследованиях; так, в одном крупном отчете, включавшем 4 132 женщин со сроком беременности до 9 недель [15], этот показатель достигал 98%. Медикаментозный аборт при соблюдении протоколов дозировки и режима приема, по данным имеющихся отчетов, считается более эффективным: 94–96% при 3–5% неполных абортов и 1–3% сохранения беременности. Женщинам с сохранившейся беременностью необходимо удаление плода хирургическим методом.

Независимо от того, проходит ли аборт в домашних условиях или в медицинском учреждении, женщинам, выбирающим медикаментозный аборт, необходимо знать, что 2–6 женщинам из 100 может потребоваться процедура аспирации при повторном посещении, либо вследствие продолжающейся развиваться беременности, либо по причине более обильного или более длительного кровотечения. Для некоторых пациенток метод является неприемлемым по этой причине. Для других – медикаментозный аборт обладает некоторыми иными качествами, делающими его, тем не менее, предпочтительным.

С 2001 г. и до первого квартала 2004 г. включительно в США, в клиниках Федерации запланированного родительства (Planned Parenthood Federation) было проведено 95 163 аборта с применением мифепристона и мизопростола. Среди них лишь 2,2 на каждые 1 000 женщин (95% ДИ 1,9–2,5) имели осложнения, чаще всего – обильные кровотечения. Показатель смертности составил 1,1 на 100 тыс. (1 случай – 95% ДИ 0,3 – 5,9) [16,17].

Во всем мире, по данным до 2005 г., около 22 миллионов женщин в Китае и 4 миллиона женщин во всем остальном мире [18] перенесли безопасные медикаментозные аборты. Фактически аборт является одной из наиболее распространенных и в то же время одной из наиболее безопасных существующих медицинских процедур [2].

### **Кровопотеря и необходимость последующего хирургического вмешательства**

Независимо от того, является ли аборт хирургическим или медикаментозным, кровопотеря из матки является неизменной. Однако некоторые женщины ощущают различие, поскольку при хирургическом методе основной объем крови и продуктов беременности отсасывается, в то время как медикаментозный аборт ощущается как обильная менструация, при которой кровотечение постепенно уменьшается после выделения продуктов беременности. Объем кровопотери, таким образом, является приблизительно одинаковым при обоих методах, однако при медикаментозном аборте кровотечение, как правило, продолжается в течение большего числа дней, чем при аборте методом аспирации [19].

У большинства женщин кровотечение заканчивается самостоятельно; немногие обращаются за помощью для его завершения. Чрезмерно обильное кровотечение имеет место у небольшого числа женщин [20, 21]. Кровотече-

ние считается чрезмерно обильным, если кровь полностью пропитывает более двух гигиенических прокладок в час в течение более чем двух часов. Аспирация (либо выскабливание) необходимы для прекращения чрезмерно обильного кровотечения, а при неполном аборте, когда кровотечение не является обильным, она, возможно, не является необходимой с медицинской точки зрения так часто, как она применяется. Некоторые клиницисты, например, рекомендуют сначала попробовать введение дополнительной дозы мизопростола. Проведенные исследования позволяют предположить, что по мере того как медицинские работники, занимающиеся выполнением аборта, приобретают все больший опыт, снижается вероятность того, что они будут прибегать к хирургическому вмешательству, однако если это и будет происходить, то на более поздних стадиях процесса, когда истинная необходимость выше [22, 23].

### **Боль и иные отрицательные побочные эффекты**

Боль является временным побочным эффектом как при медикаментозном, так и при хирургическом аборте. При прерывании беременности в I триместре, как правило, боль возникает в ходе процедуры аспирации, при этом бывает достаточно местной анестезии, хотя в некоторых клиниках до сих пор применяется общая анестезия. При медикаментозном аборте боль вследствие сокращений матки присутствует в течение нескольких часов; она сильнее, чем при менструальных спастических сокращениях матки; особенно сильнее всего – в первые 3–4 часа после введения мизопростола. Чаще всего для обезболивания достаточно приема анальгетиков.

В одном исследовании, включавшем женщин, перенесших медикаментозный аборт до 22 недель беременности (мифепристон с последующим повторным приемом нескольких доз мизопростола), потребность в обезболивании была значительно выше у более молодых женщин, у женщин с большим сроком беременности, с более длинным периодом времени от стимуляции до наступления аборта и с более высоким числом доз мизопростола; в то время как женщинам, имевшим в анамнезе роды, обезболивание требовалось значительно реже.

Среди всех 4 343 женщин, включенных в обзор, 72% требовалось обезбоживание, а 28% оно не требовалось. Из 72% женщин, которые нуждались в обезболивании, 97% использовали пероральные анальгетики, остальным потребовались опиаты [24].

К наиболее распространенным побочным эффектам, отмечавшимся у пациентов после приема мизопростола в исследовании, включавшем 376 женщин со сроком задержки менструации до 49 дней, относятся боль или спастические сокращения маточной мускулатуры (93,2%), тошнота (66,6%), слабость (54,7%), головная боль (46,2%) и головокружение (44,4%). Эти эффекты, как правило, исчезали в течение нескольких часов. Общая приемлемость режима в данном исследовании была достаточно высокой; при этом 63,3% женщин охарактеризовали его как высоко удовлетворительный, и еще 23% – как удовлетворительный [25].

### **Дома или в клинике?**

Приватность и конфиденциальность легко достигаются и легко нарушаются как при медикаментозном, так и при хирургическом методе аборта, в зависимости от отношения отдельных медицинских работников и системы в целом к женщине. Некоторые женщины хотят, чтобы во время процедуры присутствовал их партнер, родственник или подруга. Другие предпочитают быть в одиночестве, чтобы никто другой не знал о том, что происходит.

В большинстве исследований, при которых женщинам предоставлялась возможность выбора проведения медикаментозного аборта в домашних или условиях клиники при сроке беременности до 9 недель, было отмечено значительное предпочтение (80% или более в большинстве исследований) в пользу применения мизопростола и проведения аборта дома.

«Мне понравились таблетки. Видите ли, мне не надо было оставаться в больнице. При выскабливании я бы провела там два дня. Я сказала свекрови, что иду на рынок. У меня не начался аборт в больнице, хотя я ждала 3 часа. Я испугалась, не получится ли так, что свекровь узнает? Сколько дней у меня было кровотечение... Я ходила в туалет каждый час, чтобы проверить. Понимаете, у нас нет своего туалета. Я чувствовала себя неловко. Но это произошло, когда ее не было. Было немного боли, но такую боль можно

терпеть. Тут что ни сделаешь, все равно будет больно. Теперь я очень счастлива. Я, несомненно, воспользуюсь этим методом снова» [26].

В исследовании в восьми центрах Вьетнама, включавшем 1 601 женщину, например, предпочтение приему мизопростола в домашних условиях отдали 87% женщин [27]. В Тунисе из 321 женщины в четырех центрах у 96% произошел полный аборт, и они отдали предпочтение приему мизопростола в домашних условиях, поскольку при этом достигались большая конфиденциальность (34%), простота (28%), а также требовалось меньше посещений клиники (28%) [28].

Применение мизопростола в домашних условиях всегда следует предлагать в качестве возможного варианта до 9 недель беременности, однако некоторые женщины могут быть не уверены, смогут ли они справиться самостоятельно, и поэтому предпочитают оставаться в клинике. В Великобритании, где применение мизопростола в домашних условиях пока не предлагается, в исследовании, проведенном в Англии и Шотландии, женщинам, перенесшим медикаментозный аборт в клинике, был задан вопрос: «Считают ли они, что смогли бы справиться в домашних условиях с имевшими место кровотечением и болью?» При этом 71% из 320 женщин сказали, что во время аборта не происходило ничего, с чем бы они не справились дома, хотя меньшее число (36% из 342 женщин) отметили, что выбрали бы прием мизопростола в домашних условиях, если бы у них была такая возможность выбора [29]. В исследовании, проведенном во Франции, в ходе которого 339 женщин принимали мизопрогестин в домашних условиях, около 5% звонили акушерке с вопросами, а 5% повторно обратились к своим медицинским работникам за консультацией ранее назначенной даты [30]. Доступ к круглосуточному телефонному консультированию для женщин, у которых аборт происходит дома, может способствовать значительному снижению уровня тревожности.

У некоторых женщин домашние обстоятельства таковы, что применение мизопростола в домашних условиях было бы весьма проблематичным. Для тех, кто не хотел бы, чтобы кто-либо из домашних знал о том, что они делают аборт, например, для молодых незамужних женщин во многих культурах, приватность пребывания в клинике имеет первостепенное

значение. Более того, условия дома — например, отсутствие туалета в помещении или проточной воды, или отсутствие прокладок для менструаций — могут также затруднить проведение аборта в домашних условиях.

С другой стороны, при юридических ограничениях медикаментозный аборт в домашних условиях имеет огромные преимущества в связи с отсутствием необходимости обращаться к медицинскому работнику и возможностью избежать сообщения об аборте в полицию. К недостаткам можно отнести незнание того, чего можно ожидать, или как распознать осложнение, чувство изоляции или страха, или отсутствие доступной помощи. Медицинские работники в таких случаях задают вопрос: что мы можем сделать, чтобы удостовериться, что женщина примет безопасную и эффективную дозу препарата? Очевидный ответ — доносить информацию до женщин всеми возможными способами. В целом отдельные несистематизированные источники информации свидетельствуют о том, что женщины справляются с проблемами самостоятельно и обращаются при необходимости за помощью, о чем свидетельствует снижение показателей смертности.

## Временные факторы

Расстояние, которое потребуется преодолеть женщинам, чтобы добраться до клиники, время, на которое они могут оставить работу или дом, а также число необходимых посещений клиники и процедур — все это важно для женщин, поскольку связано не только со временем и преодолением расстояний, но также и со стоимостью.

Продолжительность процесса — важное отличие аспирации от медикаментозного аборта. Аспирация может быть выполнена в течение 10–15 минут или менее, а в тех случаях, когда используется местная анестезия, женщине вообще нет необходимости оставаться в клинике в течение длительного времени. Это большое преимущество, поскольку аборт завершается очень быстро. При медикаментозном аборте в течение первых 9 недель беременности женщине необходимо лишь дать таблетку мифепристона и соответствующие указания относительно аспирации и приема таблеток мизопростола дома. Например, по данным исследования, проведенного в Австралии среди 100 женщин со сроком беременности до 7 недель, у 96% жен-

щин полный аборт завершился в течение 4,3 часов после того, как они получили мизопростол (дозировка: 200 мг мифепристона перорально и 800 мкг мизопростола перорально) [30].

### Число посещений клиники

Нередко принято говорить, что при аборте, выполняемом методом аспирации, требуется меньше посещений, чем при медикаментозном аборте, но это не обязательно так. Обе процедуры могут сопровождаться избыточным введением лекарственных препаратов и чрезмерным числом необоснованно требуемых посещений. Как указано в таблице 1, по сути при обоих типах аборта необходимы лишь два посещения клиники, или три, если мизопростол принимается в клинике. Дополнительные посещения в обоих случаях нужны лишь в том случае, если возникают осложнения.

Тем не менее многие клиники и клиницисты не выполняют аборт ни тем, ни другим методом при первичном посещении. Помимо объяснения «у нас просто не принято так делать», единственной реальной причиной, по которой женщине может быть предпочтительно снова

прийти, чтобы сделать аборт, это вероятность того, что она передумает и решит все-таки не делать его. Небольшое, но значимое число женщин так и поступают (David Paintin, акушер-гинеколог, Великобритания). Однако женщинам может быть предложена возможность вернуться несколько дней спустя. Те, кому нужно дополнительное время, чтобы обдумать свое решение, с большой вероятностью предпочтут прийти еще раз. Для остальных ожидание представляется ненужным.

### Стоимость

Мизопростол сам по себе — достаточно дешевый препарат, кроме того, преимуществом для развивающихся стран является его легкая доступность. По мнению большинства участников конференции ICMA в 2004 г. из развивающихся стран, вероятно, что мизопростол будет использоваться для медикаментозного аборта на ранних сроках в тех странах, где регистрация мифепристона в обозримом будущем маловероятна. С другой стороны, как отметил один клиницист из Латинской Америки, если женщины будут принимать повторные дозы

**Таблица 1. Число и описание визитов по поводу аборта в I триместре беременности**

Аборт методом вакуум-аспирации (до 15 недель беременности)	Медикаментозный аборт (до 9 недель беременности)	Медикаментозный аборт (в сроке от 10 до 13 недель беременности)
Регистрация (госпитализация) и вакуум-аспирация с периодом восстановления 1–3 часа в дневном стационаре	Регистрация (оформление первичной медицинской документации) + прием Мифепристона сразу, получение инструкции, как принимать Мифепристон дома через 36–48 часов	Регистрация (оформление первичной медицинской документации) + прием Мифепристона сразу
Повторный визит для того, чтобы убедиться, что аборт полный и никаких осложнений нет	Женщины, которые вернулись в клинику для приема Мизопростола через 36–48 часов, остаются в стационаре на 3–4 часа, чтобы проследить за тем, что аборт в ходу	Прием Мизопростола в клинике, повторный прием препарата через 36–48 часов при необходимости нахождения в клинике до момента начала аборта, с последующим пребыванием в клинике в течение 1–3 часов для восстановления
	Повторный визит через 2 недели для подтверждения полного аборта и отсутствия осложнений	Повторный визит через 2 недели для подтверждения полного аборта и отсутствия осложнений

В данной или в рядом расположенной клинике необходимо присутствие специалиста, владеющего навыками выполнения хирургического аборта для небольшого числа женщин, которым это может понадобиться.

мизопростола, в конечном счете, общая стоимость может оказаться выше, чем при приеме одной таблетки (200 мг) мифепристона и меньшей дозы мизопростола. В ходе комплексного исследования стоимости медикаментозного аборта в системе общественного здравоохранения в Южной Африке – на данный момент одного из немногих проведенных в развивающихся странах подобных исследований – была использована экономическая модель с альтернативными путями ведения, на основе анализа 1 000 пациентов. В исследование были включены такие переменные факторы, как тип медицинского работника, уровень медицинского учреждения (первичное или вторичное звено здравоохранения), частота посещений, тесты на беременность, различные режимы, прием мизопростола дома, обезболивание, возможность ультразвукового исследования, возможность телефонного звонка консультанту, полный или неполный аборт, наличие или отсутствие возможности лечения осложнений, кадровые ресурсы, накладные расходы, обучение медицинских работников и информационные материалы для женщин. Основными факторами, определявшими стоимость, оказались: дозировка мифепристона (200 или 600 мг)\* вследствие высокой цены мифепристона, тип медицинского работника (врач или средний медицинский работник), уровень медицинского учреждения (первичное или вторичное звено здравоохранения) и курс обмена валюты, что также было важно, поскольку препараты приходилось приобретать за рубежом [31].

Установление основных факторов, определяющих стоимость аборта, демонстрирует, каким образом стоимость может быть снижена без изменения качества оказываемой помощи. Например, применение мифепристона и мизопростола в форме препаратов-дженериков местного производства; применение мифепристона в дозировке 200 мг; проведение абор-

тов в медицинских учреждениях первичного звена здравоохранения средними медицинскими работниками при сроке беременности до 9 недель и средними медицинскими работниками в медицинских учреждениях вторичного звена здравоохранения при сроке беременности после 9 недель; возможность обращения к акушерам-гинекологам при необходимости. Исследование, проведенное в Индии, показало, что для медикаментозного аборта не требуются ни больничные койки, ни наличие операционной палаты, ни ультразвук [32], что важно с точки зрения снижения затрат и упрощения процесса. Необходимо проведение аналогичных исследований с целью определения возможностей снижения стоимости проведения аборта хирургическими методами.

Если стоимость хирургического и медикаментозного аборта не будет сходной, многие женщины будут считать, что им следует выбрать наиболее дешевый вариант, что ограничивает возможность выбора. В тех случаях, когда расходы покрываются из средств здравоохранения, или страховые компании контролируют варианты лечения, аналогично, медицинские работники и руководители будут также склоняться к более дешевому варианту. Однако ни один из методов не должен навязываться женщинам по этой причине.

В то же время, поскольку медикаментозный аборт не требует использования операционной палаты или хирургических навыков, за исключением незначительной доли случаев, следовательно, резко снижается число вовлеченных медицинских работников, владеющих подобными навыками, поэтому все системы здравоохранения в будущем, возможно, будут склоняться к медикаментозному аборту. Более того, в Норвегии это уже происходит, по словам акушера-гинеколога, впервые внедрившего там этот метод, который сообщил, что во все большем числе клиник женщинам предлагается только медикаментозный аборт, и им следует специально просить о выполнении вместо него хирургической процедуры (Профессор Ole-Erik Iversen, в ходе личной беседы, февраль 2005 г.).

Для тех, кто полагает, что женщины имеют право на выбор метода аборта в принципе, учитывая, насколько различны эти две формы аборта, такую тенденцию может быть сложно преодолеть, если параметры обоих методов, касающиеся стоимости и человеческих ресурсов,

\* Дозировка 200 мг является столь же эффективной, как и дозировка 600 мг, и входит в Перечень основных медицинских препаратов ВОЗ [3]. Нет никаких причин, по которым следовало бы продолжать применять дозировку 600 мг. Однако во многих странах мифепристон был утвержден в дозировке 600 мг, прежде чем появилась эта информация, и другие последовали их совету, невзирая на новейшие данные, что устраивает и производителей. Следовательно, переход на 200 мг происходит медленно.

не будут приведены в более тесное соответствие друг с другом.

### **Медикаментозный и хирургический аборт во II триместре**

Преобладающее большинство женщин делают аборт до 12 недель беременности. Существует множество причин задержки с обращением и выполнением аборта в различных странах, а некоторые женщины оказываются в сложных обстоятельствах, не позволяющих сделать аборт на ранних сроках. Риск осложнений и смерти вследствие небезопасных методов при поздних абортах выше. Однако при условии применения безопасных методов во II триместре аборт по-прежнему является достаточно безопасным, и вопросы выбора и приемлемости также касаются аборт в этом периоде.

Вакуумная аспирация – достаточно простая операция, выполняемая вплоть до 15 недель беременности. Напротив, «расширение и эвакуация» – хирургический метод, применяемый при сроке беременности от 16 до 28 недель под общей анестезией – требует отличного владения специальными навыками. Большинство медицинских работников, тем не менее, не обладают нужной квалификацией для выполнения «расширения и эвакуации», поскольку они не имеют дело с достаточным числом подобных случаев или просто не желают учиться. При попытке рандомизации женщин на «расширение и эвакуацию», либо на медикаментозный аборт в одной из клиник США, где «расширение и эвакуация» было нормой, лишь 18 из 47 соответствующих необходимым критериям женщин были направлены на медикаментозный аборт, поскольку остальные 29 женщин предпочли «расширение и эвакуацию». В сравнении с «расширением и эвакуацией» аборт, выполненный с применением мифепристона и мизопростол, вызвал больше болезненных ощущений и отрицательных побочных эффектов, хотя среди них не было серьезных [33]. В условиях, когда «расширение и эвакуация» недоступно – а таких случаев большинство – медикаментозный аборт все же является значительно лучшим выбором, чем старые и более рискованные методы [1].

Медикаментозный аборт после 13 недель беременности может быть проведен под наблю-

дением специально обученного среднего медицинского работника при условии контроля со стороны акушера-гинеколога или иного врача, и его возможности значительно возросли в последние годы с применением мифепристона-мизопростол. Аборт занимает значительно меньше времени, чем в прошлом, когда применялись иные простагландины. В одном исследовании среднее время от начала стимуляции до аборта составило менее шести часов для рожавших женщин и восемь часов для нерожавших женщин, и более 70% женщин вернулись домой в тот же день [34]. Из 999 женщин со сроком беременности от 13 до 21 недели, включенных в другое исследование в Шотландии, у двух женщин произошел аборт после введения мифепристона, и у 97,1% успешно произошел аборт в пределах пяти доз мизопростол. Хирургические вмешательства были произведены у 8,1% женщин. Женщинам, у которых беременность была первой, не рожавшим живых детей ранее и имевшим срок беременности 17–21 неделя, потребовалось больше мизопростол. У более молодых женщин и у женщин, родивших прежде живого ребенка, вероятность успешного аборта была выше. Промежуток времени от стимуляции до аборта значительно возрастал с увеличением срока беременности, возраста женщины, а также при отсутствии рожденных прежде живых детей. Хирургические вмешательства требовались чаще с увеличением возраста [35].

### **Выбор и приемлемость: позиции медицинских работников и системы здравоохранения**

Медикаментозный аборт может помочь преодолеть отрицательное отношение медицинских работников к абортам, поскольку медицинскому работнику не нужно собственно делать аборт. Роль медицинских работников заключается в предоставлении информации, раздаче таблеток, наблюдении за прогрессом и оказании поддержки, а хирургические навыки требуются только в небольшом числе неудачных случаев и при чрезмерном, либо продолжительном кровотечении. С другой стороны, хирургические методы требуют не только наличия необходимых инструментов и соблюдения асептики, но также определенных навыков и опыта. Некоторые медицинские работники хо-

тят овладевать этими навыками, приобретать опыт, а не просто раздавать таблетки.

В условиях юридических ограничений медикаментозный аборт обладает тем преимуществом, что сложнее доказать факт передачи медицинским работником женщине чего-либо, а также, что, пожалуй, наиболее важно как для женщин, так и для медицинских работников, наиболее распространенные осложнения менее серьезны и легче поддаются лечению, чем при небезопасных инвазивных методах. Эта точка зрения была выражена многими участниками конференции ISMA в 2004 г. Однако, как и женщины в этих странах, фармацевты и медицинские работники могут не иметь достаточного доступа к современной информации. Таким образом, в ходе обсуждений в фокус-группах с врачами общей практики и акушерами-гинекологами из Гондураса, Мексики, Никарагуа и Пуэрто-Рико, осведомленных в вопросах медикаментозного аборта, были высказаны противоречивые мнения относительно безопасности, эффективности, стоимости, вероятности самолечения и приемлемости [36].

Наиболее экономически эффективный способ проведения медикаментозного аборта — через сеть первичного звена здравоохранения, усилиями специально обученных средних медицинских работников. Учитывая затраты на заработную плату и недостаток акушеров-гинекологов в странах с ограниченными ресурсами, врачи общей практики, акушерки, медицинские сестры в центрах планирования семьи или другие средние медицинские работники являются наиболее подходящими специалистами для проведения и контроля большинства абортов, как медикаментозных, так и хирургических, вплоть до 15 недель, и существуют не менее убедительные аргументы в пользу того, что это возможно и в развитых странах [37].

В большинстве стран с либеральным законодательством в отношении абортов тем, кто не согласен с абортом по этическим соображениям, разрешается не участвовать в абортах, за исключением экстренных случаев. Однако выбор, проводить или нет аборт, не применим в

той же мере к системам здравоохранения. Системы здравоохранения обязаны обеспечивать безопасность абортов только с точки зрения охраны общественного здоровья. Более того, не следует злоупотреблять вопросами этических соображений в системе общественного здравоохранения, поскольку это будет заставлять женщин обращаться в частные клиники.

Вопреки широко распространенному убеждению, для проведения медикаментозного аборта нет необходимости содержать полную службу, как для хирургического аборта. Необходимо тот же уровень и тип помощи, как и при выкидышах, т.е. приблизительно для 2–6 женщин из каждых 100 после медикаментозного аборта. В идеале должна иметься возможность выполнения как медикаментозного, так и хирургического аборта, а в тех случаях, когда это невозможно, каждый из них может предоставляться один без другого.

Одним из наиболее обнадеживающих аспектов по результатам исследований в области медикаментозного аборта является тот факт, что большинство женщин и медицинских работников во всем мире находят его приемлемым или высокоприемлемым, и государства могут быть уверены, что они будут предлагать безопасный, эффективный метод. Учитывая различия между медикаментозными и хирургическими методами, выбор и приемлемость представляют собой важные аспекты качества оказания помощи, а также цели, заслуживающие достижения.

## Выражение благодарности

*Данная статья основана на материалах доклада «Почему медикаментозный аборт важен: вопросы выбора и приемлемости» на конференции «Медикаментозный аборт: международный форум по политике, программам и услугам», 17–20 октября 2004 г., г. Йоханнесбург, а также материалах доклада «Медикаментозный аборт: вопросы политики, оказания услуг и применяемой продукции» на встрече с представителями министерства развития и НПО Скандинавии, организованной RFSU, 26 января 2005 г., г. Стокгольм.*

## Литература

1. World Health Organization. Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems. Geneva: WHO, 2003. p. 28.
2. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. The Care of Women Requesting Induced Abortion. National Evidence-Based Clinical Guidelines.

- London: RCOG, September 2004. Summary at: [www.rcog.org.uk/resources/Public/pdf/abortion\\_summary.pdf](http://www.rcog.org.uk/resources/Public/pdf/abortion_summary.pdf). Accessed 27 August 2005.
3. WHO Essential Medicines Library. At: <http://mednet3.who.int/EMLib/DiseaseTreatments/MedicineDetails.aspx?MedIDName=443@mifepristone-misoprostol>>. Accessed 27 August 2005.
  4. Bjorge L., et al. Early pregnancy termination with mifepristone and misoprostol in Norway. *Acta Obstetrica Gynecologica Scandinavica* 2001;80(11): 1056–61.
  5. Ashok P.W., Kidd A., Flett G.M., et al. A randomized comparison of medical abortion and surgical vacuum aspiration at 10–13 weeks gestation. *Human Reproduction* 2002; 17(1): 92–8.
  6. Clark S., et al. Is medical abortion acceptable to all American women? *Journal of American Medical Women's Association* 2000; 55(3 Suppl): 177–82.
  7. Hemmerling A., Siedentopf F., Kentenich H. Emotional impact and acceptability of medical abortion with mifepristone: a German experience. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology* 2005; 26 (1): 23–31.
  8. Fiala C., Winikoff B., Helstrom L., et al. Acceptability of home-use of misoprostol in medical abortion. *Contraception* 2004; 70 (5): 387–92.
  9. Abdel-Aziz E., Hassan I.M., Al-Taher H. Assessment of women's satisfaction with medical termination of pregnancy. *Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2004; 24(4): 429–33.
  10. Iversen O.E., Midboe G., Johnsen S.L., et al. [Medical abortion—the first Norwegian experiences]. *Tidsskrift Nor Laegeforen* 2003; Sep:123. [In Norwegian]
  11. Honkanen H., von Hertzen H. Users' perspectives on medical abortion in Finland. *Contraception* 2002; 65(6): 419–23.
  12. Jensen J.T., et al. Acceptability of suction curettage and mifepristone abortion in the United States: a prospective comparison study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2000; 182 (6): 1292–9.
  13. Phelps R.H., et al. Mifepristone abortion in minors. *Contraception* 2001; 64(6): 339–43.
  14. Steele C., Chiarotti S. With everything exposed: cruelty in post-abortion care in Rosario, Argentina. *Reproductive Health Matters* 2004; 12(24 Suppl.): 39–46.
  15. Ashok P.W., Templeton A., Wagaarachchi P.T., et al. Factors affecting the outcome of early medical abortion: a review of 4132 consecutive cases. *BJOG* 2002; 109(11): 1281–9.
  16. Henderson J.T., Hwang A.C., Harper C.C., et al. Safety of mifepristone abortions in clinical use. *Contraception* 2005; 72(3): 175–8.
  17. US Food and Drug Administration. FDA Alert for Health Professionals: Mifepristone, 22 July 2005. At: <http://www.fda.gov/cder/drug/InfoSheets/HCP/MifepristoneHCP.pdf>>. Accessed 29 August 2005.
  18. Winikoff B. Global overview of medical abortion. Presentation at Medical Abortion: An International Forum on Policies, Programmes and Services, 17–20 October 2004, Johannesburg.
  19. Say L., Kulier R., Gulmezoglu M., et al. Medical versus surgical methods for first trimester termination of pregnancy. *Cochrane Database Systematic Reviews* 2005; 25(1): CD003037.
  20. See for example, Faucher P., Baunot N., Madelenat P. [The efficacy and acceptability of mifepristone medical abortion with home administration misoprostol provided by private providers linked with the hospital: a prospective study of 433 patients]. *Gynecology, Obstetrics, Fertility* 2005; 33(4): 220–7. [In French]
  21. See for example, Hamoda H., Ashok P.W., Flett G.M., et al. Medical abortion at 9–13 weeks' gestation: a review of 1076 consecutive cases. *Contraception*. 2005; 71 (5): 327–32.
  22. Winikoff B., Ellertson C., Clark S. Analysis of failure in medical abortion. *Contraception* 1996; 54:323–7.
  23. Urquhart D., Templeton A., Shinewi F., et al. The efficacy and tolerance of mifepristone and prostaglandin in termination of pregnancy of less than 63 days gestation; UK Multicentre Study-final results. *Contraception* 1997; 55: 1–5.
  24. Hamoda H., Ashok P.W., Flett G.M., et al. Analgesia requirements and predictors of analgesia use for women undergoing medical abortion up to 22 weeks of gestation. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2004; 111(9): 996–1000.
  25. Shannon C.S., Winikoff B., Hausknecht R., et al. Multicenter trial of a simplified mifepristone medical abortion regimen. *Obstetrics and Gynecology* 2005; 105 (2): 345–51.
  26. Ganatra B. Contrasts and common ground: the context of abortion in Asia. Presentation at Medical Abortion: An International Forum on Policies, Programmes and Services, 17–20 October 2004, Johannesburg.
  27. Ngoc N.T., et al. Is home-based administration of prostaglandin safe and feasible for medical abortion? Results from a multisite study in Vietnam. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2004; 111 (8): 814–9.
  28. Hajri S., Blum J., Gueddana N., et al. Expanding medical abortion in Tunisia: women's experiences from a multi-site expansion study. *Contraception* 2004; 70 (6): 487–91.
  29. Hamoda H., Critchley H.O., Paterson K, et al. The acceptability of home medical abortion to women in UK settings. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2005; 112(6): 781–5.
  30. Ashima T., Vinita A., Shalini R. Early medical abortion: a new regimen up to 49 days' gestation. *Australia & New Zealand Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2005; 45(2): 137–9.

31. Cullingworth L. A cost analysis of service provision of medical abortions in the public health sector at primary and secondary level. Presentation at Medical Abortion: An International Forum on Policies, Programmes and Services, 17–20 October 2004, Johannesburg.
32. Ganatra B., Bygdeman M., Phan Bich Thuy, et al. From research to reality: the challenges of introducing medical abortion into service delivery in Vietnam. *Reproductive Health Matters* 2004; 12(24 Suppl.): 105–13.
33. Grimes D.A., Smith M.S., Witham A.D. Mifepristone and misoprostol versus dilation and evacuation for midtrimester abortion: a pilot randomised controlled trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2004; 111(2):148–53.
34. Fiala C., Swahn M.L., Stephansson O., et al. The effect of non-steroidal anti-inflammatory drugs on medical abortion with mifepristone and misoprostol at 13–22 weeks gestation. *Human Reproduction* 2005; August 11 (Abstract only, e-publication).
35. Ashok P.W., Templeton A., Wagaarachchi P.T., et al. Midtrimester medical termination of pregnancy: a review of 1002 consecutive cases. *Contraception* 2004; 69(1): 51–8.
36. Espinoza H., Abuabara K., Ellertson C. Physicians' knowledge and opinions about medication abortion in four Latin American and Caribbean region countries. *Contraception*. 2004; 70(2):127–33.
37. Joffe C., Yanow S. Advanced practice clinicians as abortion providers: current developments in the United States. *Reproductive Health Matters* 2004;12(24 Suppl.): 198–206.

*Medical Abortion: Issues of Choice and Acceptability*  
Marge Berer  
*Reproductive Health Matters* 2005; 13(26): 25–34.



www.gzrf.ru

©2006 Проблемы репродуктивного здоровья.  
Авторские права защищены.  
Проблемы репродуктивного здоровья 2005;13(26):101–109  
0968-8080/05 \$ – см. титульную страницу  
PII: S0968-8080(05)26207-9



www.rhmjournal.org.uk

## Внедрение медикаментозного аборта на ранних сроках беременности в Турции

Айз Экин<sup>а</sup>, Гонка Октей Кокоплу<sup>б</sup>, Левент Экин<sup>с</sup>

- <sup>а</sup> Профессор, акушер-гинеколог, Отдел общественного здравоохранения, Медицинский факультет, Университет Хасеттепе, Анкара, Турция, электронная почта: ausea@tr.net;  
<sup>б</sup> Специалист по общественному здравоохранению, Отдел общественного здравоохранения, Медицинский факультет, Университет Хасеттепе;  
<sup>с</sup> Ассистент профессора, Отдел общественного здравоохранения, Медицинский факультет, Университет Хасеттепе

**Краткое содержание.** В Турции отмечается неудовлетворенная потребность в услугах в области искусственного прерывания беременности, предоставляемых службами общественного здравоохранения, в особенности в сельских и пригородных районах. Данное клиническое исследование было проведено с целью продемонстрировать, что внедрение медикаментозного аборта на ранних сроках беременности в этой стране безопасно и может способствовать улучшению доступа женщин к данным услугам. В ходе исследования женщинам в возрасте от 18 до 49 лет со сроком беременности до 56 дней был предложен выбор между медикаментозным абортом (200 мг мифепристона с последующим введением 400 мкг мизопростола перорально) и мануальной вакуумной аспирацией с местной анестезией. Так, 209 женщин выбрали медикаментозный аборт, 149 – хирургический. Также дополнительно были собраны данные по 112 женщинам, которым также был выполнен хирургический аборт, чтобы иметь одинаковое число случаев хирургического аборта. Отмечались предпочтения женщин и их удовлетворенность выбранным методом, побочные эффекты и осложнения на момент контрольного посещения врача через 14 дней после аборта. Известно, что 75% женщин, выбравших медикаментозный аборт, предпочли прием мизопростола в домашних условиях. Болевые ощущения при медикаментозном аборте продолжались в среднем  $3,6 \pm 3,0$  дней, а при хирургическом аборте –  $3,7 \pm 2,9$  дней. Кроме того, 90% женщин после медикаментозного аборта сказали, что они предпочли бы этот метод снова, в сравнении с 70% женщин после хирургического аборта. В группе выбравших медикаментозный аборт было зарегистрировано 1,4% случаев продолжающейся беременности, в группе после хирургического аборта таких случаев не было. Ключевое значение имеют подготовка медицинских работников и их практические знания метода медикаментозного аборта. Высокие показатели неполного аборта свидетельствуют о том, что дозировка и режим приема нуждаются в пересмотре. Результаты исследования поддерживают внедрение медикаментозного аборта на ранних сроках в Турции. © «Проблемы репродуктивного здоровья», 2005 г. Авторские права защищены.

**Ключевые слова:** медикаментозный аборт, хирургический аборт, ознакомительное исследование, подготовка медицинских работников, Турция

Начиная с 1983 г., согласно закону, аборты в Турции разрешены при сроке до 10 недель беременности, и врачи общей практики получили право выполнять искусственное прерывание беременности [1]. Тем не менее по-прежнему сохраняется неудовлетворенная потребность в услугах по искусственному аборту,

предоставляемых службами общественного здравоохранения, в особенности в сельских и пригородных районах [2–4].

В соответствии с Исследованием демографических характеристик и показателей здоровья населения, проведенном в Турции в 2003 г., 24% женщин Турции, когда-либо бывших замужем,

имели в анамнезе искусственный аборт. Среди них 58% делали аборт один раз. Показатель абортот в 2003 г. составил 11,3 абортов на 100 беременностей, что говорит о снижении по сравнению с аналогичным показателем 14,5 в 1998 г. и 18,0 – в 1993 г. [3–5]. Доля женщин, использовавших методы контрацепции, в 2003 г. составила 71%, из которых 42,5% использовали современные методы, а 28,5% – традиционные методы. 73% из общего числа абортов были выполнены в течение первого месяца беременности, 22 – в течение второго месяца; лишь 5% – в течение третьего месяца или позднее [4]. Так, 78% женщин, сделавших искусственный аборт, сообщили, что операция проходила в частном кабинете врача (57%) или частной клинике (21%). Это указывает на то, что государственные службы здравоохранения удовлетворяют спрос на искусственные аборты лишь на 22%. Женщины в сельских районах обращались за выполнением аборта в частные клиники чаще, чем в городах [3–5].

Причины, приводимые, как правило, государственными учреждениями в объяснение относительно малого числа выполняемых абортов, включают большое число прочих акушерских и гинекологических пациентов и недостаток времени на выполнение хирургических абортов. Однако аборты, выполняемые в частных клиниках/кабинетах, представляют собой значительно более дорогостоящую процедуру [3, 5], поэтому необходимо расширять охват услугами по выполнению аборта в государственном секторе.

В этом направлении был предпринят ряд усилий. Так, в Турции было проведено исследование в сотрудничестве со Специальной программой по научным исследованиям в области репродукции человека (Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction) ВОЗ с целью продемонстрировать возможность обучения врачей общей практики (ВОП) проведению мануальной вакуумной аспирации (МВА). На основе благоприятных результатов этого исследования в стране был внедрен этот метод, и врачи общей практики получили право выполнять аборты на ранних сроках. В результате был расширен доступ к этим услугам [6–9]. Однако многие государственные больницы по-прежнему не предоставляют услуг по выполнению абортов вообще, либо предоставляют их только при беременности

сроком до 8 недель, что создает препятствия для женщин [3–5, 7, 10].

В соответствии с принятыми в Турции государственными руководствами по абортотам, впервые подготовленными в 1996 г. и пересмотренными в 2002 г., при искусственном абортот в Турции следует использовать следующие методы: расширение и выскабливание, электрическая вакуумная аспирация и МВА. Большинство государственных и частных клиник по-прежнему предпочитают использовать общую анестезию во время этих процедур, несмотря на то, что в Руководствах это не рекомендуется [11].

В соответствии с результатами исследования, проведенного в Турции в 1997–1998 гг. с целью изучения причин материнской смертности, было установлено, что, несмотря на легализацию искусственных абортов, они по-прежнему остаются причиной материнской смертности, что свидетельствует о необходимости улучшения качества и охвата услуг по выполнению абортов [12].

Во всем мире накапливаются доказательства, подтверждающие, что медикаментозный аборт представляет собой безопасную и адекватную альтернативу методам хирургического аборта, в т.ч. в развивающихся странах с ограниченными ресурсами. Медикаментозный аборт – несложный, безопасный и эффективный метод прерывания беременности и редко требует вмешательства акушеров-гинекологов. По данным большинства исследований, частота полных абортов составляет 95% и более [3, 13–21]. Таким образом, медикаментозный аборт мог бы сыграть важную роль в снижении неудовлетворенной потребности в данных услугах в Турции и улучшить доступ женщин к абортотам.

Первая попытка внедрения медикаментозного аборта в Турции была предпринята в начале 1990-х гг. Однако мифепристон на тот момент еще не был официально зарегистрирован, поэтому заявка была отклонена Комиссией при Министерстве здравоохранения, занимающейся контролем и принятием решений о введении новых методов регулирования рождаемости в стране. В 1994 г. мифепристон был зарегистрирован, и тогда Комиссия санкционировала проведение исследования с целью изучения медикаментозного аборта с применением мифепристона и мизопростола [22].

На основании этого одобрения при поддержке Совета по проблемам народонаселения

(Population Council) было проведено исследование, направленное на изучение эффективности применения мифепристона (200 мг) и перорального мизопростола (400 мкг) для прерывания беременности до 56 дней задержки менструации. В то же самое время аналогичный режим использовался в Тунисе, где опыт применения медикаментозного аборта, включая клинические исследования, достаточно велик с 1996 г. [17]. Авторы исследования планировали следовать аналогичному протоколу. В ходе исследования они также хотели выяснить, где именно женщины предпочитали принимать мизопростол – в клинике или дома. Одновременно изучались предпочтения женщин в отношении медикаментозного или хирургического метода, любые побочные эффекты и осложнения, а также уровень удовлетворенности выбранным методом. Цель заключалась в том, чтобы дополнить существующие доказательства, свидетельствующие о том, что медикаментозный аборт является адекватным вариантом при аборте ранних сроков беременности, и убедить лиц, принимающих политические решения, и медицинских работников, включая некоторых акушеров-гинекологов, не поддерживавших данный метод, что метод следует внедрить для широкого использования в Турции.

### Методика исследования

Клиническое исследование проводилось в 2000 г. в двух университетских акушерско-гинекологических клиниках (в Анкаре и Эскишехире), одном государственном родильном доме в Измире и одном центре охраны материнского и детского здоровья и планирования семьи в Анкаре, получающем дотации от государства. Пять врачей из этих клиник, уже занимавшихся проведением хирургических абортов, прошли обучение по ведению медикаментозного аборта. Это было первым знакомством с медикаментозным абортом для всех медицинских работников, участвовавших в исследовании.

Программа обучения включала протокол исследования, ведение записей, критерии приемлемости для набора, ведение клинического случая, карты для записей в домашних условиях и ведение при последующих обращениях. Также были розданы брошюры с инструкциями, содержащими ту же информацию. В ходе всего исследования группа координаторов из Отдела обще-

ственного здравоохранения университета Хасеттепе (Hasettepe) периодически посещала все клинические центры и осуществляла мониторинг их деятельности.

Исследование было описательным и направлено на выяснение, выберет ли значительная доля турецких женщин медикаментозный аборт, если им будет предложен выбор между медикаментозным абортом и МВА с местной анестезией, и будет ли аналогичным качество результатов. В исследовании использовались аналогичные показатели (критерии включения, данные по исследованию, последующие посещения) для женщин, имевших как медикаментозный, так и хирургический аборт. В исследовании были включены добровольно женщины в возрасте от 18 до 49 лет; при условии маточной беременности со сроком до 56 дней задержки менструации; проживавшие в часе езды от места проведения исследования; согласившиеся прийти повторно, по крайней мере, на один последующий визит; с отсутствием установленной аллергии на мифепристон или мизопростол. Срок беременности определялся путем использования одного или более стандартных методов, включая физикальный осмотр, даты последней менструации, ультразвуковое обследование и бета-ХГЧ теста на определение беременности. Использование ультразвукового исследования не требовалось по протоколу, однако большинство медицинских работников выбрали этот метод по двум причинам. Во-первых, использование УЗИ было для них рутинной практикой в большинстве случаев при аборте, а во-вторых, поскольку медикаментозный аборт был для них новой процедурой, они проявляли осторожность «на всякий случай».

Женщины, выбравшие медикаментозный аборт, получали 200 мг мифепристона перорально в клинике. Далее им следовало принять 400 мкг мизопростола перорально спустя два дня, по желанию – в клинике или дома. Предполагалось, что первым 20 женщинам, зарегистрированным в каждом из центров, будет предложено принять мизопростол в клинике, чтобы медицинские работники имели возможность получить некоторое представление о процессе аборта при использовании данного метода. Однако эта инструкция не соблюдалась во всех центрах; большинство медицинских работников заявили, что они убеждены в безопасности применения мизо-

простола в домашних условиях после нескольких случаев.

Женщины, выбравшие прием мизопростола дома, получали две таблетки по 200 мкг мизопростола, а также обезболивающие препараты на случай возникновения болевых ощущений для приема их дома. Им были даны указания принять мизопростол перорально спустя два дня после мифепристона и при необходимости принимать обезболивающие препараты. Женщины, выбравшие прием мизопростола в клинике, также спустя двое суток сделали это в клинике. Всем пациенткам были выданы карты для ведения записей дома, в которые им следовало записывать свои ощущения и симптомы, такие как кровотечение, боль и необходимость приема обезболивающих препаратов. Всем участвующим в исследовании следовало явиться в клинику спустя две недели для оценки завершенности аборта и анализа карт для ведения домашних записей.

Женщинам, выбравшим хирургический аборт, была проведена мануальная вакуумная аспирация при местном обезболивании. Ведение случая и назначение последующих посещений было организовано, как и при медикаментозных абортах, с целью ведения записей и лечения осложнений и побочных эффектов.

Успешными случаями медикаментозного аборта считались случаи полного аборта, при которых не требовалось прибегать к хирургическому вмешательству ни на каком этапе. Неполный аборт клинически определялся как любой случай, требующий хирургического вмешательства для опорожнения матки. К случаям продолжающейся беременности были отнесены все случаи, при которых отмечался клинический рост плодного яйца в течение периода проведения исследования [22, 23]. Женщины после полного аборта исключались из исследования по результатам контрольного посещения спустя две недели. Пациенткам с неполным абортом предлагался выбор — подождать еще неделю, пока прекратится кровотечение, или, если они не желали ждать еще неделю, выполнялась МВА для завершения аборта. Хирургическое завершение аборта проводилось всем женщинам, у которых беременность сохранялась.

Был составлен подробный отчет [22], и часть данных по разделу исследования, касавшемуся медикаментозного аборта, была опубликована [23].

## Результаты исследования

В ходе исследования 1 533 женщины обратились за проведением искусственного прерывания беременности во все четыре центра, участвовавшие в исследовании; 470 женщин соответствовали критериям исследования, и все 470 согласились принять участие в исследовании. Возраст участниц исследования составил от 18 до 49 лет. При предложенном выборе между медикаментозным и хирургическим абортом 209 женщин выбрали медикаментозный аборт, а 149 — хирургический аборт. Таблеток для медикаментозного аборта, предоставленных для исследования, хватило на всех 209 женщин, как это и предполагалось. После этого единственным вариантом для женщин оставался аборт методом аспирации, однако также были собраны данные по дополнительным 112 женщинам, которым был проведен хирургический аборт, соответствовавший критериям исследования (табл. 1).

Возраст женщин, которым проводился медикаментозный или хирургический аборт, был аналогичным, поскольку это было одним из критериев подбора, однако образовательный уровень женщин в группе выбравших медикаментозный аборт был значительно выше по сравнению с группой, выбравшей хирургический аборт. Возможно, это свидетельствует о факте наличия предварительной информации о методе в группе женщин с более высоким уровнем образования [22]. Срок беременности у всех женщин составлял не более 56 дней задержки менструации.

В картах для ведения домашних записей, заполняемых женщинами после аборта, было предложено назвать основную причину, по которой они предпочли выбранный метод, а также основной ожидаемый недостаток этого метода (табл. 2). Среди приводимых чаще всего причин для выбора медикаментозного аборта указывалось: либо что эта процедура более проста, либо что она связана с меньшими болевыми ощущениями, либо что они боялись хирургической процедуры. Были названы такие ожидаемые недостатки, как необходимость ожидания завершенности аборта, а также то, что это был новый метод. Женщины, выбравшие хирургический аборт (табл. 3), сообщили, что они предпочли этот метод, поскольку он занимает короткое время и безопасен. Самым распространенным ожидаемым недостатком хирургического аборта был назван страх, на втором месте — беспокойство о возможной боли.

**Таблица 1. Число женщин, выбравших медикаментозный или хирургический аборт, по медицинским центрам**

	Медикаментозный аборт (n = 209)	Хирургический аборт (n = 149) <sup>a</sup>	Хирургический аборт (n = 112) <sup>b</sup>
Университет Хасеттепе, отделение акушерства-гинекологии, Клиника планирования семьи, Анкара	53	34	45
Центр охраны материнского и детского здоровья и планирования семьи Гюлверен, Анкара	51	35	7
Клиника планирования семьи при Университете Османгази, Родильный дом, Эскишехир	52	36	34
Родильный дом Конак, Измир	53	44	26

<sup>a</sup> Количество случаев во время запланированного числа медикаментозных аборт было достигнуто.

<sup>b</sup> Количество дополнительных хирургических случаев.

**Таблица 2. Наиболее важные причины в пользу медикаментозного аборта и его недостатки (n = 209)**

Наиболее важные причины в пользу медикаментозного аборта	% женщин	Наиболее важные недостатки	% женщин
Легко	31	Не хотят ждать	41
Безболезненный метод	22	Новый метод	39
Бояться хирургических процедур	21	Вероятно, метод будет неэффективным	6
Не хирургическая процедура	15	Не хотят принимать таблетки	4
Менее вредный	3	Вероятность сильного кровотечения	4
Рекомендовали	3	Другие	6
Хотят попробовать	2		
Другие	3		

**Таблица 3. Наиболее важные причины в пользу хирургического аборта и его недостатки (n = 149)**

Наиболее важные причины в пользу хирургического аборта	% женщин	Наиболее важные недостатки	% женщин
Занимает мало времени	48	Страх	47
Безопасный	39	Боль	23
Легко	3	Хирургическая процедура	8
Имели хирургический аборт ранее	3	Дискомфорт при обследовании на кресле	7
Другие	7	Трудно	7
		Риск инфицирования	3
		Не имела аборт ранее	3
		Другие	2

В четырех центрах было 69 женщин, которым предложили принять мизопростол в клинике. Из оставшихся 138 пациенток, выбравших медикаментозный аборт (не включая двоих, по которым записи не были завершены), 104 (75%) предпоч-

ли принимать мизопростол дома, а 34 (25%) – выбрали прием мизопростола в клинике. В таблице 4 подробно представлены причины, по которым они выбрали прием мизопростола в домашних условиях. Девять из десяти выбравших

**Таблица 4. Почему женщины предпочли прием мизопростала в домашних условиях, а не в клинике**

Прием в домашних условиях	(n = 104), %
Более комфортно	77,1
Хотят быть с детьми	14,3
Проблемы с транспортом	7,6
Ожидать в клинике трудно	5,7
Удобно	5,7
Нет проблем	1,9
Прием в клинике	(n = 34), %
Безопасно/более безопасно	91,4
Более комфортно	8,6

прием в клинике полагали, что так будет безопаснее, в то время как большинство оказавших предпочтение приему в домашних условиях считали, что так будет комфортнее.

В ходе последующего посещения через две недели после аборта женщинам было предложено назвать три наилучшие и три наихудшие характеристики медикаментозного аборта, которые они испытали на себе. Среди наиболее часто упомянутых лучших характеристик отмечались следующие: отсутствие необходимости хирургического

вмешательства, простота процедуры и тот факт, что они находились дома в момент аборта. Кровотечение, боль и ожидание, пока произойдет аборт – эти худшие характеристики медикаментозного аборта упоминались женщинами чаще всего (табл. 5).

Аналогично, среди лучших характеристик хирургического аборта были названы быстрота процедуры, уверенность в результате и незначительная боль. Среди худших характеристик чаще всего были упомянуты болевые ощущения, психологическое бремя тревоги и дискомфортные ощущения на кресле (табл. 6).

В соответствии с домашними картами болевые ощущения при медикаментозном аборте продолжались в среднем  $3,6 \pm 3,0$  дней, а при хирургическом аборте –  $3,7 \pm 2,9$  дней [22]. Некоторые другие симптомы, описанные в домашних картах 196 женщинами после медикаментозного аборта и 220 женщинами после хирургического аборта, приведены в таблице 7.

Ни в одной из групп не произошло ни одного осложнения, угрожающего жизни. Хотя симптомы, описанные в домашних картах, вероятно, оценивались субъективно, они все же дают представление о возможных побочных эффектах и осложнениях. Как видно из таблицы 7,

**Таблица 5. Положительные и отрицательные стороны медикаментозного аборта, определяемые пациентами, перенесшими медикаментозный аборт (n = 209)**

Положительные стороны	% женщин	Отрицательные стороны	% женщин
Не хирургический метод	62	Кровотечение	30
Легко	30	Боль	20
Выполняется дома	25	Ожидание, когда начнется аборт	10
Происходит натурально, как менструация	11	Тошнота	8
Нет ни стресса, ни страха	8	Не удача/не полный аборт	5
Нет отрицательных качеств	37		

**Таблица 6. Положительные и отрицательные стороны хирургического аборта, определяемые пациентами, перенесшими хирургический аборт (n = 261)**

Положительные стороны	% женщин	Отрицательные стороны	% женщин
Делается быстро	70	Боль	65
Известный результат	30	Физиологическое чувство беспокойства	22
Мало болезненный	20	Дискомфорт при обследовании на кресле	16
Легко	19	Хирургический метод	7
Безопасно	5	Кровотечение	7
Нет отрицательных качеств	8	Страх боли	3
		Нет положительных сторон	7

**Таблица 7. Симптомы, которые могут быть индикаторами инфекционных осложнений после медикаментозного и хирургического аборта через 2 недели к повторному визиту**

Симптомы, записанные в амбулаторных картах на дому	Медикаментозный аборт (n = 196), %	Хирургический аборт (n = 220), %
<i>Патологические влагалищные выделения</i>		
Нет	99,5	66,4
Слабо выраженное	0,5	31,4
Средней степени выраженности	–	2,3
<i>Патологические влагалищные выделения с запахом</i>		
Нет	100	82,3
Слабо выраженное	–	15,9
Средней степени выраженности	–	1,8
<i>Зуд в области промежности</i>		
Нет	100	75,9
Слабо выраженное	–	21,4
Средней степени выраженности	–	1,8
Тяжелой степени	–	0,9
<i>Чувство жжения при мочеиспускании</i>		
Нет	100	79,5
Слабо выраженное	–	18,2
Средней степени выраженности	–	2,3

все симптомы, указывающие на возможное наличие инфекции — аномальные влагалищные выделения со специфическим запахом, зуд в области наружных половых органов и жжение при мочеиспускании — отмечались исключительно женщинами, перенесшими хирургический аборт.

Хотя подавляющее большинство женщин отметили, что они либо «весьма удовлетворены», либо «удовлетворены» обоими методами, значительно большее число женщин отметили, что они «весьма удовлетворены» медикаментозным абортом, чем хирургическим, и значительно больше женщин ответили, что готовы выбрать этот метод снова и рекомендовать его другим (табл. 8).

7% женщин из общего числа не явились на последующий визит (5,2% в группе перенесших медикаментозный аборт и 11,4% в группе перенесших хирургический аборт). Большинство не явившихся женщин, тем не менее, были опрошены по телефону.

В группе перенесших медикаментозный аборт хирургические вмешательства были произведены при последующем посещении (через две недели после аборта) в связи с продолжающейся беременностью (1,4%) или неполным абортом (9,1%). Полученные данные демонстрируют, что показатели незавершенного аборта у женщин со сроком бере-

**Таблица 8. Уровень удовлетворенности методом аборта**

Удовлетворенность пациенток	Медикаментозный аборт (n = 198)*, %	Хирургический аборт (n = 231)*, %
Полностью удовлетворены	55,5	19
Удовлетворены	32	60,2
Не уверены	5,5	12,6
Не удовлетворены	5,5	6,9
Совсем не удовлетворены	1,5	1,3
Выбрали бы снова	92,2	70,8
Не выбрали бы снова	7,8	29,2
Рекомендовали бы другим	93,7	70,5
Не рекомендовали бы другим	6,3	29,5

\* Для этого вопроса ответы в 11 случаях медикаментозного и 30 случаях хирургического абортов не были записаны.

менности 50–56 дней не выше, чем среди женщин со сроком беременности до 49 дней (данные не приведены). В случаях обильного кровотечения, возникшего до последующего посещения, хирургическое вмешательство было выполнено по медицинским показаниям (1,9%). Однако было выявлено и несколько необоснованных хирургических вмешательств, чаще в случае кровотечений, при которых проводилась проверка полости матки хирургическими инструментами. Это привело к сни-

жению показателей успешных результатов. В отдельных случаях причиной хирургического вмешательства было нежелание женщины подождать еще несколько дней до остановки кровотечения, либо наличие других симптомов, таких как продолжающееся легкое кровотечение и/или боль в абдоминальной области, что могло быть в пределах ожидаемого в процессе аборта (табл. 9).

В группе перенесших хирургический аборт случаев продолжающейся беременности не наблюдалось. При последующем визите в случаях неполного аборта были проведены дополнительные хирургические вмешательства, а также несколько необоснованных хирургических вмешательств на основании решения медицинского работника или по просьбе женщины (табл. 9).

## Дискуссия

Данное исследование продемонстрировало, что упрощенный режим медикаментозного аборта может безопасно предлагаться в Турции в клиниках, занимающихся выполнением аборт, при больницах, а также в учреждениях первичной медико-санитарной помощи, в клиниках планирования семьи, что, в свою очередь, может способствовать снижению неудовлетворенной потребности в услугах по проведению искусственного аборта.

Результаты исследования указывают, что уровень побочных эффектов и осложнений при медикаментозном аборте сравним с отмечаемыми при МВА, а также что медикаментозный аборт имеет ряд дополнительных преимуществ перед МВА. Кроме того, большинство женщин, которым был выполнен медикаментозный аборт,

предпочли прием мизопростола дома, что не вызвало у них никаких проблем медицинского характера. Применение мизопростола в домашних условиях, таким образом, позволяет сэкономить как время медицинских работников, так и посещение клиник для других женщин.

Одно из ограничений исследования заключалось в том, что, когда было достигнуто запланированное число случаев медикаментозного аборта (209), число случаев хирургического аборта составило лишь 149. Это свидетельствует о значительном предпочтении, отдаваемом методу медикаментозного аборта при условии одновременного предложения обоих методов. Для того чтобы набрать равное число женщин в обеих группах, 112 женщинам не оказалось возможным предоставить право выбора метода.

Одним из наиболее важных уроков, полученных в ходе проведения данного исследования, явилось значение подготовки и ознакомления медицинских работников с методикой медикаментозного аборта. Наблюдения, проведенные во время исследования, указывают, что опытные и уверенные медицинские работники являются, по-видимому, важным фактором в реализации данного метода, в особенности с точки зрения снижения числа неоправданных хирургических вмешательств при незавершенном аборте. Вероятно, повышение уверенности медицинских работников и пациентов при использовании медикаментозного метода будет способствовать росту показателей успешности данного метода [16, 17].

Хирургический аборт предлагается в Турции в течение длительного времени, и медицинские работники обладают значительным опытом ведения

**Таблица 9. Причины повторного хирургического вмешательства в зависимости от вида аборта**

Хирургическое вмешательство и причина	Медикаментозный аборт (n = 198) <sup>a</sup> , %	Хирургический аборт (n = 213) <sup>a</sup> , %
<i>За две недели до повторного визита</i>		
Сильное кровотечение	1,9	–
<i>На повторном визите через две недели</i>		
Развивающаяся беременность	1,4	–
Неполный аборт	9,1	4,3
Неоправданное вмешательство (решение врача/просьба женщины)	3,4	1,3
<i>Всего</i>	15,8	5,6

<sup>a</sup> Количество женщин, пришедших на повторный визит через две недели.

подобных процедур. Несмотря на тот факт, что все медицинские работники прошли обучение по ведению медикаментозного аборта, они все же сохраняли осторожность, и был отмечен ряд необоснованных хирургических вмешательств. Авторы полагают, что в будущем этот показатель может быть снижен благодаря росту уровня подготовки и опыта, а также применению стандартного протокола с описанием ситуаций, при которых следует и не рекомендуется проводить дополнительно хирургические вмешательства.

Второй урок заключался в том, что высокий показатель неполных медикаментозных абортов требует дальнейшего внимания, а также следует пересмотреть режим приема препаратов в зависимости от срока беременности. На самом деле большинство руководств, основанных на доказательной медицине, поддерживают режим «200 мг мифепристона с последующим введением 400 мкг мизопростола перорально» при сроках до 49 дней задержки менструации. Несмотря на то, что в нашем исследовании показатель незавершенных абортов для женщин со сроком беременности 50–56 дней задержки менструации не превышал аналогичный показатель для женщин со сроком беременности 49 дней задержки менструации, подобное превышение отмечалось при таком режиме в других исследованиях. Число незавершенных абортов может быть значительно снижено путем применения дополнительной дозы мизопростола, либо использования режима «200 мг мифепристона с последующим введением 800 мкг мизопростола вагинально спустя 36–48 часов» [15, 18, 24]. Наши предложения по разработке дальнейшей политики в данной области строятся на основе вышеуказанной информации.

Внедрение медикаментозного аборта в стране связано с рядом проблем, касающихся как клинических аспектов и отношения заинтересованных лиц, так и стратегических по своему характеру. Стратегии должны быть четкими и соответствовать политике страны в области здравоохранения и существующей системе здравоохранения; они должны быть направлены на повышение доступности услуг по выполнению абортов в тех областях, где неудовлетворенная потребность в них наиболее высока. В ходе ознакомительной фазы внедрения метода задача заключается в предоставлении информации лицам, ответственным за принятие решений, и медицинским работникам, мало знакомым с медикаментозным абортом, которые могут даже противостоять

внедрению метода. Женщины репродуктивного возраста должны также стать приоритетными реципиентами данной информации. Соответствующее обучение медицинских работников, включая составленные для конкретной страны стандартные протоколы по проведению медикаментозного аборта, также чрезвычайно важны для успешной реализации программы медикаментозного аборта. Осуществление всех этих мер планируется в ближайшее время в Турции.

Результаты исследования были представлены для рассмотрения в Министерство здравоохранения, и в 2002 г. в Анкаре было проведено крупное совещание с целью распространения информации. Аудитория состояла из международных участников и представителей Турции, включая лиц, занимающихся разработкой политики, и представителей Министерства здравоохранения, гинекологов, врачей из клиник планирования семьи и специалистов по общественному здравоохранению, работающих в университетах. Состоялись обширные дискуссии. На основании обнадеживающих результатов представленного исследования, а также полученной информации о возможности совершенствования как дозировки и режима приема препаратов, так и обучения медицинских работников, авторы полагают, что в Турции целесообразно немедленно начать осуществление действий по широкому внедрению медикаментозного аборта на ранних сроках.

В качестве продолжения авторами в 2004 г. было начато исследование с целью сравнения применения мизопростола в домашних и клинических условиях, а также эффективности перорального и сублингвального приема. На момент написания данной статьи (август 2005 г.) исследование продолжается. Авторы выражают надежду, что после завершения этого исследования будут разработаны руководства по государственному внедрению медикаментозного аборта в Турции. Мы также надеемся, что прочие страны также смогут извлечь пользу из нашего опыта.

### **Выражения благодарности**

*Авторы выражают благодарность женщинам, принявшим участие в исследовании, всем исследователям четырех центров, где проводилось исследование, и Совету по проблемам народонаселения за их поддержку. Также, что не менее важно, авторы хотели бы поблагодарить *Türküler Erdost*, магистра социально-психологических наук, за ее ценный вклад в проделанную работу.*

## Литература

1. Population Planning Law, No.2827, published in the official gazette of 27 May 1983 No.18059. Ankara, Turkey. (Nüfus Planlaması Yasası # 2827, Resmi Gazete, 27 Mayıs 1983, sayı:18059, Ankara, Türkiye).
2. Koseli A. Women's health and reproductive health care within the framework of the 2003 Demographic and Health Survey of Turkey. In: Population Challenges, International Migration and Reproductive Health in Turkey and the European Union: Issues and Policy Implications. Istanbul: Turkish Family Health and Planning Foundation, 2004.
3. Akin A., Enunlu T. Induced abortion in Turkey. In: Akin A, editor. Contraception and Maternal Health Services in Turkey: Results of Further Analysis of 1998 Turkish DHS. Ankara: Hacettepe University, TFHP Foundation and UNFPA, 2002; 147–75.
4. Hacettepe University, Institute of Population Studies, Ministry of Health, Mother and Child Health and Family Planning General Directorate, State Planning Organisation and European Union. Turkish Demographic and Health Survey 2003. Ankara, 2004.
5. Ergör G., Akin A. Abortion in Turkey. In: Akin A., Bertan M., editors. Contraception, Abortion and Maternal Health Services in Turkey. Calverton MD: Ministry of Health (Turkey) and Macro International, 1996; 91–113.
6. Ozvaris B.S., Akin L., Akin A. The role and influence of stakeholders and donors on reproductive health services in Turkey: a critical review. *Reproductive Health Matters* 2004; 12(24): 116–27.
7. Huntington D., Dervisoglu A.A., Pile J.M., et al. The quality of abortion services in Turkey. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 1996; 53: 41–4.
8. WHO/HRP collaborative project to develop training methods for physicians to provide family planning and pregnancy terminations. Ankara: Hacettepe University Medical Faculty, Department of Public Health, 1982. (Unpublished report)
9. Planning for the future of family planning in Turkey. Ankara: Republic of Turkey Ministry of Health General Directorate, Mother and Child Health and Family Planning, 1992.
10. Bulut A. Abortion services in two public sector hospitals in Istanbul, Turkey: how well do they meet women's needs? In: Mundigo A.I., Indriso C., editors. *Abortion in the Developing World*. London: Zed Books for WHO, 1999; 259–78.
11. Republic of Turkey Ministry of Health General Directorate, MCH/FP. National Family Planning Service Guidebook (1): Family Planning and Reproductive Health. Ankara, 1996 (Updated 2002).
12. Akin A., Doğan G.B., Mihçioğur S. Survey of the causes of maternal mortality from the hospital records in Turkey. Ankara: Ministry of Health (Turkey), Hacettepe University Medical School Public Health Department, WHO and UNFPA, 2000. (Unpublished report)
13. Medical abortion: meeting women's needs. In: Hebden J., editor. *An FPA Report in Conjunction with the Population Council*. London: Newnorth Print, 1999.
14. Ellerston C., Elul B., Winikoff B. Can women use medical abortion without medical supervision? *Reproductive Health Matters* 1997; 5(9): 149–61.
15. World Health Organization. *Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems*. Geneva: WHO, 2003.
16. Elul B., Hajri S., Ngoc N.N., et al. Can women in less-developed countries use a simplified medical abortion regimen? *Lancet* 2001; 357: 1402–5.
17. Ngoc N.T., Nhan V.Q., Blum J., et al. Is home-based administration of prostaglandin safe and feasible for medical abortion? Results from a multi-site study in Vietnam. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2004; 111(8): 814–9.
18. World Health Organization. Comparison of two doses of mifepristone in combination with misoprostol for early medical abortion: a randomized trial. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2000; 107: 524–30.
19. Hajri S., Blum J., Gueddana N., et al. Expanding medical abortion in Tunisia: women's experiences from a multi-site expansion study. *Contraception* 2004; 70: 487–91.
20. Abuabara K., Blum S., editors. *Providing Medical Abortion in Developing Countries – An Introductory Guidebook*. New York: Gynuity Health Projects, 2004.
21. Shannon C.S., Winikoff B., editors. *Misoprostol, An Emerging Technology for Women's Health*. Report of a Seminar. New York: Population Council, 2004.
22. Kocoglu O.G. Comparison of medical abortion by using mifepristone and misoprostol with surgical methods in terms of outcomes and side effects. Ankara: Hacettepe University Medical School Public Health Department, 2002. (Unpublished report) (Mifepriston ve Misoprostol ile yapılan Tıbbi Düşük yönteminin yan etki ve sonuçları yönünden Cerrahi Düşük yöntemi ile karşılaştırılması. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, 2002)
23. Akin A., Blum J., Ozalp S., et al. Results and lessons learned from a small medical abortion clinical study in Turkey. *Contraception* 2004; 70: 401–06.
24. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. *The Care of Women Requesting Induced Abortion*. National Evidence-Based Clinical Guidelines. London: RCOG, September 2004.

*Study Supports the Introduction of Early Medical Abortion in Turkey*  
*Ayşe Akin, Gonca Oktay Kocoglu, Levent Akin*  
*Reproductive Health Matters* 2005;13(26):101–9



www.gzrf.ru

©2005 Мари Стоупс Интернешнл  
Авторские права защищены.  
Проблемы репродуктивного здоровья 2005;13(26): 163–4  
0968-8080/05 \$ – см. титульную страницу  
PII: S0968-8080(05) 26193-1



www.rhjournal.org.uk

## Аборт на поздних сроках: изучение женщин, перенесших аборт в 19–24 недели беременности

Сара Роботам, Луиз Ли-Джонс, Тони Керридж

Мари Стоупс Интернешнл, Лондон, 2005

**П**оздние аборт, т.е. аборт, выполненные при сроке беременности свыше 20 недель, происходят редко, составляя лишь 1,6% (2 927 из 181 582) всех аборт, выполненных жителями Англии и Уэльса в 2003 г. Почти 90% всех аборт были выполнены на сроках беременности до 12 недель.<sup>1</sup> Аборт на поздних сроках всегда вызывали множество дискуссий, однако было проведено немного исследований, направленных на изучение важного вопроса:

### Почему женщины делают аборт на поздних сроках?

В последнее время вопросы аборт на поздних сроках послужили темой острых дискуссий в Великобритании как в средствах массовой информации, так и на политической арене. Удивительно, что в этих дискуссиях не были учтены эмоции, объяснения и опыт женщин, переживающих прерывание беременности на поздних сроках. Вместо этого акцент был сделан на жизнеспособности плода, научных достижениях в неонатальной медицине и сомнительном характере методов поздних аборт.

В данной публикации представлены результаты изучения обстоятельств, связанных с решением сделать аборт на поздних сроках у женщин, обратившихся в два центра Мари Стоупс Интернешнл (Marie Stopes International – MSI) в Великобритании при сроке беременности 19 и более недель. В MSI женщины, делающие аборт при сроке беременности от 19 до 24 не-

дель, подвергаются той же самой хирургической процедуре, состоящей из двух этапов, и могут вернуться домой в тот же день.

Исследование иллюстрирует ситуации, приводящие к поздним аборт, и рассматривает процессы, через которые проходят женщины, от выявления нежеланной беременности до обращения за аборт и его совершения. Участницам также было предложено объяснить, что именно означало бы для них, если бы они не могли обратиться за аборт на позднем сроке; как это повлияло бы на их жизнь; а также выразить свое мнение относительно движения за снижение верхней границы допустимого для аборт срока беременности в Великобритании, на данный момент установленного как 24 недели.

### Методика

Принять участие в исследовании было предложено женщинам со сроком беременности 19–24 недели, обратившимся в любой из двух центров MSI в Лондоне, выполняющих аборт до 24 недель беременности. Все исследования состоялись в тот же день, когда была выполнена процедура. В одном центре (в западной части Лондона) проводились личные опросы с использованием открытых вопросов, позволяющих получить больше информации об опыте женщин, переживших аборт на поздних сроках. В другом центре (в южной части Лондона) женщинам было предложено заполнить анкету, состоящую из 13 вопросов, в которых следовало отметить причины прерывания беременности на позднем сроке, и четырех открытых вопросов. Исследование проводилось в период с января по апрель 2005 г.

<sup>1</sup> Министерство здравоохранения. Сводная статистика по аборт за 2003–2004 гг.

## Ключевые результаты

- Для преобладающего большинства женщин, принявших участие в данном исследовании, признаки и симптомы беременности не были распознаны до позднего срока, поэтому поздний аборт был, с их стороны, скорее, неизбежностью, чем сознательным выбором.
- Часть других женщин относили узнаваемые признаки беременности за счет прочих физиологических факторов, типичных для них, таких как нерегулярный менструальный цикл, беременность в недавнем прошлом или последствия применения определенных методов контрацепции.
- Некоторые женщины (небольшая часть участвовавших в исследовании) знали о беременности на ранней стадии, но либо не могли принять факт беременности и отрицали его, либо впоследствии столкнулись с существенными изменениями обстоятельств, вследствие чего были вынуждены переоценить свои желания на сохранение данной беременности.
- Отдельные женщины сообщали о значительных задержках при обращении за получением соответствующих услуг после того, как беременность была установлена и решение о ее прерывании принято. К ним относятся встречи с медработниками, пытающимися воспрепятствовать прерыванию беременности, длительное время ожидания перед консультированием и т.д. Это вызывало значительные душевные страдания и тревожность у женщин, имевших дело с подобными задержками.
- Для многих женщин, принимавших участие в исследовании, было особенно трудно принять решение о прерывании беременности, и они говорили, что им потребовалось много времени, чтобы тщательно продумать имеющиеся варианты, прежде чем решиться на аборт.
- Большинство женщин действовали не в одиночку, а советовались со своими партнерами, родственниками и подругами.
- Большинство женщин сообщали, что их решение о прерывании беременности было принято под воздействием совокупности факторов – у каждой женщины ситуация была уникальна, и большинство считали, что только они способны самостоятельно принять правильное решение.
- Оценка влияния сохранения беременности на партнеров и уже имеющихся детей оказало

значительное влияние на решение большинства женщин сделать аборт.

- Подавляющее большинство женщин считали, что законодательно утвержденный на данный момент крайний срок беременности – 24 недели – должен быть сохранен, и что невозможность обратиться за соответствующими услугами вследствие изменения законодательства причинило бы им эмоциональную травму – двое респонденток даже заявили, что они, возможно, покончили бы с собой.
- Многие женщины полагают, что в средствах массовой информации тема абортос освещается необъективно и несправедливо, и призывают к более сбалансированному и тактичному отношению к женщинам, оказывающимся в подобной ситуации.

После того, как женщины принимали решение о прерывании беременности, они получали поддержку от врачей и других медицинских работников, выразивших понимание и достаточно быстро направлявших их на соответствующую процедуру. Тем не менее было множество примеров того, как женщины сталкивались с задержками на всех этапах процесса направления от одного специалиста к другому, начиная с проблем первичного визита в медицинское учреждение для подтверждения беременности и организации направления и до получения результатов анализов о патологии плода. Небольшая группа женщин отметила стоимость процедуры как проблему, поскольку им было сложно набрать необходимую сумму для оплаты аборта, если они не организовали направление через своего врача общей практики. Женщинам, прибывающим из-за рубежа, приходится также оплачивать дополнительно стоимость проезда до Великобритании. Получение собственно направления на прерывание беременности также может занимать некоторое время – то, чего у женщин нет, когда беременность диагностируется на поздних сроках.

Женщины чувствовали высокую степень ответственности за свое решение сделать аборт и выражали высокую степень озабоченности в связи с рождением нежеланного ребенка. Хотя были упомянуты и личные факторы, влияние доношивания беременности на партнеров, на уже имеющихся детей и на потенциального ребенка, который мог бы родиться от нежеланной беременности, часто обдумывались, что отражалось

во многих ответах. Женщины четко осознавали свои личные ситуации и то, насколько они считали себя в состоянии либо не в состоянии воспитать (еще одного) ребенка. Эмоционально и физически женщины осознавали, насколько это повлияло бы на их жизнь, и говорили о неспособности справиться.

## Выводы

Женщинам, как правило, бывает трудно принять решение об аборте на поздних сроках. Женщины, делающие аборт на поздних сроках беременности, действуют ответственно и испытывают сильное чувство долга по отношению к своим существующим детям, своим партнерам и возможным будущим детям. Важно, что женщины получают поддержку в принятии решений и

имеют время, чтобы сделать выбор. У каждой женщины, обращающейся за выполнением аборта на поздних сроках, есть свой набор индивидуальных обстоятельств, вследствие которых они оказались в подобной ситуации. Обстоятельства каждой женщины и каждая беременность очень сильно различаются между собой.

## Примечание

Данный текст представляет собой выдержки из введения и результатов исследования, опубликованного с разрешения «Мари Стоупс Интернешнл».

**Дополнительную информацию можно получить по электронному адресу: Мари Стоупс Интернешнл — <[tony.kerriidge@mariestopes.org.uk](mailto:tony.kerriidge@mariestopes.org.uk)>**

*Late Abortion: A Research Study of Women Undergoing Abortion Between 19 and 24 Weeks Gestation  
Sarah Robotham, Louise Lee-Jones, Tony Kerridge  
Reproductive Health Matters 2005;13(26):163–4.*



www.gzrf.ru

©2008 Проблемы репродуктивного здоровья.  
Авторские права защищены.  
Проблемы репродуктивного здоровья 2008;16(31)  
Приложение): 151–161  
0968-8080/08\$ — см. титульную страницу  
PII: S0968-8080(08)31388-3



www.rhmjournal.org.uk

## Хирургический аборт во втором триместре беременности

Патрисия А. Лор

Медицинский директор, Британская консультативная служба для беременных, Стратфорд-апон-Эйвн, Великобритания. Электронный адрес: patricia.lohr@bpas.org

**Краткое содержание.** Развитие метода «дилатации и эвакуации» и его применения при хирургических абортах во II триместре беременности произошло вскоре после реформирования законодательства в отношении аборт в 1960-х и 1970-х гг. в Европе и США. В настоящее время «дилатация и эвакуация» является основным методом проведения абортов во II триместре беременности во многих частях света. До сих пор продолжают дебаты относительно того, является ли хирургический или медикаментозный метод оптимальным для прерывания беременности во II триместре. Постоянной проблемой с точки зрения проведения «дилатации и эвакуации» является наличие достаточного числа квалифицированных медицинских работников. В данной статье рассматриваются современные хирургические методы, используемые для проведения аборта во II триместре, а также их безопасность, преимущества и недостатки, приемлемость и связанные с ними осложнения. Также приведен анализ методов, используемых для обеспечения безопасного и эффективного прерывания беременности во втором триместре, таких как подготовка шейки матки и контрольное наблюдение при помощи ультразвука. © 2008 г. «Проблемы репродуктивного здоровья». Авторские права защищены.

**Ключевые слова:** методы проведения аборта во II триместре беременности, расширение и выскабливание, гибель плода

Первый аппарат для вакуумной аспирации содержимого матки появился в США в 1966 г. и был очень быстро принят для проведения хирургического аборта. По данным проведенного раннего когортного исследования, 93% процедур, выполненных при сроке беременности до 12 недель, были осуществлены с использованием этого метода [1]. Хирургический аборт во II триместре, однако, применялся относительно редко. По мере увеличения срока беременности свыше 13 недель 77% абортов выполнялись методом медикаментозной стимуляции. При сроке беременности 17 недель и более единственными вариантами хирургического прерывания были гистерэктомия и гистеротомия, применявшиеся достаточно редко. Инструментальное вмешательство в матку через шейку во II триместре в те годы считалось спорным методом [2, 3]. Однако в том же году, когда эта статистика была опубликована в США, в британской медицинской литературе появилась публикация Bieger и Steiner, описавших успеш-

ное применение во II триместре метода интрацервикального введения тампонов из морских водорослей (ламинарии) с последующим ручным расширением и эвакуацией плодных тканей при помощи щипцов [4]. Благодаря данному отчету наряду с другими публикациями хирургов-новаторов в Европе и США в последующие годы произошло развитие метода, известного в настоящее время под названием «дилатация и эвакуация» [5].

### Безопасность метода «расширения и эвакуации»

Безопасность метода «дилатации и эвакуации» в сравнении с имевшимися на тот момент методами медикаментозной стимуляции была продемонстрирована на примере данных, полученных при проведении когортных исследований в рамках Совместной программы изучения абортов при Совете по народонаселению и Центру контроля и профилактики заболевае-

мости (JPSA/CDC) в период 1970–1978 гг. [6–7]. Стимуляция родовой деятельности путем интраамниотического введения физиологического раствора или простагландина F2-альфа, как показали результаты, была связана с более высоким относительным риском серьезных осложнений, чем «дилатация и эвакуация» (соответственно относительный риск 2,6; 95% ДИ 1,9–3,6 и относительный риск 1,9; 95% ДИ 1,2–3,1). Данные, полученные в ходе другого рандомизированного исследования, посвященного сравнению этих методов, подтвердили эти результаты [8]. Важно, что данные исследования продемонстрировали, что «дилатация и эвакуация» является методом, которым легко могут овладеть хирурги, знакомые с хирургией тазовой области, в ходе направленного обучения и постепенного увеличения сроков беременности [2]. Исследователи также показали, что «дилатацию и эвакуацию» безопасно выполнять в амбулаторных условиях вне стационаров [9–11]. При условии подготовки шейки матки, проводимой в течение периода от нескольких часов до суток перед хирургическим вмешательством, появление этого метода позволило сделать хирургические аборт в II триместре безопаснее, быстрее и экономически эффективнее, чем существующая медикаментозная альтернатива [12].

Аборт с применением метода капельного внутривенного введения препарата не распространен в современной практике оказания помощи при абортах. Было обнаружено, что аналоги простагландина, например мизопропрост, способствуют повышению эффективности и скорости стимуляции аборта с одновременным уменьшением побочных эффектов [13]. Введение антипрогестерона мифепристона в режимы медикаментозного аборта привело к дальнейшему снижению времени стимуляции и уменьшению как необходимой дозы простагландина, так и потребности в обезболивании [14–16]. Применение этих лекарственных препаратов способствовало в значительной степени замене применявшихся прежде методов инстилляций.

Было проведено немного исследований, направленных на сравнение метода «дилатации и эвакуации» с современными методами медикаментозного аборта во II триместре. Autry и соавторы [17] провели ретроспективный анализ осложнений после «дилатации и эвакуации» и различных режимов стимуляции среди 297 женщин. Наиболее распространенным препаратом, ис-

пользуемым для стимуляции аборт, был мизопропрост. Женщины, получавшие мизопропрост, испытывали меньше осложнений, чем получившие стимуляцию с применением иных препаратов, однако больше, чем женщины, которым была выполнена «дилатация и эвакуация» (22% в сравнении с 4%,  $p < 0,001$ ). Однако у пациенток, которым был проведен медикаментозный аборт, средний срок беременности был выше, чем у подвергшихся «дилатации и эвакуации» ( $20,3 \pm 2$  недели в сравнении с  $18,4 \pm 2,2$  неделями,  $p < 0,001$ ), что могло повлиять на результаты. Кроме того, большинство осложнений, отмеченных в группе перенесших медикаментозный аборт, представляли собой сохранение плаценты, повлекшее за собой необходимость хирургического удаления. Подобные осложнения реже встречаются при применении протокола, основанного на сочетанном применении мифепристона и мизопростола.

Проведение рандомизированных исследований с целью сравнения «дилатации и эвакуации» и современных режимов медикаментозного аборта оказалось достаточно сложным. В тех случаях, когда предлагается хирургическое прерывание беременности, женщины, по-видимому, менее готовы к принятию возможности рандомизации с последующей стимуляцией родовой деятельности. Grimes и соавторы [18] изучили возможность проведения подобного исследования – сравнения «дилатации и эвакуации» и совместного применения мифепристона и мизопростола – в США. В течение 24 месяцев в исследование было успешно набрано 18 женщин; 62% женщин, соответствующих критериям отбора для участия в исследовании, отказались участвовать. Вследствие небольшого размера выборки результаты исследования были неточными. Тем не менее исследование позволило продемонстрировать, что женщины, распределенные по методу случайной выборки в группу медикаментозного прерывания беременности, чаще испытывали один или более побочных эффектов в сравнении с подвергшимися процедуре «дилатации и эвакуации» (относительный риск 6,0; 95% ДИ 0,9–40,3;  $p = 0,05$ ). В группе получивших мифепристон-мизопропрост уровень боли был отмечен как значительно более высокий ( $p = 0,03$ ); однако ни по показателям приемлемости, ни по уровню удовлетворенности не было отмечено статистически значимых различий между группами.

## **Относительная распространенность «дилатации и эвакуации» и медикаментозного аборта**

Относительная распространенность «дилатации и эвакуации» и медикаментозного аборта во II триместре различается. В США, например, преобладает метод «дилатации и эвакуации», применяемый в 99% аборт при сроке беременности 13–15 недель, 95% – при сроке 16–20 недель и 85% при сроке 21 неделя или более [19]. Аналогично этот метод является предпочтительным при прерывании 75% аборт при сроке беременности более 13 недель в Англии и Уэльсе [20]; и также широко распространен в Нидерландах, Франции и отдельных частях Австралии [21]. Напротив, в странах Скандинавии, Шотландии и Вьетнаме большинство аборт во II триместре выполняется медикаментозно [22, 23].

Причины подобных вариаций, по-видимому, зависят от ряда факторов. Для безопасного проведения «дилатации и эвакуации» необходимо специализированное обучение и поддержание соответствующего объема обслуживаемых пациентов [24]. Приобретение подобных навыков может представлять проблему, поскольку многие программы обучения не предоставляют возможности овладеть методами хирургического аборт должным образом [25, 26]. В США Советом аккредитации медицинского образования было установлено, что учебные планы подготовки на уровне ординатуры (интернатуры) должны включать изучение аборт. Это обусловило развитие по всей территории страны обучения, направленного на овладение техникой выполнения аборт. Тем не менее обучение методу «дилатация и эвакуации» проводится реже, чем обучение методу «вакуумной аспирации» в I триместре [25]. Учебные заведения также могут решать, включать ли обучение техникам аборт в обязательную программу (за исключением тех случаев, когда ординатор отказывается по морально-этическим причинам) или преподавать их в качестве факультатива (по выбору обучающихся). В программах с обязательным обучением большому числу студентов предлагается метод «дилатации и эвакуации», и, что особенно важно, они приобретают практический опыт, выполняя больше процедур. Приобретение компетентности в области выполнения собственно аборт в процессе обучения связано с проведением аборт

тов в будущем, что подчеркивает важность интегрированного обучения [27, 28].

## **Преимущества и недостатки**

На выбор процедуры также могут повлиять наличие необходимого оборудования, возможность зарезервировать время в операционной, правила, принятые в учреждении, приемлемость для сотрудников и предпочтения пациентов [29]. Некоторым медицинским работникам может быть сложно выполнять «дилатацию и эвакуацию» на поздних сроках беременности с морально-этической стороны [30]. В сравнении с медикаментозным аборт, когда врач может не участвовать в значительной степени в процессе родовой деятельности и может как присутствовать, так и не присутствовать при рождении плода, хирургу, проводящему «дилатацию и эвакуацию», приходится «контактировать с плодом, находящимся на стадии развития II триместра, самым интимным, физическим образом» [31].

Хотя на медицинских сестер и других сотрудников проведение процедуры «дилатации и эвакуации» также может оказывать влияние, для них это может нести меньшую нагрузку, поскольку их участие является менее непосредственным. Относительно предпочтений женщин в отношении поздних аборт известно немного. Исследования, направленные на сравнение медикаментозного аборт и метода вакуумной аспирации в I триместре, продемонстрировали, что многие женщины отдают предпочтение тому или иному методу, и получение желаемого метода со значительной вероятностью позволяет прогнозировать степень удовлетворенности [32]. Однако при распределении по методу случайной выборки женщины, у которых нет особых предпочтений, сообщают, что вакуумная аспирация является значительно более приемлемым методом, и этот результат был отмечен вплоть до двух лет после проведения процедуры [33].

Преимущества «дилатации и эвакуации» как для медицинского работника, так и для пациентки заключаются в том, что процедура может быть проведена амбулаторно и занять непродолжительное время в отличие от непредсказуемой продолжительности медикаментозного аборт. Для некоторых женщин возможность избежать хирургическое вмешательство или анестезию путем проведения медикаментозного аборт может перевешивать эти преимущества. Для женщин, пре-

рывающих беременность из-за хромосомных нарушений или пороков развития плода, рекомендован медикаментозный аборт, поскольку он позволяет сформировать чувство привязанности к плоду, что может помочь в процессе переживания горя. Однако в одном исследовании, сравнивавшем женщин, самостоятельно выбравших медикаментозное или хирургическое прерывание беременности по этим показаниям, не было отмечено никаких различий по степени примирения с пережитым горем [34]. Кроме того, образцы тканей, полученные в ходе аборт с применением метода «дилатации и эвакуации», достаточны для подтверждения при необходимости патологических и цитологических диагнозов [35, 36].

### Развитие технологий

Технологии хирургического аборта во II триместре беременности продолжают развиваться. Различия в методах подготовки шейки матки, инструментальной и вспомогательной терапии, таких как умерщвление плода, практикуются для обеспечения безопасного и эффективного опорожнения матки. В Рамке 1 показаны основные этапы «дилатации и эвакуации». В настоящее время определение хирургического аборта во II триместре зависит от срока беременности. Понятие «дилатации и эвакуации» относится к любому инструментальному методу эвакуации плодных тканей из полости матки при сроке беременности более 13 недель [7]. Это рабочее определение было предложено Центром по контролю и профилактике заболеваемости с целью сравнения хирургического аборта во II триместре и процедурами, проводимыми в I триместре (вакуумная аспирация или выскабливание). Хотя вакуумная аспирация может выполняться при сроке беременности до 16 недель с применением крупных канюль (14–16 мм в диаметре) [37], традиционно этот метод принято называть «дилатацией и эвакуацией».

### Подготовка шейки матки

Руководящим принципом в проведении хирургического аборта во II триместре является достижение достаточного расширения шейки матки, которое бы позволило удалить относительно более крупные и окостеневшие части плода и минимизировать риск травмы. Этого возможно достичь методом механического рас-

#### Рамка 1. Пример клинической подготовки и проведения дилатации и эвакуации

##### Дооперационная подготовка

- История болезни.
- Ультразвуковое исследование для определения срока гестации.
- Установка влагалищных зеркал.
- Обработка влагалища и шейки матки марлевым тампоном, смоченным в мыльном растворе.
- Обработка шейки матки анестетиками.
- Введение осмотического дилатора в цервикальный канал с последующей установкой марлевого тампона, чтобы удержать на месте дилатор. (Эти дилаторы будут разбухать в цервикальном канале в течение ночи, заставляя его раскрываться всю ночь, размер достигаемой дилатации зависит от количества введенных дилаторов.)
- Если ночью возникают схваткообразные боли, могут быть назначены ибупрофен, парацетамол или аспирин. На случай кровотечения или мажущих выделений ночью необходимо использовать прокладки. Не рекомендуется принимать душ или ванну.

##### Дилатация и эвакуация

- Внутривенно будет вводиться анестезия.
- Дилаторы и марлевый тампон удаляются.
- Для эвакуации содержимого матки будут использоваться инструменты и аспирация.
- После процедуры медсестра будет наблюдать за пациенткой до тех пор, пока она не проснется.
- Могут быть схваткообразные боли и мажущие кровянистые выделения. Необходимо предоставить горячую грелку, обезболивающие средства и гигиенические прокладки.

##### После операции

- Для профилактики инфекции назначаются антибиотики.
- Предлагаются методы контрацепции. Препараты длительного действия, с обратимым эффектом, можно начинать использовать сразу после аборта.
- Кто-то должен сопроводить женщину домой, где она должна отдохнуть и где закончится действие медикаментов. Она должна быть способна вернуться к нормальной активной жизни, работе или учебе на следующий день.

##### Повторный визит

Повторный визит не требуется, если нет осложнений.

##### Примечание

Протоколы по подготовке шейки матки, адьювантной терапии и выбору анестезии отличаются у разных врачей.

ширения при помощи калиброванных жестких расширителей, постепенно раскрывающихся цервикальных тампонов, или при помощи лекарственных препаратов, например, мизопростола или мифепристона.

Существуют три типа абсорбирующих цервикальных тампонов из натуральных или синтетических материалов (осмотических расширителей), которые в течение нескольких часов после введения либо значительно размягчают шейку матки, что облегчает механическое расширение, либо производят внешнее давление на цервикальный канал изнутри, растягивая его в достаточной степени для введения инструментов. Наиболее часто применяемым осмотическим расширителем являются ламинарии. Они изготавливаются из сжатых стеблей морских водорослей (*Laminaria japonica* или *Laminaria digitata*), их диаметр может составлять от 2 до 10 мм, длина от 60 до 85 мм. После введения ламинарии расширяются до трех-, четырехкратного исходного диаметра (относительно сухого состояния) и могут также подготовить шейку матки путем стимуляции выделения простагландинов [38]. Хотя некоторое расширение отмечается спустя три часа после введения, необходимо 12–24 часа для максимального расширения тампонов. Дилапан-С (Dilapan-S) – синтетический стержень, изготовленный из гидрогеля на полиакриловой основе, предлагается в трех размерах (3×55 мм, 4×55 мм и 4×65 мм). Как и ламинария, Дилапан расширяется в радиальном направлении, однако это происходит быстрее, последовательнее и в большей степени, что означает возможность введения меньшего числа единиц Дилапана на менее продолжительный период времени. Ламицель (Lamicel) – жесткая губка из поливинилового спиртового полимера, смоченная сульфатом магния. Губка из Ламицеля быстро поглощает влагу из тканей шейки матки и стимулирует расщепление коллагена, что позволяет размягчить шейку матки [39].

Перед проведением «дилатации и эвакуации» при сроке 14–16 недель беременности однократное введение Ламицеля обеспечивает тот же уровень сложности при последующем расширении и степень адекватного расширения, что и многократное введение ламинарии [40]. Небольшое рандомизированное исследование, направленное на сравнение введения Дилапана или Ламицеля перед абортom при сроке 13–16 недель показало, что Дилапан обеспечивает большее расширение, что обусловлено различиями в механизмах

действия [41]. Ламицель был одобрен для применения при сроке беременности до 16 недель. Он реже применяется после этого срока ввиду сомнений в недостаточности радиальной силы расширения при его воздействии в случаях, требующих большего расширения шейки матки [21].

Ламинария или Дилапан чаще используются перед «дилатацией и эвакуацией» на более поздних сроках беременности. Они связаны с меньшим риском травматизации шейки матки и перфорации матки, чем механическое расширение [42, 43]. Было проведено немного исследований, направленных на сравнение ламинарии и Дилапана. В одном из таких исследований были проанализированы результаты у 1 001 женщины, которым было проведено «дилатация и эвакуация» при сроке беременности 13–25 недель. За 18–24 часа перед хирургическим вмешательством им были введены либо ламинарии, либо Дилапан [44]. Не было отмечено различий по времени процедуры, кровопотере или необходимости дополнительного расширения. Однако потребовалось больше ламинарий, чтобы достичь того же диаметра расширения, как при использовании Дилапана. Более ранняя форма Дилапана, использованная в данном исследовании, характеризовалась предрасположенностью к затруднениям при удалении и фрагментации, происходившим в 6% случаев. Современный имеющийся в продаже продукт (Дилапан-С) удлиняется при вытяжении, что позволяет избежать надломов и застревания.

Предпочтение, отдаваемое Дилапану или ламинарии, зависит в значительной степени от медицинского работника. Не существует стандартного протокола по применению осмотических расширителей. В целом число используемых расширителей и продолжительность их пребывания *in situ* увеличивается с увеличением срока беременности. Некоторые медицинские работники используют сочетания Дилапана и ламинарии, либо выполняют последовательные введения в течение двух или более дней, в зависимости от желаемого объема расширения\*.

\* Существует несколько протоколов для введения Дилапана и ламинарии в зависимости от срока беременности. Они подробно описаны в следующей публикации: Paul M., Lichtenberg E.S., Borgatta L., et al., editors. Руководство по проведению медикаментозного и хирургического аборта для клиницистов (A Clinician's Guide to Medical and Surgical Abortion). New York: Churchill Livingstone, 1999.

Для введения осмотических расширителей необходимо ввести влагалищное зеркало, затем обработать шейку матки и назначить местное обезболивающее средство. После этого расширители аккуратным надавливанием вводятся в канал шейки матки. Во время введения может возникнуть дискомфорт, и многие женщины испытывают спастические боли по мере увеличения размера расширителей. Этот процесс некоторые женщины и клиницисты рассматривают как неудовлетворительный. Кроме того, осмотические расширители не всегда и не везде имеются в наличии и, как правило, их оставляют введенными на ночь, что может представлять собой препятствие для женщин, которым необходимо приехать за помощью издалека [23]. Были проведены исследования возможного альтернативного применения аналога простагландина – мизопростол. Мизопростол является недорогим и широко доступным препаратом, он может вводиться (в т.ч. самостоятельно) различными способами – перорально, вагинально, сублингвально и трансбуккально.

Идеальная доза, путь введения и верхний предел по сроку беременности для введения мизопростол перед процедурой «дилатацией и эвакуацией» пока не определены. Как и Ламицель, мизопростол скорее размягчает, чем расширяет цервикальный канал шейки матки. Мизопростол может вызывать спастические сокращения матки и побочные эффекты со стороны желудочно-кишечного тракта, что может повлиять на его приемлемость. Риск «преждевременного» аборта вне медицинского учреждения является еще одной возможной проблемой в случае введения мизопростол в домашних условиях.

Трансбуккальное введение мизопростол в дозировке от 400 до 800 мг, по-видимому, обеспечивает адекватную подготовку шейки матки при сроке беременности до 18 недель [23, 45, 46]. Было проведено рандомизированное исследование с целью сравнения вагинального введения 400 мкг мизопростол за 3–4 часа до хирургического вмешательства и введения 3–6 ламинарий вечером накануне операции женщинам со сроком беременности 13–16 недель [47]. Применение мизопростол было связано с меньшим раскрытием шейки матки перед операцией, более длительным временем проведения самой операции и более частой необходимостью проведения дополнительного расширения вручную. Одной женщине потребовалась дополнительная

доза мизопростол; однако все процедуры удалось завершить. При этом большее число женщин отдали предпочтение режиму, при котором подготовка шейки матки проводится в тот же день, что и операция.

Было изучено совместное применение мизопростол и осмотических расширителей, которое позволило бы уменьшить число посещений и время подготовки, необходимые для подготовки шейки матки. В одном плацебо-контролируемом рандомизированном исследовании было проведено сравнение введения ламинарий накануне вечером с трансбуккальным введением мизопростол или плацебо за 60–90 минут перед операцией при сроке беременности 13–20 недель [48]. Значительное улучшение показателей расширения шейки матки отмечалось только в подгруппе испытуемых со сроком беременности 19 недель и более, величина раскрытия составляла два размера расширителя или аналогично тому, что было бы достигнуто при повторном введении ламинарий. В одном небольшом исследовании серии случаев были рассмотрены результаты вагинального введения 400–800 мкг мизопростол в сочетании с Дилапаном за 4–7 часов до хирургического аборта при сроке беременности от 20 до 24 недель [49]. Все 25 проанализированных случаев были успешно завершены. Однако в 19 из них (76%) потребовалось дальнейшее расширение шейки матки в ходе операции, а в трех случаях имели место разрывы шейки матки, требующие наложения швов. Необходимо дальнейшее изучение целесообразности использования режимов сочетанного введения препаратов, в особенности при более коротких промежутках времени.

Мифепристон, принимаемый перорально за 24–48 часов перед хирургическим абортom в первом триместре беременности, зарекомендовал себя столь же эффективным, как и гемипрост (50), и более эффективным, чем вводимый интравагинально мизопростол (51), с точки зрения подготовки шейки матки. Некоторые хирурги злоупотребляют эффективным назначением мифепристона и предпочитают его мизопростолу (С. Paterson, в ходе личной беседы, 26 июня 2008 г.). Carbonell и соавторы опубликовали результаты единственного исследования о целесообразности применения мифепристона перед «дилатацией и эвакуацией» [52]. Женщины со сроком беременности 12–20 недель были распределены по методу случайной выборки в

группы, получавшие либо 200 мг мифепристона перорально за 48 часов до введения 600 мкг мизопростола интравагинально, либо сублингвально перед процедурой «дилатации и эвакуации», либо исключительно мизопростол. 30% женщин в группе получавших мифепристон-мизопростол и 54% получавших исключительно мизопростол также был введен один интрацервикальный тампон Дилапана. Добавление мифепристона способствовало увеличению средних показателей расширения шейки матки перед операцией; однако следует отметить, что у нескольких женщин в этой группе произошел спонтанный аборт перед хирургической операцией: у двоих — после получения только мифепристона, и у 15 прошедших предварительную подготовку с применением мифепристона, однако после введения мизопростола. На данный момент отсутствуют публикации, посвященные оценке эффективности мифепристона для подготовки шейки матки перед «дилатацией и эвакуацией», или направленные на сравнение мифепристона с осмотическими расширителями для оценки эффективности подготовки шейки матки. Кроме того, мифепристон в настоящее время является более дорогостоящим препаратом и, в целом, менее доступен, чем мизопростол, что может оказать влияние на его более широкое применение.

### **Наиболее распространенный метод «дилатации и эвакуации» и его варианты\***

Наиболее распространенный метод «дилатации и эвакуации» подразумевает разрушение и удаление плода через расширенную шейку матки с использованием прочных удлиненных экстракционных щипцов. Удалению плода и плаценты предшествует пассивный или активный отток амниотической жидкости при помощи электрического аспирационного аппарата; в конце процедуры выполняется итоговое выскабливание и удаление оставшейся крови или остатков плод-

\* Baird T.L., Castleman L.D., Nyman A.G. и др. Руководство для клиницистов по проведению абортов во втором триместре (Guide for Second-Trimester Abortion) (2-е изд. Chapel Hill NC: Ipas, 2007) включает вопросы оказания помощи и организации услуг, а также протоколы для «дилатации и эвакуации» и для медикаментозного аборта, применимо в условиях как значительных, так и ограниченных ресурсов.

ной ткани. Castleman и соавторы описали вариант «дилатации и эвакуации» для применения в условиях ограниченных ресурсов. В протоколе используется трансбуккальное введение мизопростола для подготовки шейки матки, щипцы и шприц для вакуумной аспирации (МВА) вместо электрического (23). В демонстрационном проекте, проведенном во Вьетнаме, этот протокол зарекомендовал себя как эффективный в промежутке от 13 до 18 недель беременности. Другой вариант известен как «интактное расширение и экстракция». Широкое раскрытие шейки матки достигается благодаря двум или более дням использования ламинарии. После этого проводится искусственное выведение туловища плода в тазовом предлежании, декомпрессия свода черепа, затем плод выводится наружу, в остальном, оставаясь цельным. Более значительная степень раскрытия шейки матки (в среднем около 5 см, может варьироваться от 2 до 10 см) и иной способ удаления плода означают, что при «дилатации и экстракции» производится меньше инструментальных манипуляций, чем при «дилатации и эвакуации», что, по-видимому, должно привести к уменьшению риска осложнений и времени на выполнение процедуры. В ретроспективном сравнении этих описанных выше методов не было выявлено статистически значимых различий во времени, затрачиваемом на выполнение процедуры, количестве и характере осложнений, а также в объеме кровопотери, несмотря на то, что процедуры, выполненные с извлечением целого плода, были проведены на значительно больших сроках беременности [53]. У трех женщин наблюдались осложнения, потребовавшие госпитализации в хирургическое отделение, включая единственный случай перфорации матки в когортном исследовании; все эти осложнения были отмечены в группе женщин, которым была проведена «дилатация и эвакуация».

### **Препараты для внутриутробной гибели плода перед «дилатацией и эвакуацией»**

Некоторые хирурги используют перед «дилатацией и эвакуацией» препараты, вызывающие гибель плода. Существует мнение, согласно которому размягчение кортикального слоя кости, происходящее после гибели плода, предлагается для уменьшения объема необходимого расширения шейки матки и для облегчения и ускорения процедуры, что позволит снизить риск осложне-

ний. Точные данные относительно распространенности данного метода отсутствуют, и сроки беременности, при которых проводится внутриутробное умерщвление плода, различаются среди медицинских работников. Как правило, этот метод применяется только при прерывании беременности сроком более 18 недель. Чаще всего для этого используются такие препараты, как хлорид калия и дигоксин. Хлорид калия вводится трансабдоминально под контролем ультразвука в желудочек сердца или грудную клетку плода. Дигоксин может вводиться этими путями в амниотическую жидкость или прочие ткани плода.

Внутрисердечное введение хлорида калия является наиболее распространенным методом, применяемым в Великобритании согласно рекомендациям Королевской коллегии акушеров и гинекологов относительно искусственного умерщвления плода перед медикаментозным абортom при сроке беременности в 22 недели и более [24]. Применение внутрисердечного введения хлорида калия по этим показаниям в Великобритании привело к расширению его применения – перед хирургическим абортom. Применение дигоксина более распространено в США, где имеется больше описаний его использования [21]. Введение обоих препаратов безопасно [54, 55]. Однако в то время как внутрисердечное введение хлорида калия, по имеющимся данным, всегда эффективно, при применении дигоксина отмечались случаи неудачи в достижении умерщвления плода, что, по-видимому, связано как с дозировкой, так и со способом введения [56].

Данные, свидетельствующие о влиянии внутриутробного умерщвления плода на безопасность и эффективность «дилатации и эвакуации», ограничены. Результаты крупномасштабных исследований с использованием интрафетального введения дигоксина, мочевины и многократного введения ламинарии для подготовки шейки матки, свидетельствуют о низких показателях осложнений [57, 58]. Тем не менее в одном рандомизированном контролируемом исследовании не было выявлено различий между внутриамиотическим введением дигоксина и плацебо в отношении показателей осложнений или длительности процедуры при введении перед «дилатацией и эвакуацией» при сроке беременности 20–24 недели [59]. Симптомы после инъекции были аналогичны в обеих группах, за исключением рвоты, встречавшейся значитель-

но чаще в группе получивших дигоксин (16,1% в сравнении с 3,1%,  $p = 0,02$ ). Было отмечено явное предпочтение умерщвлению плода перед абортom, отдаваемое женщинами (92% в обеих группах).

### **Осложнения при «дилатации и эвакуации»**

Наиболее распространенным осложнением хирургического аборта во втором триместре является кровотечение, и риск кровотечения растет с увеличением срока беременности [60]. Избыточная кровопотеря может возникнуть вследствие травмирования матки или шейки, неполного завершения процедуры, или недостаточного сокращения матки после удаления плода. Риск синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания (ДВС-синдром) также выше при хирургическом абортom во II триместре по сравнению с I триместром [61].

Подходы к снижению кровопотери включают применение препаратов, стимулирующих сокращение матки, таких как окситоцин или производные спорыньи, а также местных сосудосуживающих средств. Окситоцин в кристаллоидной форме может вводиться внутривенно в начале или в конце операции. Окситоцин или метилэргометрин также может вводиться в форме болюсной внутримышечной, внутривенной или интрацервикальной инъекции. Целесообразность применения этих препаратов в целях снижения кровопотери при «дилатации и эвакуации» не установлена, хотя оно достаточно распространено. Рандомизированное изучение внутривенного введения метилэргометрина не продемонстрировало снижения объема кровопотери [62]. Альтернативой является введение вазопрессина путем пара- или интрацервикальной инъекции перед хирургическим вмешательством. В результате рандомизированного двойного слепого плацебо-контролируемого исследования было установлено, что введение четырех единиц вазопрессина в сочетании с цервикальной анестезией способствует значительному снижению объема кровопотери при «дилатации и эвакуации» при сроке беременности более 14 недель [63]. В сравнении с плацебо влияние вазопрессина на средний объем кровопотери увеличивалось с увеличением срока беременности.

Перфорация матки – потенциально серьезное осложнение после хирургических абортов во

втором триместре, его распространенность по имеющимся данным составляет 0,2–0,4% [60, 64, 65]. В то время как при перфорации, возникшей при аборте в I триместре, лечение может быть выжидательным или с применением лапароскопии, во II триместре вследствие увеличения размера инструментов, применяемых при дилатации и эвакуации, как правило, требуется лапаротомия, и зачастую перфорация матки сочетается с повреждением кишечника, кровотечением, и, в отдельных случаях, требует проведения гистерэктомии [60, 66]. Установлено, что рутинное применение ультразвукового контроля при «дилатации и эвакуации» способствует снижению частоты возникновения случаев перфорации [65].

Не все медицинские работники используют ультразвук во время «дилатации и эвакуации» или имеют возможность использовать эту технологию после процедуры. Следовательно, проведение «дилатации и эвакуации» зависит исключительно от тактильной чувствительности медицинского работника. В большинстве случаев удаление плода может быть завершено из нижней части полости матки, а перфорация чаще происходит при введении инструментов глубоко в полость матки. Таким образом, важно внимательное наблюдение за правильным положением инструментов, вне зависимости от того, используется ультразвук или нет. Недооценка срока беременности также связана с перфорацией, поэтому необходимо точное определение гестационного возраста плода. Как правило, это устанавливается применением метода ультразвуковой эхографии [66]. Применение ультразвука также целесообразно в тех случаях, когда хирург испытывает затруднения с нахождением или удалением отдельных частей плода. Таким образом, даже если ультразвуковой аппарат не используется регулярно в операционной палате во время операции, его наличие в учреждении и доступность весьма желательны [67].

Использование технологии «неприкосновенности», при которой обеспечивается полное отсутствие контакта кончиков инструментов с нестерильными поверхностями перед введением в матку, осмотр удаленных тканей с целью уточнения полного удаления, и проведение рутинной профилактики антибиотиками – эти меры также используются для профилактики осложнений. Хотя некоторые осложнения, например, перфорация, продолжают оставаться более серьезны-

ми, когда они происходят во время «дилатации и эвакуации», в целом было установлено, что показатели осложнений при хирургическом аборте во II триместре не превышают аналогичные показатели в первом триместре [68].

Исторически, существует обеспокоенность относительно степени расширения шейки матки перед операцией, необходимой для «дилатации и эвакуации» и для оказания помощи при неудачном исходе беременности, например, при цервикальной недостаточности, выкидыше и преждевременных родах. В ходе проведенных недавно ретроспективных исследований и ретроспективного исследования методом «случай-контроль» не было отмечено связи между «дилатацией и эвакуацией» и осложнениями при будущих беременностях [69–71]. Вероятность преждевременных родов, по-видимому, снижается при достижении большего расширения шейки матки перед операцией с применением ламинарии; вероятно, вследствие меньшей травматизации шейки матки, чем при механическом расширении [70]. Данные по влиянию мизопростола, требующего, как правило, дополнительного расширения вручную при использовании для подготовки шейки матки к «дилатации и эвакуации», на последующую беременность отсутствуют.

Хирургический аборт во втором триместре может выполняться с внутривенным введением седативных средств легкого или глубокого воздействия, либо с применением местной анестезии, вводимой пара- или интрацервикально, зачастую в сочетании с пероральным введением нестероидных противовоспалительных препаратов, наркотиков или анксиолитиков. Данные 1970-х гг. свидетельствуют об уровне серьезных осложнений, оцениваемых как 0,72 на 100 аборт при общей анестезии и 0,32 на 100 аборт при местной анестезии [72]. С тех пор был достигнут существенный прогресс в методике анестезии и мониторинга. Более поздние данные по сравнительному риску применения местной или общей анестезии при «дилатации и эвакуации» отсутствуют. Вместе с тем, при анализе данных о 170 тыс. хирургических абортов в первом триместре были отмечены сравнимые показатели по различным технологиям обезболивания [73].

Хирургические методы проведения абортов во втором триместре широко распространены в настоящее время, и используемые технологии продолжают совершенствоваться. По-прежнему

продолжаются дебаты относительно того, является ли хирургический или медикаментозный аборт оптимальным методом для прерывания беременности во II триместре беременности; постоянной проблемой для оказания помощи является наличие достаточного количества

квалифицированных медицинских работников. Тем не менее, для женщин, для которых доступен этот вариант, «дилатация и эвакуация» является безопасным, эффективным и экономичным методом прерывания беременности во II триместре.

## Литература

1. Tietze C., Lewit S. Joint program for the study of abortion (JPSA): Early medical complications of legal abortion. *Studies in Family Planning* 1972; 3(6): 97–123.
2. Cates W., Jr., Schulz K.F., Grimes D.A., et al. Dilatation and evacuation procedures and second-trimester abortions. The role of physician skill and hospital setting. *Journal of American Medical Association* 1982; 248(5): 559–63.
3. Manabe Y., Nakajima A. Laminaria-metreyurinter method of midterm abortion in Japan. *Obstetrics & Gynecology* 1972; 40(4): 612–4.
4. Bierer I., Steiner V. Termination of pregnancy in the second trimester with the aid of laminaria tents. *Medical Gynaecology and Sociology* 1972; 6(1): 9–10.
5. Grimes D.A., Cates W., Jr. Instrumental abortion in the second trimester: an overview. In: Keirse M.J., Gravenhorst J.B., Van Lith D.A., Embrey M.P., editors. *Second trimester pregnancy termination*. The Hague: Martinus Nijhoff; 1982. p. 65–79.
6. Kafrissen M.E., Schulz K.F., Grimes D.A., et al. Midtrimester abortion. Intra-amniotic instillation of hyperosmolar urea and prostaglandin F2 alpha v dilatation and evacuation. *Journal of American Medical Association* 1984; 251(7): 916–9.
7. Grimes D.A., Schulz K.F., Cates W., Jr., et al. Mid-trimester abortion by dilatation and evacuation: a safe and practical alternative. *New England Journal of Medicine* 1977; 296(20): 1141–5.
8. Grimes D.A., Hulka J.F., McCutchen M.E. Midtrimester abortion by dilatation and evacuation versus intra-amniotic instillation of prostaglandin F2 alpha: a randomised clinical trial. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 1980; (137): 7.
9. Brenner W.E., Edelman D.A. Dilatation and evacuation at 13 to 15 weeks' gestation versus intra-amniotic saline after 15 weeks' gestation. *Contraception* 1974; 10(2): 171–80.
10. Cadesky K.I., Ravinsky E., Lyons E.R. Dilatation and evacuation: a preferred method of midtrimester abortion. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 1981; 139(3): 329–32.
11. Altman A.M., Stubblefield P.G., Schlam J.F., et al. Midtrimester abortion with laminaria and vacuum evacuation on a teaching service. *Journal of Reproductive Medicine* 1985; 30(8): 601–6.
12. Crist T., Williams P., Lee S.H., et al. Midtrimester pregnancy termination: a study of the cost effectiveness of dilation and evacuation in a free-standing facility. *North Carolina Medical Journal* 1983; 44(9): 549–51.
13. Tang O.S., Ho P.C. Medical abortion in the second trimester. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology* 2002; 16(2): 237–46.
14. Urquhart D.R., Templeton A. The use of mifepristone prior to prostaglandin-induced mid-trimester abortion. *Human Reproduction* 1990; 5(7): 883–6.
15. Rodger M.W., Baird D.T. Pretreatment with mifepristone (RU-486) reduces interval between prostaglandin administration and expulsion in second trimester abortion. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 1990; 97(1): 41–5.
16. Thong K.J., Baird D.T. Induction of second trimester abortion with mifepristone and gemeprost. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 1993; 100: 758–61.
17. Autry A.M., Hayes E.C., Jacobson G.F., et al. A comparison of medical induction and dilation and evacuation for second-trimester abortion. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2002 2002/8; 187(2): 393–7.
18. Grimes D.A., Smith S.M., Witham A.D. Mifepristone and misoprostol versus dilation and evacuation for midtrimester abortion: a pilot randomised controlled trial. *British Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2004; 111: 148–53.
19. Elam-Evans L.D., Strauss L.T., Herndon J., et al. *Abortion surveillance – United States, 2000*. *Morbidity & Mortality Weekly Report Surveillance Summaries* 2003; 52(SS-12): 1–32.
20. Department of Health. *Abortion Statistics, England and Wales: 2007*. *Statistical Bulletin 2008/1*. London: Crown, 2008.
21. Haskell W.M., Easterling T.R., Lichtenberg E.S. Surgical abortion after the first trimester. In: Paul M., Lichtenberg E.S., Borgatta L., et al, editors. *A Clinician's Guide to Medical and Surgical Abortion*. Philadelphia7 Churchill Livingstone; 1999. p.123–138.
22. STAKES. *Official statistics of Finland. Induced abortions and sterilisations 2005*. *Statistical Summary*; 2006.
23. Castleman L.D., Oanh K.T.H., Hyman A.G., et al. Introduction of the dilation and evacuation procedure for second-trimester abortion in Vietnam using manual vacuum aspiration and buccal misoprostol. *Contraception* 2006; 74(3): 272–6.
24. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. *The Care of Women Requesting Induced*

- Abortion. London: RCOG Press, 2004.
25. Eastwood K.L., Kacmar J.E., Steinauer J., et al. Abortion training in United States obstetrics and gynecology residency programs. *Obstetrics & Gynecology* 2006; 108(2): 303–8.
  26. Roy G., Parvataneni R., Friedman B., et al. Abortion training in Canadian obstetrics and gynecology residency programs. *Obstetrics & Gynecology* 2006; 108(2): 308–14.
  27. Steinauer J., Silveira M., Lewis R., et al. Impact of formal family planning residency training on clinical competence in uterine evacuation techniques. *Contraception* 2007; 76(5): 372–6.
  28. Steinauer J., Landy U., Filippone H., et al. Predictors of abortion provision among practicing obstetrician-gynecologists: a national survey. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2008; 198(1): 39.
  29. Ferris L.E., McMain-Klein M., Iron K. Factors influencing the delivery of abortion services in Ontario: a descriptive study. *Family Planning Perspectives* 1998; 30(3): 134–8.
  30. Kaltreider N.B., Goldsmith S., Margolis A.J. The impact of midtrimester abortion techniques on patients and staff. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 1979; 135(2): 235–8.
  31. Rooks J.B., Cates W. Emotional impact of D&E vs. instillation. *Family Planning Perspectives* 1977; 9(6): 276–7.
  32. Henshaw R.C., Naji S.A., Russell I.T., et al. Comparison of medical abortion with surgical vacuum aspiration: women's preferences and acceptability of treatment. *British Medical Journal* 1993; 307(6906): 714–7.
  33. Howie F.L., Henshaw R.C., Naji S.A., et al. Medical abortion or vacuum aspiration? Two year follow up of a patient preference trial. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 1997; 104: 829–33.
  34. Burgoine G.A., Van Kirk S.D., Romm J., et al. Comparison of perinatal grief after dilation and evacuation or labor induction in second trimester terminations for fetal anomalies. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2005; 192(6): 1928–32.
  35. Shulman L.P., Ling F.W., Meyers C.M., et al. Dilation and evacuation for second-trimester genetic pregnancy termination. *Obstetrics & Gynecology* 1990; 75(6): 1037–40.
  36. Bernick B.A., Ufberg D.D., Nemiroff R., et al. Success rate of cytogenetic analysis at the time of second-trimester dilation and evacuation. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 1998; 179(4): 957–61.
  37. Stubblefield P.G., Albrecht B.H., Koos B., et al. A randomized study of 12mm and 15.9mm cannula in midtrimester abortion by laminaria and vacuum curettage. *Fertility and Sterility* 1978; 29(5): 512–7.
  38. El Maradny E., Kanayama N., Halim A., et al. Biochemical changes in the cervical mucus after application of laminaria tent. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 1996; 75(3): 203–7.
  39. Nicolaides K.H., Welch C.C., Koullapis E.N., et al. Cervical dilation by lamical: studies on the mechanism of action. *British Journal of Obstetrics & Gynaecology* 1983; 90(11): 1060–4.
  40. Grimes D.A., Ray I.G., Middleton C.J. Lamical versus laminaria for cervical dilation before early second-trimester abortion: a randomized clinical trial. *Obstetrics & Gynecology* 1987; 69(6): 887–90.
  41. Wells E.C., Hulka J.F. Cervical dilation: a comparison of lamical and dilapan. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 1989; 161(5): 1124–6.
  42. Grimes D.A., Schulz K.F., Cates W., Jr. Prevention of uterine perforation during curettage abortion. *Journal of American Medical Association* 1984; 251: 2108–11.
  43. Schulz K.F., Grimes D.A., Cates W., Jr. Measures to prevent cervical injury during suction curettage abortion. *Lancet* 1983; 8335(1): 1182–5.
  44. Hern W.M. Laminaria versus dilapan osmotic cervical dilators for outpatient dilation and evacuation abortion: randomized cohort comparison of 1001 patients. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 1994; 171(5): 1324–8.
  45. Todd C.S., Soler M., Castleman L., et al. Buccal misoprostol as cervical preparation for second trimester pregnancy termination. *Contraception* 2002; 65(6): 415–8.
  46. Patel A., Talmont E., Morfesis J., et al. Adequacy and safety of buccal misoprostol for cervical preparation prior to termination of second-trimester pregnancy. *Contraception* 2006; 73(4): 420–30.
  47. Goldberg A.B., Drey E.A., Whitaker A.K., et al. Misoprostol compared with laminaria before early second-trimester surgical abortion: a randomized trial. *Obstetrics & Gynecology* 2005; 106(2): 234–41.
  48. Edelman A.B., Buckmaster J.G., Goetsch M.F., et al. Cervical preparation using laminaria with adjunctive buccal misoprostol before second-trimester dilation and evacuation procedures: a randomized clinical trial. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 2006; 194: 425–30.
  49. Poon L.C.Y., Parsons J. Audit of the effectiveness of cervical preparation with dilapan prior to late second-trimester (20–24 weeks) surgical termination of pregnancy. *BJOG* 2007; 114(4): 485–8.
  50. Henshaw R.C., Templeton A.A. Pre-operative cervical preparation before first trimester vacuum aspiration: a randomized controlled comparison between gemeprost and mifepristone (RU 486). *British Journal of Obstetrics & Gynaecology* 1991; 98(10): 1025–30.
  51. Ashok P.W., Flett G.M., Templeton A. Mifepristone versus vaginally administered misoprostol for cervical priming before first-trimester termination of pregnancy: a randomized, controlled study. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 2000; 183(4): 998–1002.
  52. Carbonell J.L., Gallego F.G., Llorente M.P., et al. Vaginal vs. sublingual misoprostol with mifepristone for cervical priming in second-trimester abortion by dilation and evacuation: a randomized clinical trial. *Contraception* 2007; 75(3): 230–7.

53. Chasen S.T., Kalish R.B., Gupta M., et al. Dilatation and evacuation at  $\geq 20$  weeks: comparison of operative techniques. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2004; 190(5): 1180–3.
54. Drey E., Thomas L., Benowitz N., et al. Safety of intra-amniotic digoxin administration before late second-trimester abortion by dilatation and evacuation. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 2000; 182: 1063–6.
55. Pasquini L., Pontello V., Kumar S. Intracardiac injection of potassium chloride as method for feticide: experience from a single UK tertiary centre. *BJOG* 2008; 115(4): 528–31.
56. Molaei M., Jones H.E., Weiselberg T., et al. Effectiveness and safety of digoxin to induce fetal demise prior to second-trimester abortion. *Contraception* 2008; 77(3): 223–5.
57. Hern W.M. Laminaria, induced fetal demise and misoprostol in late abortion. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2001; 75: 279–86.
58. Hern W.M., Zen C., Ferguson K.A., et al. Outpatient abortion for fetal anomaly and fetal death from 15–34 menstrual weeks' gestation: techniques and clinical management. *Obstetrics & Gynecology* 1993; 81: 301–6.
59. Jackson R.A., Teplin V.L., Drey E.A., et al. Digoxin to facilitate late second-trimester abortion: a randomized, masked, placebo-controlled trial. *Obstetrics & Gynecology* 2001; 97: 471–6.
60. Peterson W.F., Berry F.N., Grace M.R., et al. Second-trimester abortion by dilatation and evacuation: an analysis of 11,747 cases. *Obstetrics & Gynecology* 1983; 62(2): 185–90.
61. Kafriksen M.E., Barke M.W., Workman P., et al. Coagulopathy and induced abortion method, rates and relative risks. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 1983; 147: 344–5.
62. Woodward G. Intraoperative blood loss in midtrimester dilatation and extraction. *Obstetrics & Gynecology* 1983; 62(1): 69–72.
63. Schulz K.F., Grimes D.A., Christensen D.D. Vasopressin reduces blood loss from second-trimester dilatation and evacuation abortion. *Lancet* 1985; 2: 353–6.
64. Pridmore B.R., Chambers D.G. Uterine perforation during surgical abortion: a review of diagnosis, management and prevention. *Australian & New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology* 1999; 39(9): 349–53.
65. Darney P.D., Sweet R.L. Routine intraoperative ultrasonography for second trimester abortion reduces incidence of uterine perforation. *Journal of Ultrasound in Medicine* 1989; 8(2): 71–5.
66. Darney P.D., Atkinson E., Hirabayashi K. Uterine perforation during second-trimester abortion by cervical dilatation and instrumental extraction: a review of 15 cases. *Obstetrics & Gynecology* 1990; 73(3): 441–4.
67. Baird T.L., Castleman L.D., Alyson G., et al. *Clinician's Guide for Second-Trimester Abortion*. 2nd ed. Chapel Hill NC: Ipas, 2007.
68. Jacot F.R., Poulin C., Bilodeau A.P., et al. A five-year experience with second-trimester induced abortions: no increase in complication rate as compared to the first trimester. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 1993; 168(2): 633–7.
69. Chasen S.T., Kalish R.B., Gupta M., et al. Obstetric outcomes after surgical abortion at  $\geq 20$  weeks' gestation. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2005; 193(3): 1161–4.
70. Kalish R.B., Chasen S.T., Rosenzweig L.B., et al. Impact of midtrimester dilatation and evacuation on subsequent pregnancy outcome. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2002; 187(4): 882–5.
71. Jackson J.E., Grobman W.A., Haney E., et al. Mid-trimester dilatation and evacuation with laminaria does not increase the risk for severe subsequent pregnancy complications. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2007; 96(1): 12–5.
72. MacKay H.T., Schulz K.F., Grimes D.A. Safety of local versus general anesthesia for second-trimester dilatation and evacuation abortion. *Obstetrics & Gynecology* 1985; 66(5): 661–5.
73. Hakim-Elahi E., Tovell H.M.M., Burnhill M.S. Complications of first trimester abortion: a report of 170,000 cases. *Obstetrics & Gynecology* 1990; 76: 129–35.

*Surgical Abortion in the Second Trimester*

*Patricia A Lohr*

*Reproductive Health Matters* 2008;16(31 Supplement): 151–161.



www.gzrf.ru

©2008 Проблемы репродуктивного здоровья.  
Авторские права защищены.  
Проблемы репродуктивного здоровья 2008;16(31  
Приложение):162–172  
0968-8080/08 \$ — см. титульную страницу  
PII: S0968-8080(08)31371-8



www.rhmjournal.org.uk

## Медикаментозный аборт во втором триместре с применением мифепристона и мизопростола и только мизопростола: обзор методов и ведение

Кристина Гемзель-Дэнилссон<sup>а</sup>, Суята Лалиткумар<sup>б</sup>

<sup>а</sup> Профессор, отделение «Здоровье матери и ребенка», кафедра акушерства и гинекологии, Каролинский университет, Больница Каролинского университета, Стокгольм, Швеция.  
Электронная почта: kristina.gemzell@ki.se

<sup>б</sup> Специалист по акушерству и гинекологии (акушер-гинеколог), отделение «Здоровье матери и ребенка», кафедра акушерства и гинекологии, Каролинский университет, Больница Каролинского университета, Стокгольм, Швеция.

**Краткое содержание.** *Аборты во II триместре беременности составляют 10–15% от всех выполняемых искусственных абортов во всем мире, однако на их долю приходится две трети основных осложнений, связанных с абортами. На протяжении прошлого десятилетия медикаментозные методы искусственного аборта во II триместре были значительно усовершенствованы и стали безопаснее и доступнее. Сегодня в большинстве случаев предлагаются безопасные и эффективные услуги по выполнению медикаментозного аборта, либо уже имеющиеся услуги могут быть усовершенствованы путем введения незначительных изменений в существующих медицинских учреждениях. Медикаментозный аборт во II триместре может проводиться под контролем медицинской сестры-акушерки с возможностью обращения к врачу-гинекологу при необходимости. Вследствие вероятности обильного вагинального кровотечения и серьезных осложнений желательно, чтобы прерывание беременности во II триместре происходило в медицинском учреждении с возможностью проведения переливания крови и экстренного хирургического вмешательства (включая лапаротомию). В данной статье представлена базовая информация по режимам, рекомендуемым для проведения медикаментозного аборта во II триместре. Сочетание мифепристона и мизопростола в настоящее время является распространенным и высокоэффективным методом проведения аборта во II триместре беременности. В тех случаях, когда мифепристон отсутствует или недоступен по финансовым причинам, применение исключительно мизопростола также зарекомендовало себя как эффективный метод, хотя требуется более высокая общая дозировка препарата, и эффективность действия ниже, чем при сочетанном режиме. Следовательно, при возможности, следует применять сочетанный режим. Нужно предпринять усилия для снижения частоты неоправданного выскабливания полости матки после рождения плода. В дальнейшем исследовании следует посвящать совершенствованию обезболивания, ведению женщин, у которых медикаментозный аборт оказался неуспешным спустя 24 часа, а также безопасности режимов медикаментозных абортов у женщин с рубцом на матке или имеющих кесарево сечение в анамнезе.*  
© 2008 г. «Проблемы репродуктивного здоровья». Авторские права защищены.

**Ключевые слова:** медикаментозный аборт, аборт во II триместре, мифепристон, мизопростол, средний медицинский персонал

Несмотря на то, что основная часть абортов выполняется в I триместре беременности, тем не менее, существует потребность в выполнении абортов во II триместре. Это может

быть связано с задержкой диагностики пороков развития плода, организационными и финансовыми сложностями в получении услуг по прерыванию беременности, а также невыявлением не-

желательной беременности в I триместре. Все эти факторы способствуют сохранению потребности в выполнении аборт на поздних сроках беременности [1, 2]. Аборты во II триместре беременности составляют 10–15% от всех выполняемых искусственных абортов во всем мире, однако на их долю приходится две трети основных осложнений, связанных с абортами. Медикаментозный аборт – прерывание беременности путем использования того или иного препарата или сочетания препаратов – дает возможность снизить число осложнений и расширить доступ к выполнению абортов, предоставляемых не только специально подготовленными клиницистами, но также другими медицинскими работниками, как владеющими хирургическими методами выполнения абортов, так и не владеющими ими. В настоящее время в большинстве случаев предлагаются безопасные и эффективные услуги по выполнению медикаментозного аборта, либо уже имеющиеся услуги могут быть усовершенствованы путем введения незначительных изменений в существующих медицинских учреждениях. Целью данной статьи является предоставление базовой информации по рекомендуемым режимам и оптимальной практике ведения аборта для медикаментозных абортов во II триместре.

### **Развитие и применение методики медикаментозного аборта**

С давних времен применяются различные методы выполнения хирургического и медикаментозного аборта. Хирургический аборт – один из древнейших и наиболее часто практикуемых методов во многих частях мира. В прошлом отсутствие безопасных препаратов для стимулирования искусственного прерывания представляло большую проблему. Для этих целей женщины использовали различные травы, соли, спринцевание и слабительные препараты, не гарантировавшие успеха [3]. Среди методов, относимых по классификации ВОЗ к устаревшим, однако по-прежнему распространенных в нескольких развивающихся странах (например, Индия, Китай, и до недавнего времени Монголия), можно привести пример внутри- или интраамниотического введения этакриидина лактата (коммерческое название – риванол), в особенности для прерывания беременности на поздних сроках во II триместре [4]. К недостаткам этих исторических ме-

тодов относятся значительная продолжительность сократительной активности матки, необходимость госпитализации в течение нескольких дней, а также последующее выскабливание. В последние годы появились и становятся все более доступными эффективные методы медикаментозного аборта, характеризующиеся низкими показателями заболеваемости. С появлением простагландинов, а затем – аналогов простагландинов эффективность медикаментозного аборта повысилась, а риск осложнений и побочных эффектов снизился. Метод медикаментозной стимуляции аборта был усовершенствован с появлением мифепристона в 1980-х гг. [5–9]. Благодаря мифепристону период времени от стимуляции до собственно аборта сократился, кроме того, была снижена доза необходимых аналогов простагландина (и, следовательно, уменьшилось число побочных эффектов). В настоящее время медикаментозный аборт является предпочтительным методом выбора во многих центрах [10].

Медикаментозный аборт на ранних сроках беременности был впервые утвержден во Франции в 1988 г. (при задержке менструации до 49 дней), затем в Великобритании (в 1991 г.) и Швеции (1992 г.) (в обеих странах – до 63 дней задержки менструации). Несколько лет спустя медикаментозный аборт в этих странах был утвержден и для II триместра беременности. Однако лишь в 1999–2000 гг. медикаментозный аборт с применением мифепристона и аналога простагландина был утвержден как на ранних сроках, так и во II триместре в нескольких других европейских странах.

Вместе с тем дебаты по поводу оптимального метода проведения аборта во II триместре продолжают. Это объясняется важностью вопроса в связи с непропорциональным числом случаев заболеваемости и смертности, связанных с абортом во II триместре, в особенности при применении исторически более ранних методов [4, 11]. В настоящее время «дилатация и эвакуация» является стандартным методом проведения хирургического аборта во II триместре во многих странах мира. В США в 2000 г. «дилатация и эвакуация» применялось при 99% абортов на сроке 13–15 недель, 95 – на сроке 16–20 недель и 85% – на сроке 21 неделя или более (12). В Англии и Уэльсе «дилатация и эвакуация» также являлось основным методом проведения аборта во II триместре; однако ме-

дикаментозный аборт более распространен, чем в США, и применяется все чаще. Напротив, в странах Скандинавии медикаментозный аборт является стандартным методом для прерывания беременности во II триместре с момента введения режима сочетанного применения мифепристона и простагландинов. Во многих других странах Европы аборт во II триместре в связи с пороками развития плода также выполняется с применением медикаментозных методов. В отдельных странах Европы отмечается постепенное увеличение частоты выполнения аборта во II триместре в связи с широкомасштабным внедрением программ антенатального скрининга, позволяющих диагностировать такие пороки развития плода, как анэнцефалия, нарушения формирования сердечно-сосудистой системы и скелета. В этих случаях освидетельствование плода может предоставить важную информацию, которую возможно получить при медикаментозном аборте. Это позволяет подтвердить факт наличия врожденного порока развития, более подробно оценить риск рецидива и получить полезную информацию для консультирования этих пациентов [13].

### Кто может выполнять аборт во II триместре?

В соответствии с рекомендациями Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) и Королевской коллегии акушеров и гинекологов (RCOG) для безопасного выполнения «дилатации и эвакуации» необходимы специализированная подготовка, определенный объем работы для поддержания навыков и наличие специальных инструментов [14, 15]. Хотя имеются доказательства, подтверждающие безопасность и эффективность «дилатации и эвакуации» в опытных руках [16, 17], некоторые медицинские работники испытывают моральные переживания, выполняя эту процедуру на больших сроках беременности. Более того, в докладе, составленном по материалам конфиденциальных исследований случаев материнской смертности в Великобритании, был поднят вопрос о целесообразности выполнения «дилатации и эвакуации» при абортах во II триместре при наличии безопасной и эффективной альтернативы медикаментозного аборта [18]. В странах Скандинавии применение медикаментозного аборта во II триместре обеспечивает широкий доступ к искус-

ственному abortу, поскольку этот метод может применяться во всех гинекологических клиниках. Более того, в этих условиях средние медицинские работники при наличии адекватной подготовки и возможности получения помощи со стороны врачебного персонала в случае развития осложнений могут самостоятельно проводить аборт. Вследствие вероятности обильного вагинального кровотечения и серьезных осложнений у небольшого числа женщин, однако, рекомендуется, чтобы прерывание беременности во II триместре происходило в медицинских учреждениях с возможностью доступа к помощи врача-гинеколога, проведению переливания крови и хирургической помощи в экстренных ситуациях (включая лапаротомию).

### Лекарственные препараты, применяемые для проведения медикаментозного аборта

Если аборт выполняется при сроке беременности 13–24 недели, подходящим методом является медикаментозный аборт с применением мифепристона с последующим введением аналога простагландина. Этот метод зарекомендовал себя как безопасный и эффективный (15, 19, 20). Сочетание мифепристона и мизопростола обладает взаимоусиливающим эффектом и стимулирует эвакуацию плодного яйца.

Чаще всего применяется следующая комбинация:

- мифепристон – принимается вначале;
- мизопропростол – принимается 24–48 часов спустя.

**Мифепристон** – единственный антипрогестин, одобренный к применению для стимуляции аборта. Это 19-норстероид, обладающий высокой способностью к образованию связей с рецептором прогестерона и, тем самым, ингибирующий влияние прогестерона. Прогестерон – основной гормон, отвечающий за сохранение беременности путем сохранения матки в состоянии покоя. Он препятствует размягчению и расширению шейки матки, снижает выделение простагландина из отпадающей плаценты и подавляет сократительную активность матки. Таким образом, блокирование рецепторов прогестерона мифепристоном приводит к повреждению сосудов, некрозу плаценты и стимулирует кровотечение [8, 21], что, в свою очередь, вызывает размягчение шейки матки, повышение

чувствительности матки к простагландину и преобразование спокойной в состоянии беременности матки в орган со спонтанной активностью. Максимальный эффект достигается спустя 36–48 часов [8, 9, 22, 23].

**Мизопроустол** – синтетический аналог PGE-1, стимулирующий подготовку шейки матки, а также сильные сокращения матки и приводящий к выталкиванию плода. Простагландины играют важную роль в регулировании сократительной способности матки во время беременности [24]. Рецепторы присутствуют в организме на протяжении всей беременности; следовательно, простагландины и аналоги простагландинов эффективны для прерывания беременности. Было доказано, что мизопроустол обладает рядом преимуществ по сравнению с другими простагландинами; он недорог, сохраняет стабильность при комнатной температуре и может храниться в течение длительного времени. Эффективность мизопростола аналогична или превышает эффективность аналога простагландина гемипроста [25, 26].

Таблетка мизопростола для перорального употребления эффективна при различных путях введения, и дозировка простагландина может быть легко скорректирована в зависимости от необходимости. В отличие от других простагландинов, мизопроустол обладает ограниченным воздействием на бронхи или кровеносные сосуды. Побочные эффекты зависят от дозировки, как правило, они незначительны и исчезают без постороннего вмешательства [27].

#### **Показания и применение**

Хотя в большинстве стран применение мифепристона с последующим введением аналога простагландина утверждено для медикаментозного прерывания беременности в I триместре (мифепристон, Ехеґун, Париж, Франция), режим применения мифепристона с последующим повторным введением аналога простагландина (чаще всего мизопростола) также лицензирован и широко применяется для прерывания беременности на более поздних сроках. Исследования, проводимые во многих странах, свидетельствуют о безопасности медикаментозного аборта вплоть до 24 недель беременности [19].

Несмотря на то, что дозировка мифепристона остается неизменной, ее необходимо корректировать в зависимости от срока беременности. В конце I триместра зачастую требуется более вы-

сокая общая доза, чем в начале I триместра. В течение II триместра, вследствие повышения чувствительности мышц матки к простагландинам, достаточно более низкой дозы. Необходимо соблюдать крайнюю осторожность из-за вероятности гиперстимуляции и разрыва матки в случаях, когда у пациентки имеются в анамнезе кесарево сечение или любые рубцы на матке при сроке беременности более 20 недель.

#### **Противопоказания**

##### *Абсолютные противопоказания*

Существует очень мало абсолютных противопоказаний к проведению медикаментозного аборта. При использовании мифепристона в сочетании с мизопроустолом к ним относятся:

- установленная или подозреваемая внематочная беременность;
- выявленная ранее аллергическая реакция на какой-либо из препаратов;
- наследственная порфириновая болезнь;
- хроническая недостаточность надпочечников;
- геморрагические нарушения (нарушения свертываемости крови).

#### **Осторожность**

Необходимо соблюдать осторожность, если:

- женщина принимает кортикостероидные препараты;
- у нее сильная анемия;
- имеются ранее диагностированные пороки сердца или факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний.

#### **Безопасность**

Следует помнить, что осложнения и побочные эффекты при медикаментозном аборте усиливаются при увеличении срока беременности. Для снижения вероятности подобных осложнений аборт необходимо выполнять как можно раньше, без излишних задержек; медицинские работники должны иметь соответствующую подготовку; кроме того, необходимо иметь возможность оказания экстренной помощи в случае развития серьезных осложнений, включая выскабливание матки и переливание крови.

#### **Режимы: современные рекомендации на основании имеющихся доказательств**

Мифепристон и мизопроустол действуют в сочетании, усиливая действие друг друга, и в тех

случаях, когда оба препарата имеются в наличии, их следует применять совместно. Исключительно мизопростол следует применять в странах, в которых отсутствует мифепристон. Как и при медикаментозном аборте на ранних сроках, цель заключается в подборе режима, позволяющего сочетать наименьшую дозировку обоих препаратов при условии высокой эффективности и минимальных побочных эффектов, а также приемлемости для женщин.

Применительно к абортам во II триместре (с 13 до 24 недель беременности) медикаментозный аборт с применением мифепристона с последующим введением аналога простагландина является подходящим методом, безопасность и эффективность которого доказана, по данным ВОЗ и Королевской коллегии акушеров и гинекологов [15, 20]. Было доказано, что предварительное введение мифепристона за 24–28 ч. до введения простагландина способствует повышению показателей успеха, сокращению периода времени между стимуляцией и абортом и снижению объема простагландинов, необходимых во II триместре [28–30].

Аборты во II триместре у женщин с кесаревым сечением в анамнезе следует выполнять с осторожностью.

Рутинное хирургическое выскабливание матки после медикаментозного аборта не требуется.

Всем женщинам при необходимости следует предлагать анальгетики.

Вагинальное введение мизопростола или гемипроста может выполнять сама женщина, либо медицинский работник, в зависимости от предпочтения женщины.

#### **Режим мифепристона в сочетании с мизопростолом**

- Мифепристон 200 мг перорально с последующим вагинальным введением 800 мкг мизопростола спустя 36–48 часов, затем повторное введение мизопростола перорально в дозировке 400 мкг, каждые 3 часа, максимальное число пероральных доз – 4.

При режиме сочетания мифепристона и мизопростола показатели абортов достигают 97%, и средняя продолжительность промежутка времени между стимуляцией и абортом составляет всего 6,0 часов [31]. Эффект, достигаемый благодаря введению мизопростола, зависит от пути введения. Вагинальное введение мизопростола

более эффективно и сопровождается меньшим числом побочных эффектов, однако этот метод может быть менее приемлем для некоторых женщин. В связи с этим было проведено изучение сублингвального пути введения; этот метод зарекомендовал себя как удобный и приемлемый, хотя немного менее эффективный [27, 30, 32–34].

*Интервал между мифепристоном и мизопростолом.* Максимальный эффект, с точки зрения подготовки миометрия, достигается спустя 36–48 часов после предварительного введения мифепристона. Более короткий интервал – 24 часа – привел к некоторому увеличению интервала между стимуляцией и абортом, увеличению общей дозы необходимого мизопростола и повышению частоты выскабливания матки ( $p < 0,001$ ) [35]. Аналогично ретроспективные исследования, направленные на сравнение 24- и 48-часовых интервалов, продемонстрировали увеличение периода между стимуляцией и абортом при уменьшении интервала до 24 часов (9,8 часов в сравнении с 7,5 часов) ( $p < 0,01$ ) [36]. Поскольку в обоих этих исследованиях отмечается значительно более длительный период стимуляции, интервал продолжительностью 36–48 часов может быть предпочтительнее, если это практически с точки зрения организации оказания услуг.

Приблизительно у 0,2–0,4% женщин аборт происходит после введения исключительно мифепристона [37, 38].

#### **Режим, основанный на применении исключительно мизопростола: при невозможности использования мифепристона**

- Вагинальное введение мизопростола – 400 мкг каждые 3 ч., максимальное число доз – 5.

В странах, где мифепристон отсутствует или слишком дорог, применение исключительно гемипроста или мизопростола также зарекомендовало себя как эффективный метод, хотя требуется более высокая общая доза, и этот метод менее эффективен, чем при сочетанном введении [30, 39–45]. Период между стимуляцией и абортом – 10–15 часов – длиннее, чем при сочетанном применении с мифепристоном. Поскольку требуется более высокая доза, процесс аборта может сопровождаться более выраженными побочными эффектами, такими как тошнота, рвота, боль в абдоминальной области, повышение температуры и ознобы [46–48]. При этом режиме отме-

чаются более высокие показатели неполного аборта и частота продолжения развития беременности с сохранением жизнеспособности плода. При применении режима введения исключительно мизопростола у 80–90% женщин аборт происходит в течение 24 часов [42, 45, 48].

Проведенный мета-анализ рандомизированных исследований, направленных на сравнение гемипроста и мизопростола (с применением различных дозировок и режимов мизопростола) продемонстрировал, что вагинальное введение мизопростола по сравнению с гемипростом было связано со снижением потребности в наркотических обезболивающих средствах и хирургического выскабливания матки [49]. При сравнении режима вагинального введения 400 мкг мизопростола каждые 3 часа и 1 мг гемипроста каждые 3 часа, интервал между стимуляцией и абортom был значительно короче в группе женщин, получавших мизопростол интравагинально [42]. В литературе имеется множество примеров успешных результатов применения исключительно мизопростола. Большинство исследований были проведены при сроке беременности 13–22 недели. На таком сроке беременности рекомендуется режим вагинального введения 400 мкг мизопростола каждые 3 часа вплоть до 5 доз, поскольку этот режим, по-видимому, является эффективным без выраженных побочных эффектов или осложнений [50].

#### **Режим применения мифепристона в сочетании с гемипростом: выходит из употребления**

- Мифепристон 200 мг перорально, затем спустя 24–28 часов гемипрост 1 мг интравагинально каждые 6 часов, не более пяти суппозитивов.

Гемипрост являлся стандартным аналогом простагландина для проведения медикаментозного аборта и подготовки шейки матки до появления мизопростола (51). При вагинальном введении исключительно гемипроста показатели аборта составляют 88–96,5% с более длительным промежутком времени от стимуляции до собственно аборта в сравнении с режимом сочетанного приема. При предварительном введении мифепристона показатели абортom в течение 24 часов увеличились с 72 до 95% [52], интервал времени от стимуляции до собственно аборта снизился от 15,7 до 6,6 часов, и дозировка простагландинов также снизилась без снижения кли-

нической эффективности и при значительном снижении числа побочных эффектов [52, 3]. Хотя гемипрост зарекомендовал себя как высокоэффективный препарат, он обладает рядом недостатков в сравнении с мизопростом (например, стоимость и необходимость хранения в холодильнике ограничивает возможности его применения в развивающихся странах), что привело к замене гемипроста мизопростом по всем показаниям.

#### **Обезболивание**

Боль в абдоминальной области является одним из наиболее распространенных отрицательных побочных эффектов при медикаментозном абортe [54]. В рутинной клинической практике обезболивание следует предлагать всем женщинам. Восприятие боли и готовность обратиться с просьбой об облегчении боли может значительно варьироваться в зависимости от индивидуальных особенностей и культурных традиций. Медицинские учреждения должны иметь различные пероральные и парентеральные анальгетики, позволяющие удовлетворить потребности женщины [15]. Боль с наибольшей вероятностью будет ощущаться в течение первых нескольких часов после введения аналога простагландина. Исследования показывают, что потребность в обезболивании и восприятие боли значительно выше у более молодых женщин и у женщин с большим сроком беременности, у которых также длиннее интервал между стимуляцией и абортom, и им требуется большее число повторных введений мизопростола; в то время как у более старших, рожавших прежде женщин, и у женщин с меньшим сроком беременности эти параметры ниже [55]. Тем не менее ни один из этих факторов не обладает достаточной предсказательной способностью, чтобы его можно было использовать при ведении отдельных случаев. Нестероидные противовоспалительные препараты (НСПВП) являются потенциальными препаратами для терапии боли первого ряда. Они ингибируют выработку эндогенных простагландинов, которые отвечают за сократительную активность матки и болевые ощущения. НСПВП не изменяют действия мизопростола и/или мифепристона, направленного на стимуляцию подготовки шейки матки, сократимости матки [22, 56, 57], и не влияют на время, которое занимают аборт и эвакуация продуктов зачатия [58].

Необходимы дальнейшие исследования, чтобы изучить роль заблаговременного, или профилактического, введения анальгетиков, применения седативных препаратов, при которых женщина находится в сознании, и парацервикальной блокады, и их эффективности, а также степени удовлетворенности женщин и приемлемости данных методов.

### **Побочные эффекты и осложнения**

Побочные эффекты, включая тошноту, рвоту и диарею, характерны при введении простагландинов и объясняются стимулирующим воздействием простагландинов на желудочно-кишечный тракт. Диарея более распространена у женщин, использующих гемипрост, в то время как повышение температуры тела чаще встречается при применении мизопростола [45]. Серьезные осложнения, такие как разрыв матки, обильные кровотечения и разрывы шейки матки, встречаются редко [40, 59]. Случаи разрыва матки возможны при применении и гемипроста, и мизопростола как при наличии предварительной подготовки при помощи мифепристона, так и без таковой [60–62]. Распространенность разрыва матки у женщин без рубцов на матке составляет приблизительно 0,1–0,2% во II триместре беременности при применении мифепристона и гемипроста [15, 63]. Обильное кровотечение, как правило, связано с длительной задержкой плаценты. Обильное кровотечение, при котором требуется переливание крови, отмечалось менее чем у 1% женщин [40, 54, 59]. Инфекция может развиваться при любом искусственном аборте. Приблизительно 3% женщин потребовалось лечение антибиотиками вследствие подозрения на инфекцию, по данным крупного исследования с включением более 1 000 женщин, выполнивших аборт во втором триместре [59].

### **Умерщвление плода перед проведением аборта при сроке беременности более 21 недели**

В тех случаях, когда предпочтение отдается медикаментозному аборту, во многих случаях клиницисты обязаны по закону удостовериться, что плод на момент проведения аборта мертв. В соответствии с требованиями Королевской коллегии акушеров и гинекологов недопустимо,

чтобы в ходе легального аборта рождался живой ребенок, и при прерывании беременности на сроке свыше 21 недели необходимо, чтобы выбранный метод обеспечивал отсутствие признаков жизни у плода [64]. Это особенно важно при прерывании беременности на поздних сроках (как при наличии пороков развития плода, так и без таковых), так как согласно установленным правилам медицинский работник обязан проводить реанимационные мероприятия в случае рождения живого плода. Для умерщвления плода используются следующие препараты: гипертонический физиологический раствор, 1% лидокаин и хлорид калия, либо внутриматочическое введение дигоксина (1–1,5 мг) [65–68]. До 21 недели беременности включительно схватки, стимулируемые введением простагландинов, исключают необходимость умерщвления плода.

### **Аборт одного дня**

Аборт одного дня известен как ориентированная на потребности пациента и экономически эффективная форма оказания услуг. Во времена принятых ранее методов стимуляции аборта во II триместре большинству женщин приходилось госпитализироваться в стационар приблизительно на два дня, чтобы сделать аборт. Возможность выполнения аборта в качестве процедуры одного дня может позволить минимизировать нарушение привычного режима жизни женщин и их семей. С появлением схемы предварительного введения мифепристона перед введением аналогов простагландина, интервал между стимуляцией и абортом значительно снизился — настолько, что многие женщины (более 75%), подвергающиеся этим процедурам, могут получать помощь в течение одного дня. При использовании режима сочетанного применения мифепристона и вагинального введения мизопростола, как описано выше, средний интервал между стимуляцией и абортом составляет 5,9–6,6 часов [26, 40, 41, 59].

### **Применяемые режимы при задержке плода**

Существует немного исследований, направленных на изучение возможных режимов для женщин, у которых аборт не происходит в течение 24 часов. В соответствии с некоторыми протоколами, если аборт не происходит, мифеприс-

тон вводится повторно, после чего снова вводится мизопропрост вагинально [59]. Пациентки, у которых аборт не происходит в течение вторых суток, получают третью дозу мифепристона с последующим введением гемипроста в дозировке 1 мг каждые 3 часа. На данный момент все еще отсутствует единое мнение относительно разработки руководств для группы женщин, у которых аборт не происходит или задерживается, однако существует мнение, что для тех женщин, у которых он не наступает на вторые или на третьи сутки, более целесообразным подходом может быть «дилатация и эвакуация» [59]. При наличии возможности выбора следует дать возможность самим женщинам решить, каким образом действовать дальше.

### **Хирургическое удаление плаценты**

Рутинное хирургическое выскабливание матки после медикаментозного аборта во II триместре не требуется. Эту операцию следует выполнять при наличии клинических признаков, указывающих на факт неполного аборта [15].

После выделения плода в процессе аборта, как правило, вскоре выталкивается плацента. Для ускорения выделения плаценты иногда проводится инъекция окситоцина. Если плацента не выделяется в течение 1–2 часов, может быть проведено инфузионное введение 10 единиц окситоцина в 500 мл физиологического раствора со скоростью 20–30 капель в минуту с целью содействия выталкиванию плаценты, либо введены иные средства, стимулирующие сокращения матки, в соответствии с местными руководствами [15, 53]. После выделения плаценты ее необходимо осмотреть, чтобы убедиться в ее целостности. В случае неполной плаценты может потребоваться выскабливание матки. Если плацента не выделяется спустя более, чем 1–2 часа наблюдения, или если у женщины начинается обильное кровотечение, может потребоваться выскабливание матки.

После аборта женщина должна оставаться в больнице в течение не менее 4 часов для наблюдения за основными показателями жизнедеятельности организма и объемом вагинального кровотечения. При наличии обильного вагинального кровотечения необходимо выполнить тщательный гинекологический осмотр при помощи зеркала с целью исключить разрывы шейки матки. При отсутствии видимых разрывов

в нижней части половых путей, однако сохраняющемся недостаточном сокращении матки и продолжающемся кровотечении необходимо исследовать полость матки на предмет выявления сохранившихся остатков продуктов зачатия.

В проведенном недавно крупном исследовании серии абортов, проведенных во II триместре, лишь 2,5–11% женщин потребовалось хирургическое выскабливание после выполненного медикаментозного аборта [36, 41, 59, 69]. Полный аборт происходит все чаще по мере увеличения срока беременности [40]. Выполнение рутинного выскабливания, однако, не является гарантией от вероятности повторной госпитализации по причине кровотечения после аборта и необходимости выскабливания матки. Более определенный подход – использование рутинного выскабливания – может практиковаться в процессе обучения медицинских работников по оценке целостности плаценты после аборта.

### **Аборт во втором триместре и кесарево сечение в анамнезе**

Показатели кесарева сечения во всем мире в целом растут. Несмотря на то, что во многих исследованиях был продемонстрирован невысокий риск осложнений при родоразрешении через естественные пути после кесарева сечения, опыт в отношении абортов во II триместре у женщин с наличием рубца на матке ограничен [70, 71]. Разрыв матки, кровотечение и гистеротомия/гистерэктомия остаются мало распространенными, однако возможными осложнениями при любом методе прерывания во II триместре. В ходе проведенного обзора литературы было установлено, что разрыв матки ассоциируется с применением окситоцина в высокой дозировке [63]. Среди 23 женщин с кесаревым сечением в анамнезе, получавших мифепристон в сочетании с гемипростом, был отмечен один случай асимптоматического разрыва матки [72]. Кроме того, имеются свидетельства случаев разрыва матки при применении мизопроста в сочетании с рубцом на матке [61, 73].

### **Организация подготовки к аборту**

#### **Консультирование**

Как консультирование, так и собственно выполнение аборта должны предоставляться

без излишних задержек. Женщины должны иметь свободу выбора консультирования конфиденциального (один-на-один) или с партнером, родителем или подругой. В идеале консультирование перед абортом должно также включать консультирование по вопросам контрацепции и предоставление необходимых средств, что позволит начать использовать выбранный метод контрацепции немедленно после аборта.

#### **Физикальный осмотр и ультразвуковое исследование**

В большинстве случаев подтверждение факта беременности и ее продолжительность устанавливаются на основе медицинского анамнеза женщины и физикального осмотра. Ультразвуковое исследование не требуется большинству женщин, хотя его применение достаточно распространено. Возможно, использование ультразвука целесообразно для диагностики патологий или нежизнеспособной беременности.

#### **Клиническое обследование и лабораторные исследования**

Необходимо собрать клинический анамнез для выяснения противопоказаний и факторов риска в отношении возможных осложнений. Анамнез пациента должен включать личный и семейный анамнез значимых заболеваний; прием на данный момент каких-либо лекарственных препаратов, наличие аллергии; акушерско-гинекологический анамнез; склонность к любым кровотечениям; и наличие в анамнезе инфекций, передаваемых половым путем. Социальный анамнез должен включать оценку риска заболеваний, передаваемых половым путем, учитывая показатели распространенности заболеваемости в данном регионе. Любые инфекционные заболевания половых органов должны быть исключены, либо их лечение должно быть начато до проведения аборта. Медицинскому работнику необходимо учитывать вероятность насилия или принуждения в контексте нежеланной беременности.

Основные показатели состояния организма, артериальное давление и температуру необходимо измерить перед процедурой и во время процедуры. Следует определить уровень гемоглобина, группу крови и резус-фактор. Резус-отрицательным женщинам необходимо провести

анти-Д-профилактику (ввести анти-резус иммуноглобулин Д).

#### **Процедура аборта**

При использовании мифепристона в сочетании с мизопростолом женщинам со сроком беременности более девяти недель, как правило, требуется два посещения клиники [15]. Также возможен контрольный осмотр спустя несколько недель после аборта.

##### **Первое посещение**

Одна таблетка мифепристона дозировкой в 200 мг принимается перорально. Женщине рекомендуется прийти повторно спустя 36–48 часов для госпитализации в стационар одного дня, чтобы завершить процедуру аборта приемом мизопростола. Крайне редко (0,2–0,4% случаев) аборт происходит после приема мифепристона, однако женщину необходимо проинформировать об этой вероятности. Ее также необходимо проинформировать об ожидаемом действии препаратов и о возможных побочных эффектах. В случае обильного кровотечения и/или сильных сокращений матки женщине следует рекомендовать обратиться в клинику.

##### **Второе посещение**

При втором посещении женщина поступает в клинику для введения мизопростола. Вначале вводится вагинально 800 мкг мизопростола, затем по 400 мкг перорально каждые 3 часа, максимум — 4 пероральные дозы. В ходе аборта необходимо обеспечивать соответствующее обезболивание. Аборт может произойти после введения любой дозы мизопростола. После выделения плаценты ее необходимо осмотреть, чтобы убедиться в ее целостности. Если плацента выделена не полностью, может потребоваться выскабливание полости матки.

Женщина находится под наблюдением не менее 4 часов после аборта с целью контроля состояния основных показателей состояния организма и объема кровяных выделений из влагалища. При выписке из клиники женщинам необходимо проинформировать относительно ожидаемых эффектов и возможных побочных эффектов или осложнений. При сроке беременности от 15 недель и более следует предоставить женщине лекарственные препараты, подавляющие лактацию.

## Ожидаемое действие и побочные эффекты

У большинства женщин возникают после введения мизопростола спастические боли в абдоминальной области и начинается кровотечение. Как правило, объем кровотечения не чрезмерен. Спастические боли вызываются сокращениями матки, необходимыми для аборта. Предоставление соответствующей информации и обезболивающих препаратов позволяют женщине расслабиться, что способствует уменьшению дискомфорта. НСПВП с целью облегчения боли можно принимать одновременно с мизопростолом. Некоторым женщинам для обезболивания могут потребоваться наркотические обезболивающие препараты или парацервикальная блокада.

При необходимости женщине могут быть предоставлены противорвотные препараты. Повышение температуры и озноб достаточно распространены после введения мизопростола. Эти признаки не свидетельствуют о наличии инфекции у женщины. При необходимости можно дать жаропонижающие препараты. Эти побочные эффекты,

как правило, ослабевают или исчезают спустя 24 часа после приема последней дозы мизопростола.

## Дальнейшие исследования

Дальнейшие исследования следует посвятить совершенствованию обезболивания. Медикаментозный аборт обладает рядом преимуществ при пороках развития плода; он рассматривается при разработке совершенствования оказания помощи при осложнениях беременности. Также необходимо дальнейшее изучение вопросов оказания помощи женщинам, у которых медикаментозный аборт не произошел спустя 24 часа. Кроме того, следует еще более снизить показатели неоправданного хирургического выскабливания матки после выделения плода, а также разработать руководства по режимам, способствующим выделению плаценты. Помимо этого, рекомендуется провести дополнительные исследования с целью определения оптимального сочетания мифепристона и мизопростола у женщин с кесаревым сечением в анамнезе.

## Литература

1. Drey E.A., Foster D.G., Jackson RA, et al. Risk factors associated with presenting for abortion in the second trimester. *Obstetrics & Gynecology* 2006; 107(1): 128–35.
2. Grimes D.A. The continuing need for late abortions. *JAMA* 1998; 280(8): 747–50.
3. Bujalkova M. Birth control in anti-uity. *Bratisl Lek Listy* 2007; 108(3): 163–6.
4. Medical Methods for Termination of Pregnancy. WHO Technical Report Series 871. World Health Organization, Geneva, 1997.
5. Urquhart D.R., Templeton A.A. Mifepristone (RU 486) and second-trimester termination. *Lancet* 1987; 2(8572): 1405.
6. Silvestre L., Dubois C., Renault M., et al. Voluntary interruption of pregnancy with mifepristone (RU 486) and a prostaglandin analogue. A large-scale French experience. *New England Journal of Medicine* 1990; 322 (10): 645–8.
7. Gottlieb C., Bygdeman M. The use of antiprogesterin (RU 486) for termination of second trimester pregnancy. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 1991; 70(3): 199–203.
8. Bygdeman M., Swahn M.L. Progesterone receptor blockage. Effect on uterine contractility and early pregnancy. *Contraception* 1985 Jul; 32(1): 45–51.
9. Swahn M.L., Bygdeman M. The effect of the antiprogesterin RU 486 on uterine contractility and sensitivity to prostaglandin and oxytocin. *British Journal of Obstetrics & Gynaecology* 1988; 95(2): 126–34.
10. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Induced Abortion Guidelines No.11. London7 RCOG, 1997.
11. Bartlett L.A., Berg C.J., Shulman H.B., et al. Risk factors for legal induced abortion-related mortality in the United States. *Obstetrics & Gynecology* 2004; 103(4): 729–37.
12. Elam-Evans L.D., Strauss L.T., Herndon J., et al. Abortion surveillance – United States, 2000. *Morbidity and Mortality Weekly Report Surveillance Summaries* 2003; 52(12): 1–32.
13. Boyd P.A., Tondi F., Hicks N.R., et al. Autopsy after termination of pregnancy for fetal anomaly: retrospective cohort study. *BMJ* 2004; 328(7432): 137.
14. Safe Abortion: Technical and Policy Guidelines for Health Systems. Geneva: World Health Organization, 2003.
15. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. The Care of Women Requesting Induced Abortion. Guidelines No.7. London, 2004.
16. Grimes D.A., Schulz K.F., Cates W., Jr., et al. Mid-trimester abortion by dilatation and evacuation: a safe and practical alternative. *New England Journal of Medicine* 1977; 296(20): 1141–5.
17. Autry A.M., Hayes E.C., Jacobson G.F., et al. A comparison of medical induction and dilation and evacuation for second-trimester abortion. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 2002; 187(2): 393–7.
18. Report of Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom (1994–1996) Why Mothers Die. Department of Health. London: Her Majesty's Stationary Office. 1997.
19. Lalitkumar S., Bygdeman M., Gemzell-Danielsson K. Mid-

- trimester induced abortion: a review. *Human Reproduction Update*. 2007; 13(1): 37–52.
20. World Health Organization. *Unsafe Abortion: Global Estimates of the Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2000*. 4th ed. Geneva: WHO, 2004.
21. Johannisson E., Oberholzer M., Swahn M.L., et al. Vascular changes in the human endometrium following the administration of the progesterone antagonist RU 486. *Contraception* 1989; 39(1): 103–17.
22. Norman J.E., Thong K.J., Baird D.T. Uterine contractility and induction of abortion in early pregnancy by misoprostol and mifepristone. *Lancet* 1991; 338 (8777): 1233–6.
23. Radestad A., Christensen N.J., Stromberg L. Induced cervical ripening with Mifepristone in first trimester abortion. A double-blind randomized biomechanical study. *Contraception* 1988; 38(3): 301–12.
24. Mitchell M.D. Regulation of eicosanoid biosynthesis during pregnancy and parturition. In: Hiller K, editor. *Eicosanoids and Reproduction*. Lancaster: MTP Press, 1987. p. 108–27.
25. Ho P.C., Chan Y.F., Lau W. Misoprostol is as effective as gemeprost in termination of second trimester pregnancy when combined with mifepristone: a randomised comparative trial. *Contraception* 1996; 53(5): 281–3.
26. Bartley J., Baird D.T. A randomised study of misoprostol and gemeprost in combination with mifepristone for induction of abortion in the second trimester of pregnancy. *BJOG* 2002; 109(11): 1290–4.
27. Tang O.S., Gemzell-Danielsson K., Ho P.C. Misoprostol: Pharmacokinetic profiles, effects on the uterus and side-effects. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2007; 99(Suppl 2): S160–7.
28. Thong K.J., Baird D.T. A study of gemeprost alone, dilapan or mifepristone in combination with gemeprost for the termination of second trimester pregnancy. *Contraception* 1992; 46(1): 11–7.
29. Ho P.C., Tsang S.S., Ma H.K. Reducing the induction to abortion interval in termination of second trimester pregnancies: a comparison of mifepristone with laminaria tent. *British Journal of Obstetrics & Gynaecology* 1995; 102(8): 648–51.
30. Ho P.C., Ngai S.W., Liu K.L., et al. Vaginal misoprostol compared with oral misoprostol in termination of second-trimester pregnancy. *Obstetrics and Gynecology* 1995; 102(8): 648–51.
31. el-Refaey H., Templeton A. Induction of abortion in the second trimester by a combination of misoprostol and mifepristone: a randomized comparison between two misoprostol regimens. *Human Reproduction* 1995; 10(2): 475–8.
32. Ngai S.W., Tang O.S., Ho P.C. Randomized comparison of vaginal (200 microg every 3 h) and oral (400 microg every 3 h) misoprostol when combined with mifepristone in termination of second trimester pregnancy. *Human Reproduction* 2000; 15(10): 2205–8.
33. Hamoda H., Ashok P.W., Flett G.M., et al. A randomized trial of mifepristone in combination with misoprostol administered sublingually or vaginally for medical abortion at 13–20 weeks gestation. *Human Reproduction* 2005; 20(8): 2348–54.
34. Tang O.S., Lau W.N., Chan C.C., et al. A prospective randomised comparison of sublingual and vaginal misoprostol in second trimester termination of pregnancy. *BJOG* 2004; 111(9): 1001–5.
35. Heikinheimo O., Suhonen S., Haukkamaa M. One- and 2-day mifepristone-misoprostol intervals are both effective in medical termination of second-trimester pregnancy. *Reproductive BioMedicine Online* 2004; 8(2): 236–9.
36. Nilas L., Glavind-Kristensen M., Vejborg T., et al. One or two day mifepristone-misoprostol interval for second trimester abortion. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 2007; 86(9): 1117–21.
37. UK Multicentre Study Group. Oral mifepristone 600 mg and vaginal gemeprost for mid-trimester induction of abortion. An open multicenter study. *Contraception* 1997; 56(6): 361–6.
38. Tang O.S., Thong K.J., Baird D.T. Second trimester medical abortion with mifepristone and gemeprost: a review of 956 cases. *Contraception* 2001; 64(1): 29–32.
39. Cameron I.T., Michie A.F., Baird D.T. Prostaglandin-induced pregnancy termination: further studies using gemeprost (16,16 dimethyl-trans-delta 2-PGE1 methyl ester) vaginal pessaries in the early second trimester. *Prostaglandins* 1987; 34(1): 111–7.
40. Thong K.J., Baird D.T. An open study comparing two regimens of gemeprost for the termination of pregnancy in the second trimester. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 1992; 71(3): 191–6.
41. Armatage R.J., Luckas M.J. A randomized trial of 2 regimens for the administration of vaginal prostaglandins (gemeprost) for the induction of midtrimester abortion. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology* 1996; 36(3): 296–9.
42. Wong K.S., Ngai C.S., Wong A.Y., et al. Vaginal misoprostol compared with vaginal gemeprost in termination of second trimester pregnancy. A randomized trial. *Contraception* 1998; 58(4): 207–10.
43. Bebbington M.W., Kent N., Lim K., et al. A randomized controlled trial comparing two protocols for the use of misoprostol in midtrimester pregnancy termination. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 2002; 187(4): 853–7.
44. Jain J.K., Meckstroth K.R., Mishell D.R., Jr. Early pregnancy termination with intravaginally administered sodium chloride solution-moistened misoprostol tablets: historical comparison with mifepristone and oral misoprostol. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 1999; 181(6): 1386–91.
45. Wong K.S., Ngai C.S., Yeo E.L., et al. A comparison of two regimens of intravaginal misoprostol for termination of second trimester pregnancy: a randomized comparative trial. *Human Reproduction* 2000; 15(3): 709–12.
46. Herabutya Y., Chanrachakul B., Punyavachira P. Vaginal misoprostol in termination of second trimester pregnancy. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research* 2000; 26(2): 121–5.

47. Herabutya Y., Chanrachakul B., Punyavachira P. Second trimester pregnancy termination: a comparison of 600 and 800 micrograms of intravaginal misoprostol. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research* 2001; 27(3): 125–8.
48. Pongsatha S., Tongsong T. Second trimester pregnancy termination with 800 mcg vaginal misoprostol. *Journal of Medical Association of Thailand* 2001; 84(6): 859–63.
49. Dodd J.M., Crowther C.A. Misoprostol versus cervagem for the induction of labour to terminate pregnancy in the second and third trimester: a systematic review. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 2006 Mar 1; 125(1): 3–8.
50. Ho P.C., Blumenthal P.D., Gemzell-Danielsson K., et al. Misoprostol for the termination of pregnancy with a live fetus at 13 to 26 weeks. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2007; 99(Suppl 2): S178–81.
51. Bartley J., Brown A., Elton R., et al. Double-blind randomized trial of mifepristone in combination with vaginal gemeprost or misoprostol for induction of abortion up to 63 days gestation. *Human Reproduction* 2001; 16(10): 2098–102.
52. Van Look P.F., Bygdeman M. Antiprogestational steroids: a new dimension in human fertility regulation. *Oxford Reviews of Reproductive Biology* 1989; 11:2–60.
53. Thong K.J., Baird D.T. Induction of second trimester abortion with mifepristone and gemeprost. *British Journal of Obstetrics & Gynaecology* 1993; 100(8): 758–61.
54. Gemzell-Danielsson K., Ostlund E. Termination of second trimester pregnancy with mifepristone and gemeprost. The clinical experience of 197 consecutive cases. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 2000; 79(8): 702–6.
55. Hamoda H., Ashok P.W., Flett G.M., et al. Analgesia requirements and predictors of analgesia use for women undergoing medical abortion up to 22 weeks of gestation. *BJOG* 2004; 111(9): 996–1000.
56. Li C.F., Wong C.Y., Chan C.P., et al. A study of co-treatment of nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) with misoprostol for cervical priming before suction termination of first trimester pregnancy. *Contraception* 2003; 67(2): 101–5.
57. Creinin M.D., Shulman T. Effect of nonsteroidal anti-inflammatory drugs on the action of misoprostol in a regimen for early abortion. *Contraception* 1997; 56(3): 165–8.
58. Fiala C., Swahn M.L., Stephansson O., et al. The effect of non-steroidal anti-inflammatory drugs on medical abortion with mifepristone and misoprostol at 13–22 weeks gestation. *Human Reproduction* 2005; 20(11): 3072–7.
59. Ashok P.W., Templeton A., Wagaarachchi P.T., et al. Midtrimester medical termination of pregnancy: a review of 1002 consecutive cases. *Contraception* 2004; 69(1): 51–8.
60. Norman J.E. Uterine rupture during therapeutic abortion in the second trimester using mifepristone and prostaglandin. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 1995; 102(4): 332–3.
61. Chen M., Shih J.C., Chiu W.T., et al. Separation of cesarean scar during second-trimester intravaginal misoprostol abortion. *Obstetrics & Gynecology* 1999; 94(5 Pt 2): 840.
62. Wiener J.J., Evans A.S. Uterine rupture in midtrimester abortion. A complication of gemeprost vaginal pessaries and oxytocin. Case report. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 1990; 97(11): 1061–2.
63. Atienza M.F., Burkman R.T., King T.M. Midtrimester abortion induced by hyperosmolar urea and prostaglandin F2 alpha in patients with previous cesarean section: clinical course and potential for uterine rupture. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 1980; 138(1): 55–9.
64. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Termination of Pregnancy for Fetal Abnormality in England, Scotland and Wales. London: RCOG, 1996.
65. Drey E.A., Foster D.G., Jackson R.A., et al. Risk factors associated with presenting for abortion in the second trimester. *Obstetrics & Gynecology*. 2006 Jan; 107(1): 128–35.
66. Elimian A., Verma U., Tejani N. Effect of causing fetal cardiac asystole on second-trimester abortion. *Obstetrics & Gynecology* 1999; 94(1): 139–41.
67. Bhide A., Sairam S., Hollis B., et al. Comparison of feticide carried out by cordocentesis versus cardiac puncture. *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology* 2002; 20(3): 230–2.
68. Senat M.V., Fischer C., Bernard J.P., et al. The use of lidocaine for feticide in late termination of pregnancy. *BJOG* 2003; 110(3): 296–300.
69. Ashok P.W., Templeton A. Nonsurgical mid-trimester termination of pregnancy: a review of 500 consecutive cases. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 1999; 106(7): 706–10.
70. Gautam R., Agrawal V. Early medical termination pregnancy with methotrexate and misoprostol in lower segment cesarean section cases. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research* 2003; 29(4): 251–6.
71. Miller D.A., Diaz F.G., Paul R.H. Vaginal birth after cesarean: a 10-year experience. *Obstetrics & Gynecology* 1994; 84(2): 255–8.
72. Boulot P., Hoffet M., Bachelard B., et al. Late vaginal induced abortion after a previous cesarean birth: potential for uterine rupture. *Gynecologic and Obstetric Investigation*. 1993; 36(2): 87–90.
73. Berghahn L., Christensen D., Droste S. Uterine rupture during second-trimester abortion associated with misoprostol. *Obstetrics & Gynecology* 2001; 98(5 Pt. 2): 976–7.

*Second Trimester Medical Abortion with Mifepristone-Misoprostol and Misoprostol Alone:  
A Review of Methods and Management*

*Kristina Gemzell-Danielsson, Sujata Lalitkumar  
Reproductive Health Matters 2008;16(31 Supplement): 162–72.*



www.gzrf.ru

©2006 Проблемы репродуктивного здоровья.  
Авторские права защищены.  
Проблемы репродуктивного здоровья 2008;16(31  
Приложение):173–182  
0968-8080/08 \$ — см. титульную страницу  
PII: S0968-8080(08)31379-2



www.rhmjournal.org.uk

## Осложнения после хирургического и медикаментозного аборта во втором триместре беременности

Даниель Гроссман<sup>a</sup>, Келли Блэнчард<sup>b</sup>, Пол Блументаль<sup>c</sup>

- <sup>a</sup> Старший помощник редактора, Ibis Reproductive Health, Отделение акушерства и гинекологии, Главный госпиталь Сан-Франциско, Сан-Франциско, штат Калифорния, США.  
Электронная почта: dgrossman@ibisreproductivehealth.org  
<sup>b</sup> Президент, Ibis Reproductive Health, Кембридж, Массачусетс, США  
<sup>c</sup> Профессор отделения гинекологии, Кафедра акушерства и гинекологии, Стэнфордский Медицинский университет, Стэнфорд, Калифорния, США

**Краткое содержание:** *Аборты во втором триместре беременности связаны с более высокими показателями распространенности осложнений по сравнению с абортом в первом триместре. В развитых странах для выполнения аборта на поздних сроках чаще всего используются методы «дилатация и эвакуация» и медикаментозная стимуляция с применением мизопростола или сочетания мифепристона и мизопростола, однако на данный момент проведено немного исследований, направленных на прямое сравнение этих методов. Авторы провели обзор литературы в PubMed и обнаружили лишь одно небольшое рандомизированное контролируемое исследование и одно ретроспективное когортное исследование со сравнительными данными по этим методам, хотя в когортное исследование не были включены случаи использования режима с применением мифепристона. Поиск был расширен с целью включения последовательных анализов отдельных случаев и когортных исследований по использованию этого метода. В рандомизированном исследовании женщины, которым была проведена медикаментозная стимуляция, сообщили о значительно более высоком уровне боли и значительно больших побочных эффектах. В когортном исследовании неполный аборт встречался чаще среди женщин, которым была проведена медикаментозная стимуляция. В исследовании, направленном на изучение этого метода, серьезные осложнения, такие как перфорация матки, разрыв матки и кровотечение, встречались редко, хотя последний побочный эффект, вероятно, встречается чаще при медикаментозной стимуляции. Современные данные позволяют сделать предположение, что при наличии должной подготовки медицинских работников и прочих необходимых условий «дилатация и эвакуация» является более предпочтительным методом, чем медикаментозная стимуляция. Необходимо провести крупномасштабное рандомизированное контролируемое исследование с целью непосредственного сравнения результатов двух методов, изучения приемлемости для женщин и мнений медицинских работников относительно их проведения.* © «Проблемы репродуктивного здоровья», 2005 г. Авторские права защищены.

**Ключевые слова:** медикаментозный аборт во втором триместре беременности, «дилатация и эвакуация», безопасность и эффективность, Канада, Шотландия, США, Вьетнам

**В** медицинских учреждениях развитых стран, несмотря на то, что аборт является весьма безопасным, смертность после процедур, выполненных во II триместре, выше, чем после абортов в I триместре. В США, где смертность, связанная с абортом, достаточно низкая, было обнаружено, что риск смертельного исхода значительно возрастает с увеличением срока бере-

менности [1]. Данные материнской смертности 1988–1997 гг. свидетельствуют о том, что показатели смертности после абортов, выполненных при сроке 8 недель или менее, составляли 0,1 смертельных случаев на 100 тыс. легальных прерываний беременности, и этот показатель увеличивается до 1,7 смертельных случаев на 100 тыс. абортов, выполненных при сроке 13–15

недель. Показатели смертности по абортам, выполненным при сроке 16–20 нед., составили 3,4 смертельных случая на 100 тыс. процедур, и 8,9 случаев на 100 тыс. абортов при сроке беременности 21 нед. и более. Хотя абсолютный риск смерти был достаточно низким, относительный риск смерти при аборте, выполненном на сроке 21 нед. или позже, был более чем в 75 раз выше, чем риск, связанный с абортom на сроке 8 недель [1]. В данной серии исследований 85% смертельных случаев были вызваны прямыми причинами – преимущественно кровотечением и инфекцией, – и приблизительно 15% были связаны с косвенными причинами, такими как эмболия и осложнения после анестезии [1].

Во II триместре беременности могут применяться методы как хирургического, так и медикаментозного аборта. В развитых странах «дилатация и эвакуация» и медикаментозная стимуляция с применением мифепристона и мизопростола (или только мизопростола) стали наиболее распространенными технологиями аборта во II триместре. В США стандартом является «дилатация и эвакуация», в то время как в значительной части Европы наиболее распространенным методом считается медикаментозный аборт.

Метод «дилатации и эвакуации», как правило, выполняется поэтапно. На первом этапе процедуры шейка матки постепенно расширяется, как правило, с применением гигроскопических расширителей, таких как ламинария, или других искусственных расширителей, либо с применением простагландина, например, мизопростола, или сочетания обоих этих методов. Эти методы расширения матки предпочтительнее прямой механической дилатации, которая, как было установлено, способствует повышению риска травмы шейки матки и перфорации матки [2]. В отдельных случаях подготовка шейки матки повторяется спустя 24–48 часов, как правило, в амбулаторных условиях. После соответствующей подготовки шейки матки проводится дренирование амниотической жидкости с применением метода вакуумной аспирации, затем ткани плода и плаценты удаляются по частям с использованием захватывающих щипцов. Во многих учреждениях при наличии ультразвуковой эхографии врачи выполняют процедуру под контролем ультразвука.

Было изучено несколько режимов медикаментозной стимуляции во II триместре, и недав-

но было проведено сравнение этих методов [3]. Наиболее изученный режим [4] включает амбулаторное введение 200 мг мифепристона с последующим спустя 36–48 часов вагинальным введением 800 мкг мизопростола в условиях стационара. Затем женщине вводят дополнительные дозы мизопростола – 400 мкг перорально по необходимости, каждые три часа, до тех пор, пока не произойдет аборт, максимум до четырех доз. При неудаче вводится еще одна доза мифепристона 200 мг перорально, после чего каждые три часа вводится вагинально по 400 мкг мизопростола, максимум до пяти доз. Как альтернатива может быть проведено хирургическое выскабливание полости матки.

Ряд исследований был направлен на прямое сравнение методов «дилатации и эвакуации» и современных медикаментозных методов с использованием мифепристона или мифепристона в сочетании с мизопростолом. В одном рандомизированном контролируемом исследовании сравнивали метод «дилатации и эвакуации» с внутриаамниотическим введением простагландина F2-альфа – медикаментозным методом, который в настоящее время уже не является широко применяемым. В результате данного исследования было установлено, что у женщин, которым была выполнена медикаментозная стимуляция с использованием простагландина F2-альфа, значительно чаще, чем у женщин, которым была проведена «дилатация и эвакуация», возникали осложнения (относительный риск 5,7; 95% ДИ 2,1–15,3). Кроме этого, отмечались значительно более высокие показатели рвоты и диареи по сравнению с пациентами, которым была проведена «дилатация и эвакуация» [5]. В данной статье представлен анализ имеющихся ограниченных сравнительных данных по «дилатации и эвакуации» и по медикаментозной стимуляции с применением исключительно мизопростола или мифепристона в сочетании с мизопростолом, а также отдельные данные по обоим типам процедур, с акцентом на отмеченные осложнения. Также предложены направления для дальнейших исследований.

## Методы

Авторы провели поиск в базе данных PubMed в сентябре 2007 г. по следующим ключевым словам: аборт во II триместре, «дилатация и эвакуа-

ция», мифепристон и мизопростол. Были включены только исследования, опубликованные на английском языке. Все рандомизированные контролируемые исследования и сравнительные когортные исследования были включены в анализ. Учитывая небольшое число найденных исследований, соответствующих заданным критериям, авторы расширили анализ и включили когортные исследования и последовательные исследования отдельных случаев, включающие более 400 случаев по обоим методам. Исследования, касающиеся других медикаментозных методов, кроме мизопростола или мифепристона в сочетании с мизопростолом, не были включены в изучаемую выборку. Основные результаты, на которые было обращено внимание, включали перфорацию или разрыв матки, кровотечение, требующее переливания крови, неполный аборт с необходимостью хирургического выскабливания, разрывы шейки матки, инфекции и любые другие отмеченные осложнения.

## Результаты

Было найдено только одно рандомизированное контролируемое исследование, посвященное сравнению результатов «дилатации и эвакуации» и медикаментозного аборта с применением мифепристона и мизопростола во II триместре [6]. Проведенный недавно обзор Cochrane по этой теме также выделил это исследование как единственное рандомизированное исследование, посвященное сравнению метода «дилатации и эвакуации» с медикаментозной стимуляцией с применением мифепристона [7]. К сожалению, в этом исследовании, проведенном в США, возникли сложности с набором женщин, желающих принять участие в рандомизированной выборке. По этой причине исследование было прекращено спустя один год, причем было набрано лишь 18 испытуемых. Женщины, получившие мифепристон с мизопростолом, сообщили о значительно более сильной боли, чем прошедшие процедуру «дилатации и эвакуации» ( $p = 0,03$ ). Хотя не было отмечено статистически значимых различий, с точки зрения осложнений между двумя группами, у шести из девяти женщин, распределенных случайным образом в группу, получившую мифепристон-мизопростол, имели место один или более побочные эффекты, связанные с процедурой, в сравнении с лишь одним подобным случаем у женщины, пе-

ренесшей «дилатацию и эвакуацию» (относительный риск 6,0; 95% ДИ 0,9–40,3). В группе женщин, получивших медикаментозную стимуляцию, наблюдались следующие осложнения: у трех женщин – остатки плацентарной ткани, потребовавшие инструментального удаления; у трех температура поднималась выше 38 °С; и одна женщина родила плод с признаками жизни. У одной женщины осложнения были отсрочены; она обратилась повторно спустя шесть дней после выполнения процедуры, и у нее были обнаружены сохранившиеся ткани, потребовавшие проведения вакуум-эксхолеации. У женщины с возникшими осложнениями из группы получивших «дилатацию и эвакуацию» произошел спонтанный аборт после введения ламинарии; ей потребовалось удаление плаценты, кроме того, у нее возникли поверхностные ожоги в абдоминальной области вследствие использования грелки для облегчения болей во время схваток. Женщины из группы «медикаментозного аборта» чаще сообщали о таких симптомах, как тошнота, рвота, головокружение и головная боль, в сравнении с женщинами из группы «дилатации и эвакуации», хотя эти различия не были статистически значимыми.

Было проанализировано одно ретроспективное когортное исследование, посвященное сравнению 139 женщин, которым была проведена процедура «дилатации и эвакуации», со 158 женщинами, которым был проведен медикаментозный аборт (с применением любого метода) в двух больницах США в период с 1994 по 2001 г. [8]. В 79% случаев женщинами, которым была проведена медикаментозная стимуляция, применялся режим введения исключительно мизопростола; никто из них не получал мифепристон. В отношении остальных 21% случаев метод стимуляции не был указан, однако можно предположить, что это был более старый метод. Отмечались значительные различия между этими двумя группами. Так, в группе получивших медикаментозную стимуляцию аборт был выполнен на более поздней стадии беременности, чем в группе женщин, которым аборт был проведен хирургическим методом (20,3 недель в сравнении с 18,4 недель,  $p \leq 0,001$ ). Кроме того, в «хирургической» группе для расширения шейки матки (92% в сравнении с 65%,  $p \leq 0,001$ ) чаще использовались ламинарии; и у женщин, которым был проведен хирургический аборт, чаще имелись медицинские показания к выполнению данной

процедуры (4% в сравнении с 1%,  $p = 0,05$ ). В целом доля женщин с выраженными побочными эффектами была выше среди тех, кому была проведена медикаментозная стимуляция, в сравнении с аналогичным показателем после хирургического аборта (29% в сравнении с 4%,  $p \leq 0,001$ ). Как показано в таблице 1, у женщин с медикаментозной стимуляцией значительно чаще, чем у подвергшихся хирургическому аборту, выбранный метод аборта оказывался неудачным ( $p < 0,01$ ), и сохранялись продукты зачатия, потребовавшие удаления при помощи выскабливания ( $p < 0,001$ ).

После контрольного учета сроков беременности и продолжительности пребывания в больнице было установлено, что относительный риск возникновения побочных эффектов значительно ниже при хирургическом аборте, чем при медикаментозном (относительный риск 0,1; 95% ДИ 0,0–0,3).

При поиске было обнаружено несколько исследований, в ходе которых наблюдалось более 400 случаев «дилатации и эвакуации». Самое крупное из них было проведено в США и включало 11747 случаев в период с 1972 по 1981 гг. [9]. Еще одно исследование, проведенное в США в период с 1986 и 1990 гг., включало 547 случаев «дилатации и эвакуации», проведенных

при сроке беременности 15–20 недель [10]\*. В 1979–1980 гг. в США было проведено исследование, направленное на изучение 1 392 последовательных случаев «дилатации и эвакуации» при сроке беременности 13–16,5 недель [11]. Также авторы включили в анализ ретроспективное когортное исследование 2 218 женщин, которым была проведена «дилатация и эвакуация» с предварительной подготовкой шейки матки путем трансбуккального введения мизопростола, с ламинариями или без, в 19 центрах США в 2002–2003 гг. [12]. Кроме того, была проанализирована серия случаев во Вьетнаме, включавшая 439 женщин, наблюдавших в период с 1999 по 2002 г., которым был применен этот метод [13]. Не было обнаружено когортных исследований или последовательных исследований серии случаев, включавших не менее 400 женщин, применявших исключительно мизопростол. Единственное исследование, направленное на анализ режима сочетанного введения мифепристона и мизопростола и соответствовавшее

\* В это исследование также, по-видимому, были включены случаи расширения и выскабливания, выполненные при сроке беременности менее 15 недель, однако данные по осложнениям, отмеченным по всем случаям при сроке 14 недель и менее, были объединены в отчете.

**Таблица 1. Сравнительная характеристика существующих осложнений после медикаментозного аборта и «дилатации и эвакуации», данные исследований, проведенных в США, в 2002 (адаптированное) [9]**

Осложнение <sup>а</sup>	Дилатация и эвакуация ( $n = 139$ )	Медикаментозный аборт <sup>б</sup> ( $n = 158$ )	$p$
Любые осложнения	$5 \pm 3,6$	$45 \pm 28,5$	$< 0,001$
Неудача первоначального метода <sup>в</sup>	0	$11 \pm 7,0$	$< 0,01$
Кровотечение, потребовавшее трансфузию <sup>в</sup>	$1 \pm 0,7$	$1 \pm 0,6$	не достоверно
Инфекция, потребовавшая введения антибиотиков <sup>в</sup>	0	$2 \pm 1,3$	не достоверно
Остатки плодного яйца <sup>д</sup>	$1 \pm 0,7$	$33 \pm 20,9$	$< 0,001$
Разрыв шейки матки, потребовавший восстановления <sup>в</sup>	$3 \pm 2,2$	$2 \pm 1,3$	не достоверно
Повреждение органа <sup>в</sup>	0	$2 \pm 1,3$	не достоверно
Повторная госпитализация <sup>в</sup>	$1 \pm 0,7$	$1 \pm 0,6$	не достоверно

<sup>а</sup> Величины представлены средними числами  $\pm$  среднеквадратичное отклонение. Во всех статистических анализах, кроме тех что были перечислены, использовали критерий хи-квадрат для определения различий пропорций.

<sup>б</sup> В 125 случаях использовался только Мизопростол; остальные использовали другие медикаментозные методы. Никто не использовал режим Мифепристон-Мизопростол.

<sup>в</sup> Использовался критерий Фишера.

<sup>д</sup> Потребовались дилатация и эвакуация для медикаментозного аборта или повторная операция для хирургического аборта

критериям поиска, было проведено в Шотландии. В него были включены последовательно 1 002 женщины, которым был проведен аборт при сроке беременности 13–21 недель в 1994–2001 гг. [4]. В оставшейся части статьи авторы рассматривают осложнения, возникшие как после «дилатации и эвакуации», так и после медикаментозной стимуляции, в этих исследованиях. Результаты представлены в схематическом виде в таблице 2.

### Перфорация и разрыв матки

Среди рассмотренных примеров проведенной «дилатации и эвакуации» распространенность перфорации матки была достаточно низкой. Ее показатели колебались от 0,2% в наиболее позднем исследовании, проведенном в США [12] и в канадском исследовании [10], до 0,4% в одном из наиболее ранних исследований в США [9] и 0,5% в исследовании, проведенном во Вьетнаме [13]. Последние два исследования с наиболее высокими показателями перфорации матки ха-

рактеризовались наличием врачей с наименьшим опытом проведения «дилатации и эвакуации». Это позволяет предположить, что частота подобных осложнений снижается с увеличением опыта, что и было продемонстрировано в других исследованиях [2]. В исследовании, проведенном в США в 1979–1980 гг., не было отмечено ни одного случая перфорации матки, несмотря на тот факт, что 87% процедур выполнялись врачами-ординаторами, проходившими обучение [11]. При других ретроспективных анализах были обнаружены факторы, связанные с перфорацией матки: заниженная оценка срока беременности, недостаточное расширение шейки матки и отсутствие использования ультразвука в ходе выполнения процедуры [14, 15].

Перфорация матки может также возникать в тех случаях, когда введение лекарственных препаратов с целью медикаментозной стимуляции не приносит успеха и возникает необходимость проведения хирургического аборта. В ретроспективном когортном исследовании, проведен-

**Таблица 2. Обобщенная таблица осложнений, о которых сообщалось в шести исследованиях с использованием одного метода: пять исследований с «дилатацией и эвакуацией» и одно исследование с использованием режима мифепристон – мизопропрост (по странам и городам)**

	Дилатация и эвакуация					Мифепристон – Мизопропрост
	США <sup>9</sup> , 1972–1981 гг.	США <sup>11</sup> , 1979–1980 гг.	Вьетнам <sup>13</sup> , 1999–2002 гг.	Канада <sup>10</sup> , 1986–1990 гг.	США <sup>12</sup> , 2002–2003 гг.	Шотландия <sup>4</sup> , 1994–2001 гг.
Срок беременности, нед	13–26	13–16,5	13–18	15–20	12–23,9	13–21
Число случаев, %	11,747	1,392	439	547	2218	1002
Перфорация матки	0,4	0	0,5	0,2	0,2	0
Разрыв матки	0	0	0	0	0	0,1
Кровотечение, потребовавшее трансфузию	0,2	0,6	0,2 <sup>a</sup>	0,2	0,09	0,7
Неполный аборт	0,3	1	0	0,4	0,05	8
Разрыв шейки матки, потребовавший зашивания	1 <sup>b</sup>	0	0,2	0	0,1	0
Инфекционный процесс ср. степени тяжести	0,8	4,1 <sup>b</sup>	0	2	0,09	2,6 <sup>c</sup>
Сепсис	0,06		0	0,4	0,05	0

<sup>a</sup> Не было ни одного случая, потребовавшего трансфузии, в одном случае кровотечения потребовалась гистерэктомия.

<sup>b</sup> Эта серия состояла из случаев, при которых не использовались ламинирии или другие формы для подготовки шейки матки, и в большом количестве случаев у женщин, не получавших ламинирии, на сроке 18 недель беременности и больше не было разрывов шейки матки.

<sup>c</sup> Среди 507 женщин, у которых были представлены данные повторного визита, антибиотики профилактически не использовались. Тяжесть инфекционного процесса не была точно определена.

<sup>d</sup> Среди 354 женщин, у которых были представлены данные повторного визита.

ном в США, у одной из 158 женщин (0,6%), которой была проведена медикаментозная стимуляция неустановленным способом, процедура не оказалась успешной. Затем ей была выполнена «дилатация и эвакуация», осложненная перфорацией матки, потребовавшей проведения лапаротомии. Еще одной женщине с кесаревым сечением в анамнезе в этом исследовании была проведена стимуляция путем вагинального введения мизопростола. У нее возник разрыв матки, также потребовавший проведения срочной лапаротомии [8].

Случаи разрыва матки отмечались и после медикаментозной стимуляции во II триместре с применением мифепристона и мизопростола. В исследовании серии случаев, проведенных в Шотландии, женщине с первой беременностью (0,1%) была успешно проведена стимуляция, осложненная продолжительным кровотечением, потребовавшим проведения лапаротомии [4]. В процессе лапаротомии был обнаружен небольшой разрыв стенки матки, на который были наложены швы.

### Кровотечение

Чрезмерно обильное кровотечение может возникать как при «дилатации и эвакуации», так и при медикаментозной стимуляции. Объем кровопотери при «дилатации и эвакуации», как правило, составляет от 100 до 400 мл; в 0,9% случаев в наиболее крупном и давнем исследовании, проведенном в США [9], объем кровопотери превышал 500 мл. В этом исследовании, а также в канадском исследовании [10] 0,2% женщин потребовалось переливание крови. В другом, более раннем исследовании в США у четырех женщин сразу же началось кровотечение, потребовавшее гемотрансфузии, и еще четырем потребовалось переливание в отсроченном интервале времени (кумулятивная частота составила 0,6%). В более позднем исследовании серии случаев переливание понадобилось меньшей части женщин. В наиболее позднем из включенных в данный анализ исследований, проведенном в США и посвященном изучению «дилатации и эвакуации», у шести женщин возникло кровотечение объемом кровопотери более 500 мл, из них двоим (0,09%) необходима была гемотрансфузия [12]. В исследовании, проведенном во Вьетнаме, не было отмечено ни одного случая переливания крови, хотя одной женщине потребовалась гистерэктомия вследствие возникшего кровоте-

чения [13]. К факторам, связанным с увеличением объема кровопотери при проведении «дилатации и эвакуации», относятся увеличение сроков беременности, применение общей анестезии, увеличение времени выполнения операции, предлежание плаценты и приросшая плацента [9, 6, 17]. Было отмечено, что применение вазопрессина при парацервикальной блокаде способствует снижению объема кровопотери [18].

В проведенном в Шотландии исследовании, посвященном изучению медикаментозной стимуляции, 0,7% женщин потребовалась гемотрансфузия. Этот показатель выше, чем в рассматриваемых здесь исследованиях, направленных на изучение метода «дилатации и эвакуации», особенно в сравнении с наиболее поздним исследованием данного метода, в котором переливание необходимо было только в 0,09% случаев [13]. В результате проведенного ретроспективного когортного исследования не было обнаружено значимых различий в числе женщин, нуждающихся в гемотрансфузии, в обеих сравниваемых группах [8].

### Неполный аборт

Еще одной распространенной причиной чрезмерно обильного кровотечения является неполный аборт. В ретроспективном когортном исследовании, как было отмечено выше, это осложнение встречалось более часто среди женщин, которым была проведена медикаментозная стимуляция [8]. В исследовании серии случаев медикаментозной стимуляции с применением мифепристона и мизопростола неполный аборт был зарегистрирован у 8% женщин [4]. В ретроспективном когортном исследовании при использовании исключительно мизопростола или прочих методов медикаментозной стимуляции у 19% женщин медикаментозная стимуляция не принесла желаемых результатов [8]. Эти данные соответствуют результатам, полученным в других исследованиях, которые продемонстрировали, что режим сочетанного применения мифепристона и мизопростола приводит к значительно повышению эффективности в сравнении с применением исключительно мизопростола [3]. Однако вероятность неполного аборта после «дилатации и эвакуации» по-прежнему значительно ниже, чем после медикаментозной стимуляции с применением мифепристона и мизопростола. В различных исследованиях серий случаев «дилатации и эвакуации», проанализированных в данной статье, процент случаев, пот-

ребовавших повторного хирургического вмешательства после неполного аборта, варьировал от 0,05% [12] в наиболее позднем исследовании до 0,3% [9], 0,4% [10] и 1% [11] в более ранних исследованиях.

### Разрывы шейки матки

Разрывы шейки матки возможны как после «дилатации и эвакуации», так и после медикаментозной стимуляции. В ходе ретроспективного когортного исследования не было обнаружено значимых различий в частоте возникновения разрывов шейки матки среди женщин обеих групп сравнения [8]. В изученной серии случаев не было отмечено разрывов шейки матки, требующих наложения швов, среди женщин, подвергшихся медикаментозной стимуляции с применением мифепристона и мизопростола [6]. В двух сериях случаев после «дилатации и эвакуации» разрывы шейки матки были отмечены у женщин в 0,1 и 0,2% случаев [14]. В наиболее раннем исследовании, посвященном изучению метода «дилатации и эвакуации», разрывы шейки матки (1% случаев) встречались чаще при больших сроках беременности; кроме того, исследование было проведено до того, как применение ламинарий для подготовки шейки матки стало рутинной процедурой [9]. В двух других исследованиях серии случаев «дилатации и эвакуации» [11, 12] не было зарегистрировано разрывов шейки матки, потребовавших хирургической помощи.

### Инфекция

Мета-анализ исследований, проведенный в 1996 г., показал, что профилактический прием антибиотиков при выполнении хирургического аборта до 16 недель беременности способствует значительному снижению относительного риска инфекции (относительный риск 0,58; 95% ДИ 0,47–0,71) [19], и в настоящее время это является стандартной практикой. Относительно медикаментозной стимуляции во II триместре подобных исследований не проводилось, однако в большинстве протоколов рутинное применение антибиотиков в профилактических целях отсутствует.

В изученных нами сериях случаев «дилатации и эвакуации» антибиотикопрофилактика была использована всегда, за исключением серии случаев 1979–1980 гг. [11]. В наиболее ранних исследованиях в США и Канаде незначительная

инфекция была отмечена в 0,8% (9) – 2% [10] случаев. Было проведено последующее наблюдение этих случаев и установлено, что в 0,05% [9] – 0,4% [10] потребовалась госпитализация для лечения инфекции. В серии случаев в 1979–1980 гг. у 4,1% женщин была диагностирована инфекция при контрольном посещении врача [11]. В наиболее позднем исследовании, включавшем свыше 2 000 женщин в США, были выявлены два случая повышения температуры, не требовавших медицинского вмешательства, и один случай сепсиса, приведший к коагулопатии и смертельному исходу [12]. В исследовании, проведенном во Вьетнаме, не было отмечено ни одного случая инфекции [13].

При анализе серии случаев медикаментозной стимуляции с применением мифепристона и мизопростола не было отмечено серьезных случаев инфекции, хотя 2,6% из 354 женщин, по которым имелись данные последующего наблюдения (35% от общего числа), получали антибиотики при контрольном посещении врача по поводу предполагаемой инфекции органов тазовой области [4]. В ходе ретроспективного когортного исследования не было отмечено значимых различий в доле женщин с инфекционными осложнениями, потребовавшими внутривенное введение антибиотиков, среди подвергшихся «дилатации и эвакуации» и тех, кому был проведен медикаментозный аборт. Вместе с тем два выявленных случая были отмечены в группе женщин после медикаментозной стимуляции [8].

### Дискуссия

Аборты во II триместре связаны с более высокими показателями осложнений по сравнению с прерыванием беременности в I триместре. Хотя относительный риск осложнений выше во II триместре, абсолютный риск невелик, когда прерывание беременности выполняется (в случае хирургического аборта) или наблюдается (в случае медикаментозной стимуляции) квалифицированными медицинскими работниками. Имеется очень мало опубликованных данных по непосредственному сравнению «дилатации и эвакуации» и медикаментозного аборта во II триместре с применением мифепристона и мизопростола. Единственное небольшое рандомизированное контролируемое исследование, позволяющее предположить, что «дилатация и эвакуация», предпочтительнее медикаментозной

стимуляции с применением мифепристона и мизопростола, с точки зрения как осложнений, так и приемлемости, не достаточно велико, чтобы убедительно продемонстрировать разницу в основных результатах обеих процедур. Тем не менее, несмотря на небольшое число исследований, существующие данные, анализ которых представлен в данной статье, демонстрируют, что показатели осложнений при применении обоих методов – в особенности серьезных осложнений – достаточно низки или редки. Также следует отметить, что «дилатация и эвакуация», по-видимому, становится безопаснее с годами; частота осложнений в более поздних исследованиях ниже по сравнению с более ранними исследованиями.

Наиболее значимая разница при медикаментозном и хирургическом аборте во втором триместре наблюдается при анализе осложнений в виде неполного аборта. Хотя технологии медикаментозного аборта продолжают совершенствоваться, в рассмотренном в данной статье шотландском исследовании 8% женщин потребовалось завершение аборта хирургическим путем [4] в сравнении с 0,05% женщин, которым потребовалось повторное хирургическое выскабливание в наиболее позднем исследовании серии случаев «дилатации и эвакуации» в США [13].

Несмотря на то, что непосредственное сравнение между двумя методами выполнения абортов по другим осложнениям не может быть проведено, проанализированные здесь данные могут быть использованы для разработки предложений относительно направления будущих исследований. Более высокая доля женщин, нуждающихся в гемотрансфузии после медикаментозной стимуляции в сравнении с «дилатацией и эвакуацией», является поводом для беспокойства и заслуживает дальнейшего изучения. Интуитивно это представляется разумным, поскольку неполный аборт, значительно более часто ассоциируемый с медикаментозной стимуляцией, связан с кровотечением. Возможно, что вмешательство на более ранней стадии с целью хирургического выскабливания в случае кровотечения при медикаментозной стимуляции приведет к снижению числа гемотрансфузий, однако это будет способствовать увеличению доли женщин, которым потребуется хирургическое выскабливание.

Полученные данные относительно инфекции позволяют предположить, что потребуются до-

полнительные исследования по этим результатам после медикаментозного аборта во втором триместре беременности. Не представляется возможным сделать вывод относительно сравнительного риска возникновения и развития инфекции на основании рассмотренных здесь данных по причине небольшого числа женщин, явившихся на контрольный осмотр после медикаментозного аборта, а также поскольку они не получали антибиотикопрофилактику. В серии случаев «дилатации и эвакуации», в ходе которых проводилась эта профилактика, было очень мало случаев развития инфекции, особенно сепсиса. В будущих исследованиях с целью изучения медикаментозной стимуляции с применением мифепристона и мизопростола необходимо обеспечить адекватную явку на контрольный осмотр и изучить распространенность четко выраженных инфекционных осложнений. Это позволит определить, представляют ли они собой результат, являющийся поводом для беспокойства, и целесообразно ли применение антибиотиков в профилактических целях.

При медикаментозной стимуляции возможен разрыв матки, и ведутся значительные дебаты по поводу того, повышается ли риск этого осложнения у женщин, в анамнезе которых были роды методом кесарева сечения. Разрыв матки отмечался как у женщин с кесаревым сечением в анамнезе, так и у женщин без этого анамнеза. Имеющиеся данные не позволяют сделать убедительный вывод относительно наличия или отсутствия связи между этими факторами. Данные, полученные в результате двух ретроспективных исследований, свидетельствуют об отсутствии повышенного риска перфорации матки среди женщин с кесаревым сечением в анамнезе, подвергающимся медикаментозной стимуляции с применением мизопростола во втором триместре беременности [20, 21]. В то же время другое ретроспективное исследование, направленное на изучение применения мифепристона в сочетании с мизопростолом, позволяет предположить, что кесарево сечение в анамнезе является значимым фактором риска [22]. Женщины с кесаревым сечением в анамнезе также подвергаются более высокому риску в процессе «дилатации и эвакуации». В одном из рассмотренных в данной статье исследований, посвященном «дилатации и эвакуации», было отмечено, что у женщин с кесаревым сечением в анамнезе вероятность побочных эффектов в 3 раза выше, чем у

женщин, не подвергавшихся этой операции в прошлом [12]. Женщин с кесаревым сечением в анамнезе, выполняющих аборт во II триместре, следует считать относящимися к группе повышенного риска, независимо от типа выполняемой им процедуры; данные, позволяющие предположить, что один метод предпочтительнее другого, отсутствуют.

В настоящей статье не рассматриваются существующие данные относительно приемлемости хирургических или медикаментозных методов для женщин или медицинских работников. Результаты рандомизированного контролируемого исследования позволяют предположить, что, по крайней мере, в США, женщины предпочитают процедуру «дилатации и эвакуации». В этом исследовании набор происходил медленно, поскольку лишь немногие из соответствующих критериям отбора женщин согласились на рандомизацию, и 93% отказавшихся от участия заявили, что они предпочитают «дилатацию и эвакуацию» [6]. Эти предпочтения могут различаться в зависимости от культурных норм и от того, какая процедура считается стандартной, однако имеющиеся данные необходимо анализировать, и следует проинформировать о полученных результатах медицинские учреждения, оказывающие услуги. Однако при любом обсуждении вопроса о том, какой метод следует предлагать и какой считается предпочтительным, необходимо учитывать не только безопасность и эффективность метода, но также и опыт проведения аборта. Сторонники хирургического метода в течение длительного времени отстаивают точку зрения, согласно которой «дилатация и эвакуация» является более эффективной процедурой, быстрой и более щадящей по отношению к женщинам, поскольку избавляет их от необходимости переживать родовые схватки и рождение мертвого плода. Несмотря на то, что внедрение медикаментозного аборта позволило снизить среднюю величину интервала времени между стимуляцией и абортом всего до шести часов [23], тем не менее эти переживания остаются тяжелыми для женщин. В случаях вынужденного использования исключительно мизопростала, при отсутствии в наличии мифепристона, средний промежуток времени между стимуляцией и абортом еще длиннее и менее предсказуем. Кроме того, для пациентки, у которой после медикаментозной стимуляции происходит неполный аборт и затем требуется хирургическое выскабливание,

подобная процедура, несомненно, рассматривается как нежелательное явление.

Напротив, исход «дилатации и эвакуации» предсказуем с точки зрения необходимого для операции времени. После «вводной части» — подготовки шейки матки, описанной выше, — собственно хирургическая процедура занимает от 15 до 20 минут, даже на более поздних сроках беременности. Для женщины подобный предсказуемый сценарий зачастую психологически предпочтительнее неизвестной продолжительности родовой деятельности, свойственной медикаментозной стимуляции. Кроме того, вследствие дополнительного успокаивающего эффекта используемых обезболивающих препаратов, а также более пассивного участия женщины (которая «подвергается операции», а не является активным участником самой процедуры), «дилатация и эвакуация» может быть менее эмоционально травматичной, чем медикаментозный аборт [24]. В то же время, в отличие от меньшего участия врачей (в отличие от медицинских сестер) в медикаментозном аборте, «дилатация и эвакуация» требует полного вовлечения врача, и, по мере увеличения срока беременности, значительную часть эмоционального бремени процедуры несет врач.

Проведение «дилатации и эвакуации» требует финансовых вложений в подготовку медицинских работников, которые затем могут поддерживать свою квалификацию, выполняя минимальное число процедур в течение каждого года. Необходимо провести исследования для определения программ обучения, соответствующий уровень медицинского работника, владеющего хирургическими навыками, для безопасного проведения «дилатации и эвакуации», объем услуг для поддержания этих навыков. Также важно изучить предпочтения медицинских работников в отношении методов аборта во II триместре. Складывается впечатление, что большинство медицинских работников в настоящее время, по крайней мере в Европе, предпочитают выполнять медикаментозную стимуляцию, а не проводить «дилатацию и эвакуацию», и немногие гинекологи стремятся пройти обучение выполнению последнего метода. Результаты недавно проведенного исследования свидетельствуют о том, что хотя «дилатация и эвакуация» является безопасным и эффективным методом, «некоторым медицинским работникам очень тяжело с моральной точки зрения выполнять эту проце-

дуру на большом сроке беременности» [3]. Однако может быть верным и то, что некоторым медицинским сестрам, наблюдающим рождение плода после медикаментозной стимуляции при аборте во II триместре, может быть также тяжело [24]. Исследования, направленные на изучение того, как врачи и медицинские сестры справляются с этими сложностями, были бы полезны в целях обучения и подготовки. Выполнение аборта во II триместре представляет собой определенную сложность, независимо от метода, тем не менее, те, кто готов проводить эту процедуру, также преданы делу удовлетворения потребностей женщин.

В целом существует необходимость в проведении более крупного рандомизированного исследования с целью непосредственного сравнения абортов во II триместре, выполненных методом «дилатации и эвакуации» и с применением мифепристона в сочетании с мизопростолом, чтобы установить степень различий в осложнениях между двумя методами, а также подробного изучения вопросов приемлемости как для женщин, так и для медицинских работников. Учитывая сложности с набором испытуемых для рандомизированного контролируемого исследования в США, отмечается определенный скептицизм в отношении того, возможно ли провести подоб-

ное сравнительное исследование. Компания Ibis Reproductive Health в настоящее время работает совместно с сотрудниками Кейптаунского университета и другими соавторами в ЮАР над подготовкой исследования, направленного на сравнение методов хирургического и медикаментозного аборта и медикаментозной стимуляции, и, возможно, в контексте данной страны исследование окажется более реальным. Поскольку в ЮАР стандартным методом проведения аборта во II триместре является медикаментозная стимуляция, женщины могут быть заинтересованы в получении возможности доступа к услугам «дилатации и эвакуации» и потенциальной возможности избежать медикаментозной стимуляции.

### Выражения благодарности

*Доклад, основанный на материалах данной статьи, был представлен на Международной конференции по вопросам абортов во II триместре 29–30 марта 2007 г. Исследования финансировались Фондом действий за безопасные аборты Международной федерации планирования семьи (International Planned Parenthood Federation's Safe Abortion Action Fund) и Фондом Уильяма и Флоры Хьюлетт (the William and Flora Hewlett Foundation.)*

### Литература

1. Bartlett L.A., Berg C.J., Shulman H.B., et al. Risk factors for legal induced abortion-related mortality in the United States. *Obstetrics and Gynecology* 2004; 103(4): 729–37.
2. Grimes D.A., Schulz K.F., Cates W.J. Jr. Prevention of uterine perforation during curettage abortion. *Journal of the American Medical Association* 1984; 251(16): 2108–11.
3. Lalitkumar S., Bygdeman M., Gemzell-Danielsson K. Mid-trimester induced abortion: a review. *Human Reproduction Update* 2007; 13(1): 37–52.
4. Ashok P.W., Templeton A., Wagaarachchi P.T., et al. Midtrimester medical termination of pregnancy: a review of 1002 consecutive cases. *Contraception* 2004; 69(1): 51–8.
5. Grimes D.A., Hulka J.F., McCutchen M.E. Midtrimester abortion by dilatation and evacuation versus intra-amniotic instillation of prostaglandin F2 alpha: a randomized clinical trial. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1980; 137: 785–90.
6. Grimes D.A., Smith M.S., Witham A.D.. Mifepristone and misoprostol versus dilation and evacuation for midtrimester abortion: a pilot randomised controlled trial. *BJOG* 2004; 111(2): 148–53.
7. Lohr P.A., Hayes J.L., Gemzell-Danielsson K. Surgical versus medical methods for second trimester induced abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 1. Art. No.: CD006714. DOI: 10.1002/1461858.CD006714.pub2.
8. Autry A.M., Hayes E.C., Jacobson G.F., et al. A comparison of medical induction and dilation and evacuation for second-trimester abortion. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2002; 187(2): 393–7.
9. Peterson W.F., Berry F.N., Grace M.R., et al. Second-trimester abortion by dilatation and evacuation: an analysis of 11,747 cases. *Obstetrics and Gynecology* 1983; 62(2): 185–90.
10. Jacot F.R., Poulin C., Bilodeau A.P., et al. A five-year experience with second-trimester induced abortions: no increase in complication rate as compared to the first trimester. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1993; 168(2): 633–7.
10. Altman A.M., Stubblefield P.G., Schlam J.F., et al. Midtrimester abortion with Laminaria and vacu-

- um evacuation on a teaching service. *Journal of Reproductive Medicine* 1985; 30(8): 601–6.
11. Patel A., Talmont E., Morfesis J., et al. Adequacy and safety of buccal misoprostol for cervical preparation prior to termination of second-trimester pregnancy. *Contraception* 2006; 73(4): 420–30.
  12. Castleman L.D., Oanh K.T., Hyman A.G., et al. Introduction of the dilation and evacuation procedure for second-trimester abortion in Viet Nam using manual vacuum aspiration and buccal misoprostol. *Contraception* 2006; 74(3): 272–6.
  13. Darney P.D., Atkinson E., Hirabayashi K. Uterine perforation during second-trimester abortion by cervical dilation and instrumental extraction: a review of 15 cases. *Obstetrics and Gynecology* 1990; 75(3/Part 1): 441–4.
  15. Darney P.D., Sweet R.L. Routine intraoperative ultrasonography for second trimester abortion reduces incidence of uterine perforation. *Journal of Ultrasound Medicine* 1989; 8(2): 71–5.
  16. Thomas A.G., Alvarez M., Friedman F. Jr, et al. The effect of placenta previa on blood loss in second-trimester pregnancy termination. *Obstetrics and Gynecology* 1994; 84(1): 58–60.
  17. Rashbaum W.K., Gates E.J., Jones J., et al. Placenta accreta encountered during dilation and evacuation in the second trimester. *Obstetrics and Gynecology* 1995; 85(5 Pt 1): 701–3.
  18. Schulz K.F., Grimes D.A., Christensen DD. Vasopressin reduces blood loss from second-trimester dilatation and evacuation abortion. *Lancet* 1985; 2(8451): 353–6.
  19. Sawaya G.F., Grady D., Kerlikowske K., Grimes D.A. Antibiotics at the time of induced abortion: the case for universal prophylaxis based on a meta-analysis. *Obstetrics and Gynecology* 1996; 87(5 Pt 2): 884–90.
  20. Daskalakis G.J., Mesogitis S.A., Papantoniou N.E., et al. Misoprostol for second trimester pregnancy termination in women with prior caesarean section. *BJOG* 2005; 112(1): 97–9.
  21. Dickinson J.E. Misoprostol for second-trimester pregnancy termination in women with a prior cesarean delivery. *Obstetrics and Gynecology* 2005; 105(2): 352–6.
  22. Mazouni C., Provensal M., Porcu G., et al. Termination of pregnancy in patients with previous cesarean section. *Contraception* 2006; 73(3): 244–8.
  23. el-Refaey H., Templeton A. Induction of abortion in the second trimester by a combination of misoprostol and mifepristone: a randomized comparison between two misoprostol regimens. *Human Reproduction* 1995; 10(2): 475–8.
  24. Kaltreider N.B., Goldsmith S., Margolis A.J. The impact of midtrimester abortion techniques on patients and staff. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1979; 135(2): 235–8.

*Complications after Second Trimester Surgical and Medical Abortion*  
Daniel Grossman, Kelly Blanchard, Paul Blumenthal  
*Reproductive Health Matters* 2008; 16(31 Supplement): 173–82.



www.gzrf.ru

©2006 Проблемы репродуктивного здоровья.  
Авторские права защищены.  
Проблемы репродуктивного здоровья 2008;16(31  
Supplement):183–188  
0968-8080/08\$ — см. титульную страницу  
PII: : S0968-8080(08)31378-0



www.rhmjournal.org.uk

## Выбор метода проведения аборта во II триместре: эволюция, доказательства и этические аспекты

Девид А. Граймс

Отделение акушерства и гинекологии, Медицинский университет Северной Каролины, Chapel Hill, Северная Каролина, США. Электронная почта: dagrimes@mindspring.com

**Краткое содержание.** *Спустя десятилетия после появления метода «дилатации и эвакуации» он все еще не предлагается повсеместно гинекологами, проводящими аборт во II триместре беременности. О том, что этот метод является предпочтительным для большинства женщин, свидетельствуют доказательства в трех областях. Во-первых, в соответствии со своим сформировавшимся в процессе эволюции предназначением матка приспособлена для изгнания своего содержимого на ранних и поздних сроках беременности, но не в середине. Следовательно, стимуляция родовой деятельности при помощи медикаментозного аборта заставляет матку выполнять задачу, для которой она не предназначена. Во-вторых, когортные и рандомизированные контролируемые исследования, проводившиеся в течение последних 30 лет, последовательно продемонстрировали, что «дилатация и эвакуация» безопаснее и эффективнее, чем аборт методом стимуляции родовой деятельности, независимо от применяемого средства, вызывающего аборт. В-третьих, согласно этическим принципам благодеяния, самостоятельности и справедливости необходимо, чтобы «дилатация и эвакуация» предлагалась в рутинном порядке гинекологами, выполняющими аборт во II триместре беременности. Неравномерная доступность этого метода, с точки зрения географического распределения, может быть связана с недостаточным владением информацией, отсутствием необходимого инструментария и недостаточным уровнем подготовки, либо с отсутствием мотивации у медицинских работников. В соответствии с принципами доказательной медицины и биоэтики эти препятствия на пути улучшения помощи женщинам возможно и необходимо преодолеть.*

**Ключевые слова:** аборт во II триместре, медикаментозный аборт, расширение и выскабливание

**В**ыбор метода проведения аборта во II триместре активно и широко обсуждается в течение уже трех десятилетий. Публикация нового систематического кохрейновского обзора, посвященного методам проведения аборта во II триместре [1], дает повод вернуться к рассмотрению этой темы. В данной статье показано, каким образом эволюционная биология, опубликованные доказательства и принципы биоэтики совместно указывают на вывод, согласно которому «дилатация и эвакуация» является наиболее предпочтительным методом выбора для большинства женщин.

### Эволюция матки

Спонтанный аборт играет фундаментальную роль в выживании нашего вида. Из всего значительного числа происходящих оплодотворений и имплантаций большинство аномальных беременностей идентифицируются и прерываются в ходе спонтанного аборта или выкидыша [2]. Выкидыш может приносить определенную пользу и в других смыслах, например, с точки зрения увеличения промежутка между беременностями. С этой точки зрения выкидыш может представлять собой наследственную форму планирования семьи.

Большинство выкидышей происходит на ранних стадиях беременности. Изгнание эмбриона в

течение первых нескольких недель представляет наименьший риск для женщины. (Эффективность выкидыша является причиной успешности медикаментозного аборта на ранних стадиях беременности и его завершения у значительной части пациентов.) Напротив, если бы спонтанный аборт происходил преимущественно в середине беременности, риск кровотечения или инфицирования был бы выше. В процессе эволюции матка сформировалась таким образом, чтобы распознавать и отвергать аномальные беременности на более ранних сроках, с большей вероятностью, чем на более поздних стадиях.

В середине беременности матка должна стремиться максимально удержать свое содержимое. Но на заключительной стадии беременности она должна вытолкнуть плод, когда он имеет хорошие шансы на выживание вне организма матери. Эволюционная биология объясняет, почему методы стимуляции родовой деятельности менее предпочтительны, чем хирургический аборт, во II триместре. Стимуляция родовой деятельности заставляет матку выполнять физиологическую функцию, противоречащую ее роли — сохранения своего «пассажира». Следовательно, для того, чтобы насильно заставить матку действовать в середине беременности, необходима значительная фармакологическая стимуляция. Например, вследствие небольшого числа окситоци-

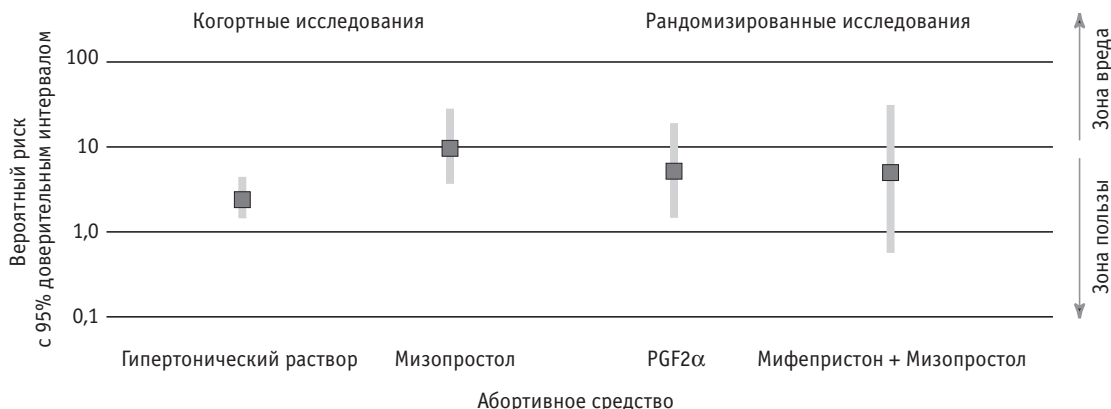
новых рецепторов в миометрии на данной стадии беременности [3], дозировка окситоцина, необходимая для достижения аборта, значительно выше, чем требующаяся в конце беременности [4]. Аналогично для стимуляции родовой деятельности в середине беременности необходима значительно более высокая дозировка мизопроста в сравнении с более поздними сроками беременности. Эта высокая дозировка влечет за собой токсичные побочные эффекты, включая тошноту, рвоту, диарею и повышение температуры. Кроме того, шейка матки упорно сопротивляется раскрытию в середине срока беременности [3]. Никакое abortивное средство не может легко преодолеть заложенную в нас генетическую программу.

### Доказательства: сравнительные исследования

Клиническая практика должна отражать наилучшие имеющиеся доказательства, равно как и предпочтения пациентов [5]. Преимущества «дилатации и эвакуации» последовательно отражены в документах, собранных за три десятилетия. В опубликованном недавно обзоре Cochrane [1] подведены итоги двух рандомизированных контролируемых исследований, в которых установлено, что «дилатация и эвакуация» безопас-

**Рисунок 1. Сравнительная характеристика безопасности индукции абортов по сравнению с дилатацией и эвакуацией, по виду abortивного вещества и типу исследования**

Гипертонический раствор: Исходы = Значительные (тяжелые) осложнения (9)  
 Мизопростол: Исходы = Незначительные (не тяжелые) осложнения (8)  
 PGF2 $\alpha$ : Исходы = Незначительные (не тяжелые) осложнения (7)  
 Мифепристон + Мизопростол: Исходы = Серьезные побочные явления (6)



нее, чем имевшиеся на момент проведения исследований abortивные средства. Когортные исследования также последовательно указывают на тот же результат (рис. 1). К abortивным веществам, с которыми сравнивали метод «дилатации и эвакуации», относятся гипертонический физиологический раствор, мочеви́на, простагландины, антипрогестины и их сочетания. При том, что современные режимы введения abortивных средств, например мифепристон в сочетании с мизопростолом, предпочтительнее режимов, применявшихся в прошлые десятилетия, они все же уступают методу «дилатации и эвакуации» с точки зрения безопасности и эффективности. Независимо от применяемого режима abortивных средств осложнения или отрицательные побочные эффекты в 2,6–7,9 раза более распространены при выполнении аборта методом стимуляции, чем при «дилатации и эвакуации» (рис. 1) [6–9]. Эти различия значительны и клинически значимы. До тех пор, пока крупные клинические исследования не опровергнут имеющиеся на данный момент наилучшие доказательства, гинекологи, игнорирующие эти различия, подвергают своих пациентов риску предотвратимых осложнений.

Наличие осложнений, требующих проведения гистерэктомии, свидетельствует о серьезной заболеваемости. Когортные исследования, проведенные в США в период с 1970 по 1978 г., были направлены на рассмотрение частоты случаев проведения гистерэктомии с целью лечения осложнений после abortов [10]. Эта частота применительно к искусственной стимуляции родовой деятельности с целью проведения аборта составила 8,0 на 10 тыс. abortов. В отношении abortов, выполняемых методом «дилатации и эвакуации» при сроке 13–15 недель, соответствующие показатели составили 6,8, а при сроке 16–20 недель – 10,0. Вследствие небольшого числа рассмотренных случаев доверительные интервалы относительно полученных пропорций широки и пересекаются между собой.

Изучение показателей смертности, связанной с abortами, на государственном уровне также позволяет получить представление о сравнительной безопасности. В США в период с 1972 по 1987 г. показатели летальности, связанной с abortами, выполненными методом стимуляции родовой деятельности, составили 7,1 на 100 тыс. процедур. Соответствующие по-

казатели по методу «дилатация и эвакуация» составили 3,7 [11].

### **Доказательства: изменения в мышлении**

В 1970-х гг. женщины, получившие доступ к «дилатации и эвакуации», быстро отказались от стимуляции родовой деятельности в пользу этого нового метода. В то время как врачам понравились преимущества этого метода с точки зрения безопасности и эффективности [12], женщин этот метод привлекал по четырем параметрам немедицинского характера: стоимость, удобство, комфортность и сочувствие. Будучи амбулаторной процедурой, «дилатация и эвакуация», как правило, является менее дорогостоящим методом, и проведенный недавно анализ стоимости подтверждает это преимущество [13]. Действительно, «дилатация и эвакуация» имеет практическое преимущество для развивающихся стран, где возможности стационарной помощи ограничены [14]. Поскольку госпитализация не требуется, такой abort, в целом, удобнее для женщин. Также он более удобен для медицинских работников: введение осмотических расширителей и планирование времени процедуры проводятся по договоренности и предсказуемы, в отличие от непредсказуемости родовой деятельности.

Родовая деятельность (сокращение матки) причиняет боль [15–17]. Поскольку при «дилатации и эвакуации» удается избежать родовой деятельности, женщины вместо долгих часов или даже дней сокращения матки ощущают некоторые схваткообразные спастические боли при введении осмотических расширителей. Парацервикальная анестезия с применением бупивакаина перед введением ламинарии может минимизировать эти боли, поскольку набухание происходит преимущественно в течение первых шести часов. В целом боль играет важную роль в биологии человека, например, подает сигнал о наличии заболевания (к примеру, обморожения или абсцесса). Применительно к abortу боль не имеет никакого биологического значения, поэтому ее следует избегать.

«Дилатация и эвакуация» также подразумевает большую степень сочувствия. К тому времени, как женщина обращается за выполнением аборта во II триместре, она, как правило, уже много выстрадала. Исследования показывают, что отрицательные реакции женщин на процедуру аборта непосредственно связаны с их контактом

с плодом [18]. Применение этого метода позволяет сместить эмоциональное бремя процедуры с женщины на врача, что совершенно уместно. Одной из наших наиболее важных задач как врачей является облегчение страдания, и физического, и эмоционального.

Ни мифепристон, ни мизопростол не приводят к смерти плода. Хотя плод, как правило, погибает в процессе травматичной сократительной деятельности матки, небольшая доля незрелых плодов появляется на свет в результате медикаментозного аборта во II триместре с признаками жизни, несмотря на утверждения об обратном [16]. Подобные случаи эмоционально трудны и для пациентки, и для тех, кто оказывает ей помощь. В соответствии с федеральным законодательством США, подобные плоды, независимо от срока беременности на момент изгнания необходимо регистрировать как живорожденные, с последующей выдачей свидетельства о смерти новорожденного. Метод «дилатации и эвакуации» исключает возможность живорождения и позволяет избежать инъекций с целью умерщвления плода.

В ходе более раннего когортного исследования было проведено сравнение психологической реакции женщин на аборт методом «дилатации и эвакуации» и методом стимуляции родовой деятельности, и полученные результаты соответствовали прогнозам [19]. Хотя женщины в обеих группах психологически были схожи перед абортом, спустя три недели после аборта у женщин, которым был проведен аборт хирургическим методом, отмечались значительно более высокие показатели по шкале «Профиль состояний настроения» в отношении общего уровня энергии. В группе женщин, которым была проведена стимуляция родовой деятельности, отмечался значительно более высокий уровень гнева и депрессии. Сохранение чувства вины не отмечалось ни у кого из пациенток после «дилатации и эвакуации» и в то же время имело место у 24% женщин после стимуляции родовой деятельности. В последней группе были высказаны мнения, что прерывание беременности методом стимуляции причиняло больше боли, чем они предполагали заранее, и что это больше было похоже на родовые схватки или на потерю ребенка. По этим причинам, когда женщинам предлагается выбор между «дилатацией и эвакуацией» и стимуляцией родовой деятельности, большинство выбирают первый вариант [6, 7].

Когда женщинам было предложено участвовать в рандомизированном контролируемом исследовании с целью сравнения этих двух методов прерывания беременности, предпочтение методу «дилатации и эвакуации» отдавали те женщины, у которых были обнаружены пороки развития плода [6].

### Этические аспекты

Медицинская практика организована на основе трех фундаментальных принципов биоэтики – благодеяния, самостоятельности и справедливости [20]. Понятие «благодеяние» относится к обязанности врача обеспечивать наилучший уход за пациентом. Как отметил Макклин:

*«Принцип благодеяния всегда являлся центральным в медицинской практике, поскольку он обязывает врачей рекомендовать формы лечения или процедуры, которые, вероятнее всего, приведут к наиболее благоприятному исходу с точки зрения здоровья их пациентов» [21].*

Обратной стороной вопроса является непричинение вреда пациенту, например, избегание психологического влияния аборта методом стимуляции родовой деятельности [18, 19]. На основании сравнительных исследований принцип благодеяния требует, чтобы большинству женщин был рекомендован метод «дилатации и эвакуации». Наоборот, если опытный гинеколог, чувствуя себя комфортно в отношении проведения стимуляции родовой деятельности, не рекомендует данный метод, это противоречит такому этическому принципу.

Аналогично можно представить, что гинеколог не предлагает своим пациенткам вагинальную гистерэктомию, объясняя это тем, что квалифицированно умеет выполнять абдоминальную гистерэктомию. Хотя это может быть верно, вагинальная гистерэктомия является предпочтительной операцией для женщин [22], и в соответствии с принципом благодеяния [20, 21] ее следует предлагать всегда, когда это возможно.

Согласно принципу самостоятельности женщина должна иметь возможность выбирать для себя метод лечения свободно, без принуждения, и обладая всей информацией, необходимой для принятия информированного решения.

В соответствии с этим принципом женщины, обращающиеся за абортом во II триместре, должны быть проинформированы об имеющихся методах и их сравнительной безопасности.

Даже если бы «дилатация и эвакуация» было аналогичным стимуляции родовой деятельности с точки зрения безопасности и эффективности, принцип самостоятельности требует, чтобы женщинам, обращающимся за проведением аборта во II триместре, было рассказано об этом методе и им можно было бы воспользоваться.

Принцип справедливости подразумевает справедливое распределение услуг здравоохранения. Предлагаемые услуги по выполнению аборта должны быть независимы от возраста, расовой принадлежности, семейного статуса, способности оплатить услуги или географического местонахождения. Цитируем Маккллина:

*«Принцип справедливости требует, чтобы все лица, нуждающиеся в услугах здравоохранения, имели равный доступ ко всем услугам, доступным другим лицам. Предпосылкой к доступу является информация о существовании и характере услуг» [21].*

Таким образом, гинеколог, выполняющий аборт во II триместре, обязан обсуждать с пациентками и предоставлять все безопасные, эффективные методы, а не только принятые в данной местности.

### **Недостаточное использование метода**

В некоторых частях света для женщин, обращающихся за выполнением аборта во II триместре беременности, доступен только метод стимуляции родовой деятельности (или, что еще хуже, гистеротомия). Этот недостаток может иметь несколько причин: отсутствие необходимых знаний, недостаточная подготовка, а также отсутствие необходимого инструментария и мотивации.

В ходе проведенного недавно обзора Cochrane [1] были проанализированы результаты последовательных исследований трех десятилетий, поэтому утверждения о недостаточной информации относительно сравнительной безопасности не представляются обоснованными. Недостаточная подготовленность специалистов и недостаток необходимого инструментария являются более убедительными объяснениями, однако обучение несложно организовать. Срок от четырех до шести недель является адекватным для медицинских работников на уровне ординатуры. Для опытных гинекологов может быть достаточно и меньшего периода. Те из нас, кто выполняет «дилатацию и

эвакуацию» и обучает этому методу, рады помочь коллегам научиться его выполнению. Инструментов, необходимых для «дилатации и эвакуации», немного, они недороги и могут использоваться в течение длительного времени (не одноразовые).

Личная мотивация, по всей вероятности, является основным препятствием на пути более широкого применения «дилатации и эвакуации». Например, «проведение операции может повлечь за собой наказание», или, наоборот, «невыполнение может быть вознаграждено» [23]. Что касается выполнения операции, «дилатация и эвакуация» достаточно неприятна для некоторых гинекологов [16, 19]. Подобное противостояние этому методу, однако, подразумевает, что эстетические аспекты могут оказывать влияние на принятие решений о хирургическом вмешательстве. Что же касается невыполнения операции, а написания назначений в медицинской карте, то после этого с дальнейшими этапами приходится справляться самой пациентке, а это позволяет врачу заниматься иными делами. Для облегчения понимания можно привести еще одну аналогию: представьте, что женщине с болезненным абсцессом бартолиновой железы нужно провести его вскрытие и дренирование. Гинеколог, которому неприятен вид и запах гноя, госпитализирует женщину и назначает ей антибиотики вместо того, чтобы провести необходимую хирургическую процедуру амбулаторно.

### **Вывод**

Подводя итог вышесказанному, следует отметить, что в ходе эволюции матка сформировалась таким образом, чтобы выталкивать свое содержимое на ранних и поздних сроках беременности, но не в ее середине. Следовательно, для удаления содержимого матки в середине беременности, как правило, целесообразно избегать стимуляции родовой деятельности. В результате сравнительных исследований, направленных на изучение заболеваемости и смертности в течение трех десятилетий, было обнаружено, что «дилатация и эвакуация» предпочтительнее методов медикаментозного прерывания беременности, даже с использованием современных abortifacientных средств. Наконец, этические принципы обязывают врачей предоставлять пациенткам наилучшие формы лечения, позволять им сво-

бно выбирать между имеющимися вариантами и обеспечивать им равный доступ к наилучшим методам терапии. Это означает, что необходимо обсуждать и предлагать метод «дилатации и эвакуации».

При условии наличия опытных гинекологов «дилатация и эвакуация» должна стать предпочтительным методом выбора для большинства женщин; медикаментозная стимуляция родовой деятельности также должна быть возможным вариантом для тех, кто пожелает выбрать этот метод. В случае, если врач-гинеколог не желает или не может самостоятельно выполнить операцию, он обязан направить пациента

к специалисту, который может это сделать. При условии отсутствия квалифицированных гинекологов нормой должен быть медикаментозный аборт, поскольку его основным преимуществом является тот факт, что для его проведения не требуется никаких специальных навыков.

Для проведения «дилатации и эвакуации» необходимо два условия: открытая шейка матки и открытый, непредубежденный ум. Неравномерное географическое распространение «дилатации и эвакуации» в настоящее время позволяет предположить, что обеспечить соблюдение последнего условия оказывается сложнее.

## Литература

- Lohr P., Hayes J., Gemzell-Danielsson K. Surgical versus medical methods for second trimester induced abortion. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008:CD006714.
- Stein Z., Susser M., Warburton D., Wittes J., Kline J. Spontaneous abortion as a screening device. The effect of fetal survival on the incidence of birth defects. American Journal of Epidemiology 1975; 102: 275–90.
- Hendricks C.H. Physiology. In: Berger GS, Brenner WE, Keith LG, eds. Second-trimester abortion. Perspectives after a decade of experience. Boston: John Wright PSG Inc, 1981: 69–78.
- Owen J., Hauth J.C., Winkler C.L., Gray SE. Midtrimester pregnancy termination: a randomized trial of prostaglandin E2 versus concentrated oxytocin. American Journal of Obstetrics and Gynecology 1992; 167: 1112–6.
- Sackett D.L., Rosenberg W.M., Gray J.A., Haynes R.B., Richardson W.S. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. British Medical Journal 1996; 312: 71–2.
- Grimes D.A., Smith M.S., Witham AD. Mifepristone and misoprostol versus dilation and evacuation for midtrimester abortion: a pilot randomized controlled trial. British Journal of Obstetrics and Gynaecology 2004; 111: 148–53.
- Grimes D.A., Hulka J.F., McCutchen M.E. Midtrimester abortion by dilatation and evacuation versus intra-amniotic instillation of prostaglandin F2 alpha: a randomized clinical trial. American Journal of Obstetrics and Gynecology 1980; 137: 785–90.
- Autry A.M., Hayes E.C., Jacobson G.F., Kirby R.S. A comparison of medical induction and dilatation and evacuation for second-trimester abortion. American Journal of Obstetrics and Gynecology 2002; 187: 393–7.
- Grimes D.A., Schulz K.F., Cates W. Jr, Tyler C.W. Jr. Mid-trimester abortion by dilatation and evacuation: a safe and practical alternative. New England Journal of Medicine 1977; 296: 1141–5.
- Grimes D.A., Flock M.L., Schulz K.F., Cates W. Jr. Hysterectomy as treatment for complications of legal abortion. Obstetrics and Gynecology 1984; 63: 457–62.
- Lawson H.W., Frye A., Atrash H.K., Smith J.C., Shulman H.B., Ramick M. Abortion mortality, United States, 1972 through 1987. American Journal of Obstetrics and Gynecology 1994; 171: 1365–72.
- Cates W. Jr, Schulz K.F., Grimes D.A., Horowitz A.J., Lyon F.A., Kravitz F.H., et al. Dilatation and evacuation procedures and second-trimester abortions. The role of physician skill and hospital setting. Journal of the American Medical Association 1982; 248: 559–63.
- Cowett A.A., Golub R.M., Grobman WA. Cost-effectiveness of dilation and evacuation versus the induction of labor for second-trimester pregnancy termination. American Journal of Obstetrics and Gynecology 2006; 194: 768–73.
- Cates W. Jr, Schulz K.F., Grimes D.A. Dilatation and evacuation for induced abortion in developing countries: advantages and disadvantages. Studies in Family Planning 1980; 11: 128–33.
- Mueller L. Second-trimester termination of pregnancy: nursing care. Journal of Obstetrics Gynecology and Neonatal Nursing 1991; 20: 284–9.
- Lalitkumar S., Bygdeman M., Gemzell-Danielsson K. Mid-trimester induced abortion: a review. Human Reproduction Update 2007; 13: 37–52.
- Grunstein S., Jaschevatzky O.E., Shalit A., Levy Y. Epidural analgesia in midtrimester abortion. International Journal of Gynaecology and Obstetrics 1976; 14: 257–60.
- Rooks J.B., Cates W. Jr. Abortion methods: morbidity, costs and emotional impact. 3. Emotional impact of D&E vs. instillation. Family Planning Perspectives 1977; 9: 276–7.
- Kaltreider N.B., Goldsmith S., Margolis A.J. The impact of midtrimester abortion techniques on patients and staff. American

- Journal of Obstetrics and Gynecology 1979; 135: 235–38.
20. American College of Obstetricians and Gynecologists. Ethics in obstetrics and gynecology, Second edition. Washington, D.C.: American College of Obstetricians and Gynecologists, 2004.
21. Macklin R. Abortion controversies: ethics, politics and religion. In: Baird DT, Grimes DA, Van Look PFA, Eds. Oxford: Blackwell Science, 1995: 170–89.
22. Johnson N., Barlow D., Lethaby A., Tavender E., Curr E., Garry R. Surgical approach to hysterectomy for benign gynaecological disease. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006; CD003677.
23. Mager R.F., Pipe P. Analyzing performance problems, or you really oughta wanna. Belmont, California: Fearon-Pitman Publishers, Inc, 1970.

*The Choice of Second Trimester Abortion Method: Evolution, Evidence and Ethics*

*David A. Grimes*

*Reproductive Health Matters 2008;16(31 Supplement): 183–8.*



www.gzrf.ru

©2008 Международный Консорциум по Медикаментозному Аборту  
Авторские права защищены.  
Проблемы репродуктивного здоровья 2008;16(31 Приложение):205–206  
0968-8080/08\$ – см. титульную страницу  
PII: S0968 -8080(08)31391-3



www.rhmjournal.org.uk

## Международная конференция «Рекомендации по абортам во втором триместре: 29–31 марта 2007 г.

Людям, занимающимся защитой интересов женщин (адвокацией), необходимо проводить работу по определению мер, направленных на поддержку безопасных и легальных абортов во II триместре беременности. Эти мероприятия должны включать следующие аспекты: разработку качественных данных о распространенности абортов во II триместре и потребности в данном виде абортов; устранение юридических, законодательных и социальных барьеров, препятствующих выполнению абортов во II триместре; а также предоставление со стороны систем здравоохранения ресурсов для обучения клиницистов выполнению этих абортов и обеспечение безопасными технологиями в различных условиях.

### Доступ

- При всей важности поддержки мер, направленных на повышение доступа к половому просвещению, контрацепции и абортам в I триместре, доступность качественных услуг по выполнению аборта во II триместре является неотъемлемым элементом безопасных услуг в области абортов.
- На долю небезопасных абортов во II триместре, при наличии законодательных ограничений, приходится непропорционально большая доля случаев смертности и заболеваемости, связанных с абортами. Инвестиции в расширение доступности, повышения безопасности и улучшения качества абортов во II триместре должны стать приоритетом для государственной политики.
- Имеется недостаточно данных по частоте абортов во II триместре – как небезопасных, так и безопасных, выполняемых легально и нелегально. Демографические исследования и исследования по вопросам здравоохранения должны включать вопросы, касающиеся абортов и использования

услуг, связанных с ними, включая поздние аборты. Следует поощрять получение информации об используемых технологиях абортов от медицинских работников; это не должно служить механизмом административного регулирования.

### Законы и политика

- Аборты в I и II триместрах беременности должны быть декриминализованы, т.е. быть легальными.
- Законодательство по абортам должно соответствовать международным стандартам прав человека. Необходимо предпринять шаги, направленные на обеспечение четкого понимания границ, установленных законами об абортах, медицинскими работниками и женщинами.
- Психическое здоровье должно быть включено в медицинские показания, особенно в странах с ограничительным законодательством.
- В случае выполнения аборта после изнасилования должны быть удалены пункты необходимости судебного или административного одобрения.
- Во втором триместре не должен быть установлен верхний предел срока беременности. Установление временных рамок для выполнения абортов при сроке беременности менее 24 недель ограничивает доступ к абортам для относительно небольшой доли нуждающихся в позднем аборте женщин со всеми сопутствующими отрицательными последствиями. На сроках 20–24 недели беременности за выполнением аборта обращаются, как правило, бедные молодые, уязвимые женщины, а также те, у которых беременность была желанной, однако были диагностированы серьезные пороки развития плода. Эти женщины нуждаются в поддержке и доступности услуг, а не в осуждении.

- Необходимо провести исследования, посвященные изучению частоты материнской заболеваемости и смертности, связанных с небезопасным выполнением аборт в II триместре.

## Методы

- Риск осложнений после абортов во II триместре в некоторой степени связан с применением таких устаревших методов, как введение гипертонического физиологического раствора, метод Ковача и гистеротомия. Применение этих методов следует прекратить и заменить их более безопасными методами.
- Следует избегать применения кюретки для завершения медикаментозного аборта во II триместре, вместо этого следует использовать метод аспирации.
- Имеющаяся информация по интраамниальному введению этакридина лактата указывает на его относительную безопасность, эффективность и невысокую стоимость при относительно более длительном интервале времени до завершения аборта и более высоком риске осложнений по сравнению с применением мифепристона-мизопростола или чистого мизопростола. Необходимо провести анализ частоты осложнений при применении этакридина лактата и составить более четкие руководства по применению медикаментозных методов, включая ограничения при использовании этакридина лактата.
- Женщинам следует предоставлять информированный выбор в отношении метода прерывания беременности (медикаментозный или хирургический) в тех случаях, когда имеется возможность выполнения обоих типов процедур.
- Следует провести сравнение безопасности и приемлемости хирургических и медикаментозных методов прерывания беременности во II триместре, особенно после 20 недель. Также необходимы исследования с целью изучения влияния различных методов абортов на медицинских работников, учитывая тот факт, что при хирургических методах основное бремя, связанное с выполнением процедуры, ложится на врача, в то время как при медикаментозных методах основное бремя несут сами женщины и медицинские сестры.

- Необходимо провести анализ стоимости и экономической эффективности услуг по выполнению аборта во II триместре. В анализ следует включить как затраты системы здравоохранения или клиники, так и стоимость услуг для пациента.

## Предоставление услуг

- Врачи в процессе профессиональной подготовки, прежде чем они начнут заниматься практикой, должны иметь возможность обучиться методу «дилатации и эвакуации» с использованием моделей для отработки навыков.
- Создание общественных групп и сетей для обмена опытом и взаимодействия медицинских работников, занимающихся выполнением аборта во II триместре, будет способствовать уменьшению изоляции и формированию чувства солидарности; их деятельность заслуживает особого внимания.
- Необходимо уделять должное внимание формированию мотивации у медицинских работников. Врачи, акушерки, медицинские сестры и другие медицинские работники, выполняющие аборты, должны получать соответствующее вознаграждение за выполнение абортов во II триместре, особенно после 20 недель беременности.
- Профессиональная ответственность не должна представлять собой препятствий для врачей, обученных выполнению абортов во II триместре, и желающих предоставлять подобные услуги.
- Необходимо, чтобы медицинские программы и система здравоохранения, в целом, предприняли усилия по дестигматизации и защите медицинских работников, выполняющих аборты во II триместре. Следует уважать потребность медицинских работников в соблюдении конфиденциальности и сохранении их роли в тайне.
- Необходимо изучить и по возможности удовлетворить эмоциональные потребности, в том числе оказать помощь при «синдроме сгорания» медицинских работников, включая всех членов коллектива, занимающихся выполнением абортов, с целью их поддержки и обеспечения непрерывности предоставления помощи.
- Медицинским службам следует разработать четкую политику в отношении отказа врачей

выполнять аборт по морально-этическим соображениям. В этом случае любой медицинский работник, не желающий проводить аборт во II триместре, обязан направить женщину к своему коллеге, готовому сделать это. Случаи, когда отказ по морально-этическим соображениям используется с целью побудить женщин обратиться к коммерческим службам, следует выявлять и искоренять.

- Политика и руководства по оказанию услуг должны содержать и подчеркивать объективный подход к женщинам, обращающимся за абортом во II триместре, и избегать стигматизации или лечения, подразумевающего собой наказание, например, отказа в обезболивании.
- Медицинским работникам следует стремиться обеспечивать в учреждениях своевременность оказания помощи женщинам, обращающимся за абортом, во избежание задержки по вине медицинского учреждения, и уважать причины, по которым они обращаются за поздним абортом.
- Обучение медицинских работников выполнению аборт всегда является целесообразным вложением ресурсов. Необходимо изучить прямые (время, затраченное преподавателем и сотрудниками) и косвенные издержки (затраты для учреждения, время на выполнение процедуры), связанные с обучением.
- Не следует ожидать, что женщины, обращающиеся за абортом во II триместре, будут принимать препараты для обезбоживания плода, поскольку необходимость подобного обезбо-

ливания не поддерживается доказательствами. Научные дебаты относительно способности плода испытывать болевые ощущения необходимо отделять от политического вопроса о праве женщины обращаться за выполнением аборта во II триместре.

### **Адвокация (защита интересов)**

- Занятия на уточнение ценностей, соотнесенные с местным культурным контекстом и основанные на использовании интерактивных методов, представляют собой эффективный способ, позволяющий помочь всем членам команды, занимающейся выполнением аборт, понимать и поддерживать женщин, обращающихся за выполнением аборт.
- В тех странах, где практикуется предпочтение пола ребенка, защитникам интересов женщин следует признать его одной из форм дискриминации против женщин и сместить акцент с аборт на оказание предпочтения сыновьям. Для обеспечения доступа важно пропагандировать и поддерживать законодательно закрепленные показания к выполнению аборт, одновременно проводя разъяснительную работу, направленную против выборочного предпочтения пола ребенка.
- Аборт во II триместре должны стать легальными и доступными по просьбе женщин.

**Международный Консорциум  
по Медикаментозному Аборту**

*International Conference on Second Trimester Abortion: Recommendations,  
29–31 March 2007  
Reproductive Health Matters 2008;16(31 Supplement): 205–6.*

© Reproductive Health Matters 2007  
All rights reserved.

This journal and the individual contributions contained in it are protected under copyright by Elsevier Ltd., and the following terms and conditions apply to their use:

#### Photocopying

Single photocopies of single articles may be made for personal use as allowed by national copyright laws. Permission of Elsevier Ltd. and payment of a fee is required for all other photocopying, including multiple or systematic copying, copying for advertising or promotional purposes, resale and all forms of document delivery. Non-profit use should be indicated, including by educational institutions for classroom use. Special rates are available and fees may be waived upon application.

Permissions may be sought directly from Elsevier Ltd. via their homepage (<http://www.elsevier.com>) by selecting «Customer support» and then «Permissions». Alternatively you can send an e-mail to: [permissions@elsevier.com](mailto:permissions@elsevier.com), or fax to: +(44) 1865 853-333.

In the USA, users may clear permissions and make payments through the Copyright Clearance Center, Inc., 222 Rosewood Drive, Danvers, MA 01923, USA; phone: (+1) (978) 7508400, fax: (+1) (978) 7504744, and in the UK through the Copyright Licensing Agency Rapid Clearance Service (CLARCS), 90 Tottenham Court Road, London W1P 0LP, UK; phone: (+44) 20 7631 5555; fax: (+44) 20 7631 5500. Other countries may have a local reprographic rights agency for payments.

#### Derivative Works

Subscribers may reproduce tables of contents or prepare lists of articles including abstracts for internal circulation within their institutions. Permission of Elsevier Ltd. is required for resale or distribution outside the institution.

Permission of Elsevier Ltd. is required for all other derivative works, including compilations and translations. Non-profit use should be indicated as appropriate.

#### Electronic Storage or Usage

Permission of Elsevier Ltd. is required to store or use electronically any material contained in this journal, including any article or part of an article.

Except as outlined above, no part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system or transmitted in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording or otherwise, without prior written permission of the publisher.

Address permissions requests to: Elsevier Science Global Rights Department, at the mail, fax and e-mail addresses noted above.

#### Notice

No responsibility is assumed by Elsevier Ltd. for any injury and/or damage to persons or property as a matter of products liability, negligence or otherwise, or from any use or operation of any methods, products, instructions or ideas contained in the material herein. Because of rapid advances in the medical sciences, in particular, independent verification of diagnoses and drug dosages should be made.

Although all advertising material is expected to conform to ethical (medical) standards, inclusion in this publication does not constitute a guarantee or endorsement of the quality or value of such product or of the claims made of it by its manufacturer.

#### Advertising

Advertising orders and enquiries can be sent to: USA, Canada and South America: Mr Tino DeCarlo, Advertising Department, Elsevier Inc., 360 Park Avenue South, New York, NY 10010-1710, USA; phone: +1-212 633 3815; fax: +1-212 633 3820; e-mail: [t.decarlo@elsevier.com](mailto:t.decarlo@elsevier.com).

Japan: Advertising Department, Elsevier K.K., 9-15 Higashi-Azabu 1-chome, Minato-ku, Tokyo 106-0044, Japan; phone: +81-3 5561 5033; fax: +81-3 5561 5047.

Europe and rest of the world: Commercial Sales Department, Elsevier Ltd., The Boulevard, Langford Lane, Kidlington, Oxford OX5 1GB, UK; phone: +44-1865 843 016; fax: +44-1865 843 976; e-mail: [media@elsevier.com](mailto:media@elsevier.com)

## AUTHOR GUIDELINES

### Submissions

Submissions are welcome on the main themes of future issues of the journal and all other reproductive health matters, including sexuality, HIV/AIDS and population policy, written in a stimulating and thoughtful way, for a well-informed, multi-disciplinary, international audience, in keeping with the editorial policy of the journal.

### Submissions should ideally be received by:

- 1 September for May publication; and
- 1 March for November publication.

Submissions are considered twice a year following the closing date for each journal issue.

### Authorship

Contributions about both developed and developing countries are welcome. For papers about developing countries, preference will be given to papers by authors from those countries or written with authors from those countries.

Each author should have participated sufficiently in the work to take public responsibility for the content, based on: 1) substantial contributions to the conception, design, analysis and interpretation; 2) drafting the article or revising its content; and 3) final approval of the version to be published.

One author should be appointed by the authors as corresponding author; she/he will be responsible for communicating with the editor and co-authors about revisions at all stages of editing and final approval of the text, proofreading and assigning copyright to RHM.

### Maximum suggested length of submissions

Features.....	5000 words
Research methodology.....	5000 words
Current research/policy/services.....	5000 words
Commentary.....	5000 words
Page from history.....	5000 words
Letters to the editor.....	600 words
Bookshelf.....	1500 words

### Acceptance and editing of papers

All submissions will be reviewed first by the editor. Every paper being considered for publication will be reviewed by two peer reviewers before it can be accepted. If the editor thinks a paper needs substantial re-writing prior to peer review, suggestions for re-writing will be made upon confirmation by the authors that the revised paper will be re-submitted.

One or more rounds of revision and editing by the authors is almost always required. Copyediting for style and language may be done by the editor, with the approval of the authors. Closer to publication, some cuts may be necessary because of length or repetition of points made in other papers. All co-authors must check, correct and approve the final version through the corresponding author. The corresponding author will receive a copy of the typeset text in PDF form via e-mail for proofreading and correction. Prior to printing, the editor reserves the right to make changes if text overruns a page.

### Peer review

RHM operates a system of open peer review, so that authors and reviewers know each others' names. However, there are legitimate reasons why a review might better be done anonymously and the editor is happy to honour such a request.

### Copyright

Copyright of papers published by RHM must be assigned to Reproductive Health Matters unless otherwise agreed in writing, i.e. if copyright already belongs to a prior publisher.

### Copies of the published paper

All co-authors will be sent a PDF of the published paper by e-mail, from which they can print as many copies as they wish, for personal use. All co-authors will also receive a year's free subscription that includes the journal issue in which their paper is published. Authors are encouraged to post final PDF copies of their papers on personal and workplace websites, with credit to RHM.

**Full guidelines available on:**  
<[www.rhmjournal.org.uk](http://www.rhmjournal.org.uk)>

## SUBMISSION GUIDELINES

### Manuscript submission

- One electronic file, containing ALL the items listed below, by e-mail – in PC-compatible Microsoft Word. The file name should be the corresponding author's surname (e.g. khan.doc).

### Covering letter

The covering letter should be signed by all co-authors; it should state that the manuscript has been read and approved by all authors and name the corresponding author. Details of prior or duplicate publication or submission elsewhere of any part of the work must be provided.

Authors are responsible for obtaining permission to reproduce any copyrighted material in their papers and a copy of any permission must accompany the letter of submission.

### Title page

- Title about 8–10 words.
- Names of all co-authors, in desired order for publication.
- Corresponding author and all co-authors – name, title, institution, postal address, phone, fax and e-mail.
- 2–3 possible peer reviewers from the country and area of expertise of the paper – name, institution, country, e-mail.

### Abstract (150–200 words)

The abstract should be a highly condensed version of the paper; its structure should tightly follow that of the paper itself, concentrating on main findings/points and conclusions. It should be clear, concise, readable and reflect what is most important in the paper. Remember that the abstract may appear in international databases and be read by people who will never see the paper. It will appear at the end of the paper in French and Spanish, translated by RHM.

- For studies: subject and purposes, when and where it was done, subjects, methods, main results and conclusions.
- For commentary and discussion papers: subject, main points, conclusions or recommendations.

### Keywords

- Up to five keywords + country/countries.

### Text

- All text Normal style, font Arial 11; left aligned; British English; single spaced; no indent or tabs on first lines of paragraphs or with quotes; blank lines between paragraphs; quotes in italics as separate paragraphs.

### Tables and figures

- Tables and figures should be numbered consecutively, in order of appearance, and placed at the end of the paper, with a clear indication in the text where they should appear. They should be designed to fit across one column if possible (7cm) or at most two columns (14.6cm), with a maximum height of 20cm. Aim for clarity and simplicity. Refer to all tables and figures in the text like this (Figure 2).
- Please use the table function in Word 7 to present tables. Tables and figures may have to be re-designed
- avoid complicated designs and three-dimensional displays. Use only black, grey and white shading or simple patterns.

### Acknowledgements

- Advice or technical help with the paper, the study, data collection or interpretation, translator's name, sources of funding, etc. Any named person should have given their permission to be acknowledged.
- Credit of any previous publication, presentation at a conference or in a thesis/dissertation, of part or all of the work. State if the paper was revised, updated, expanded or shortened for RHM.
- Acknowledge a translator.

### References and footnotes NEW!

- References should be in Vancouver style. Cite a maximum of three authors, et al. Do not use italics, underlining or quote marks. Spell out journal names. Use initial caps for book titles/journal names.
- Use the endnote function for references. Reference numbers should be placed after punctuation marks, e.g. commas and full stops. Each reference should be assigned a number when it is first cited. Re-use the original number assigned to that reference each time it is cited in the text subsequently.
- Footnotes are comments or additional information on the text. If they include a reference, this should appear in the reference list. Any footnotes to the text should be superscripted in the text, using the footnote function. Use the following sequence: \*, †, \*\*, ‡.
- Personal communications should be cited in the text, not as references, i.e. (Joe Bloggs, Personal communication, date).
- If an article or book you have cited is on the web, include the complete URL as part of the reference.
- Please DO NOT hyperlink URLs. Turn off the hyperlink function when working on the paper.

### Examples of references

**Book chapter:** Porter RJ, Melly BS. Providing medical abortion. In: Bloom BL, editor. Improving Abortion Services. London: SRH Publishers, 1995. p.361–80.

**Journal article:** Russell AA, Copper MN, Davent P, et al. In vitro fertilisation. *Reproductive Health Matters* 1988;55(2):687-91.

**Internet:** World Peace Organisation. Promoting Global Peace. Dream City: WPO, 2002. At: <[www.worldpeace.org.uk/reports/archive](http://www.worldpeace.org.uk/reports/archive)>. Accessed 26 September 1996. Check papers in a recent RHM journal issue for reference style where unsure.

### Visuals

Photographs or other camera-ready visuals (including slides) to illustrate articles are welcome - in black & white or colour with good contrast. Include a caption, the photographer's name and any agency that must be credited. Electronic images should be high resolution and sent in jpeg format.

In general, RHM follows the Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals (International Committee of Medical Journal Editors, 1994).