

ОБЗОРЫ ЛИТЕРАТУРЫ

Г.А. Ихтиярова, У.К. Хасанова,
Д.У. Кодирова, Ш.А. Махмудова

**К ВОПРОСУ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫХ
МЕТОДОВ ПРЕРЫВАНИЯ
БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ГИБЕЛИ ПЛОДА
В РАЗЛИЧНЫХ СРОКАХ ГЕСТАЦИИ**

Бухарский государственный медицинский институт

В настоящее время охрана здоровья матери и ребенка находится в центре внимания ученых всего мира и является одним из самых приоритетных направлений здравоохранения Республики Узбекистан (Назиров Ф.Г.). В настоящее время в мире ежегодно производится от 36 до 53 млн. искусственных прерываний беременности, т.е. каждый год аборт производят 4% всех женщин в возрасте от 15 до 45 лет. Предполагается, что в мире приблизительно каждая четвертая беременность заканчивается ее искусственным прерыванием в различные сроки гестации. Несмотря на значительные успехи, достигнутые в антенатальной охране плода, в ряде случаев под влиянием различных неблагоприятных факторов наступает внутриутробная его смерть в различные сроки гестации, нередко возникает необходимость досрочного родоразрешения женщины в связи с выявленной акушерской либо экстрагенитальной патологией. При этом искусственное прерывание и безопасное родоразрешение представляет собой важную медико-социальную проблему.

Актуальность проблемы прерывания беременности и родоразрешения женщин групп высокого риска, нередко первородящих, в регионе с высокой рождаемостью не вызывает сомнений, ибо многими исследованиями доказано, что высокая частота осложнений и оперативности искусственных прерываний и родов, в том числе заболеваемости и смертности как со стороны матери, так и со стороны плода, приходится на долю именно этой категории беременных, рожениц и родильниц. Благодаря мероприятиям по охране здоровья

матери и ребенка в последние годы в Узбекистане несколько снизилось число беременностей и родов у женщин с акушерской и экстрагенитальной патологией. Однако осложнений беременности и родов сейчас немало. Это требует поиска рациональных технологий по ведению гестации и родов у женщин с акушерской и экстрагенитальной патологией.

По данным ВОЗ, в мире ежегодно производится от 20 до 30 млн. аборт, около 10–15% из них во 2-м триместре. Особенно большую угрозу здоровью и жизни матери влечет за собой прерывание беременности. В различные сроки гестации, где причинами прерывания или индуцированию могут быть: неразвивающаяся беременность в разных сроках, медицинские аборт по различным показаниям, обусловленными состоянием либо плода (уродства, врожденные пороки развития антенатальная гибель плода и т.д.), либо матери (преждевременные излитие околоплодных вод, переносная беременность, тяжелые экстрагенитальные заболевания, и т.д.). Наиболее опасными осложнениями при прерывании беременности являются нарушения сократительной деятельности матки, нарушения в органах и системах, в системе гемостаза, в иммунном статусе, ФПК и в репродуктивной системы, порой коагулопатических кровотечений которые нередко приводит к инвалидизации женщин, либо их смерти. Проблема прерывания беременности актуальна и для нашей Республики. По результатам научных исследований и статистических разработок Минздрава Республики Узбекистан около 60–70% женщин фертильного возраста страдают экстрагенитальными заболеваниями. Для данного контингента женщин крайне важен подбор щадящих методов прерывания беременности, особенно при гибели плода в поздних сроках. Частота осложненных беременности во 2-3 триместре 3–4 раза выше, чем в 1 триместре, а в родах эта проблема увеличивается в несколько раз. Интерес ученых Узбекистана к проблеме прерывания осложненных беременностей в 1 и 2 триместре возрос, так как

увеличилось число неразвивающейся беременности и осложненных родов по данным Каттаходжаевой М.Х., Назировой М.У., Курбанова С.Д. (2008). Существуют различные методы прерывания беременности, они претерпевают динамическое развитие с учетом достижений науки и практики, и задача врача - выбрать оптимальный из них, применительно к каждой конкретной ситуации. Методы прерывания беременности включают в себя выскабливание стенок полости матки, интраамниальное введение гипертонических растворов, окситоцина, простагландинов, а также других утеротонических средств, малое кесарево сечение и применение многих новейших медикаментозных средств [3,5].

По данным В.И.Кулакова и других авторов (1996 год), аборт продолжает оставаться распространенным методом регулирования рождаемости и планирования семьи. До последнего десятилетия применялись хирургические методы прерывания беременности, такие, как вакуум-кюретаж, вакуум-аспирация («мини-аборт») и традиционный кюретаж [8]. При НБ до 14 недель эвакуацию плодного яйца, как правило производится одномоментно путем инструментального опорожнения полости матки. Вакуум-кюретаж – наиболее распространенный метод искусственного прерывания беременности во многих странах мира, в том числе и в Республике Узбекистан. Преимуществами этой процедуры являются простота и непродолжительность процедуры полной эвакуации содержимого полости матки через небольшое расширение шейки матки. Операция легко выполнима под местной анестезией в амбулаторных условиях [11,16]. При применении указанного метода прерывания беременности возможны аллергические реакции на используемые лекарственные препараты, перфорация или атония матки, судороги или остановка сердца и т.д. После операции пациенты возвращаются к обычной жизнедеятельности через 1 ч. Несмотря на преимущество данного метода, некоторую сложность представляют диагностирование начальных сроков беременности и исключение внематочной беременности.

Традиционный кюретаж представляет собой операцию искусственного прерывания

беременности, которая в настоящее время используется все реже. Медицинский аборт часто приводит к серьезным осложнениям в раннем послеоперационном периоде (кровотечение, инфекция, остатки плодного яйца и т. д.). В более поздние сроки развиваются воспалительные заболевания женских половых органов, невынашивание беременности, бесплодие, внематочная беременность. Осложненное течение последующей беременности, родов и послеродового периода неблагоприятно влияет на состояние плода и новорожденного [15,25]. Искусственное прерывание беременности в поздние сроки продолжает оставаться одной из самых трудноразрешимых проблем в акушерстве-гинекологии. Искусственное прерывание неразвивающейся беременности при размерах матки, соответствующих 16-недельному сроку (и менее), согласно нашей позиции, необходимо осуществлять под контролем гемостаза, предварительно производя в течение 12 ч расширение шейки гидрофильными ламинариями. Плодное яйцо удаляется при наличии тщательного обезболивания с помощью одномоментного инструментального опорожнения полости матки с последующим внутривенным капельным введением окситоцина в течение 1–1,5 ч. До сегодняшнего дня прерывание неразвивающейся беременности при увеличении размеров матки, соответствующих 17-недельному сроку гестации (и более), целесообразно проводилось в 2 этапа:

1. искусственное формирование готовности организма беременной к отторжению и изгнанию погибшего плода (прединдукционная подготовка);
2. возбуждение сократительной деятельности матки.

На 1-м этапе для купирования одной из причин патологической инертности матки эстрогенной недостаточности, характерной для данного гестационного осложнения в связи с прекращением фетальной выработки стероидного деривата эстрогенов – дегидроэпиандростерона сульфата, использовали стандартный способ прединдукционной подготовки: создание эстрогенно-глюкозо-витаминно-кальциевого фона (ЭГВКФ). Коррекцию плазменного уровня эстрадиола рекомендует-

ся осуществлять с помощью 5-дневного внутримышечного введения масляного раствора фолликулина. Одновременно с этим восстанавливался энергетический потенциал матки путем введения глюкозы, витаминов, кальция хлорида в сочетании со спазмолитическими препаратами [7].

Непосредственная индукция сократительной деятельности матки (2-й этап) заключается, во-первых, в ингибировании (3-адренергического действия пролонгировано синтезирующихся трофобластом биологически активных веществ, а именно – прогестерона, плацентарного лактогена, пролактина и др.; во-вторых, в медикаментозном замещении недостающего для инициации родовой деятельности плодового окситоцина.

В последнее время наиболее распространенным (до 70%) методом искусственного прерывания беременности в поздние сроки в США стала операция расширения шейки матки с помощью ламинарий и эвакуации плодного яйца – Dilatation Evacuation (Д а Е). Такой подход, во всяком случае, при сроке беременности до 16 недель, позволяет значительно снизить уровень заболеваемости и смертности [9,10]. Учитывая, что при сроке беременности до 16 недель интраамниальное введение простагландинов или хлорида натрия затруднено, этот метод имеет большие преимущества. Однако применяемые в настоящее время методы искусственного прерывания беременности в поздние сроки не всегда являются достаточно эффективными и безопасными. По результатам исследования, проведенного в рамках Объединенной программы по изучению аборта (JPISA), частота осложнений при прерывании беременности во II-триместре существенно выше, чем при прерывании ее в I-триместре (7,8% при сроке беременности до 12 недель и 25,1% при 13 недель и более). Известно, что во втором и третьем триместре внутриутробная гибель плода обычно сопровождается слабостью родовой деятельности, а существующие методы родоразрешения и родостимуляции становятся менее эффективными, чем при живом плоде. Механизмы развития первичной и вторичной слабости родовой деятельности при внутриутробной гибели плода практически не

изучены. Способы коррекции сократительной деятельности матки в клинике требуют уточнений и новых методических подходов, а также при внутриутробной гибели плода наступает нарушение доступности окситоцина к окситоциновым рецепторам мембран миометрия [2,3]. Полученные данные о взаимосвязи содержания пролактина и стероидных гормонов при физиологическом течении и невынашивании беременности послужили теоретической предпосылкой к применению его антагонистов с целью подготовки к родовозбуждению у женщин с внутриутробной гибелью плода [10]. Последние 5 лет на базе Российской клиники в качестве преиндукционной подготовки используется антагонист пролактина – хинаголид по 25 мкг внутрь, в течение 3 дней (рационализаторское предложение №2535 от 4.12.2002). Важными характеристиками предложенного способа являются техническая простота исполнения, его неинвазивность, щадящее воздействие на организм женщины. Использование хинаголида исключает необходимость дополнительного назначения большого количества лекарственных препаратов и является весьма экономичным способом подготовки к индуцированному прерыванию беременности. С целью купирования иммунной толерантности организма беременной к неразвивающемуся плодному яйцу, препятствующей отторжению и экспульсии последнего, рекомендует назначать иммуностимулятор левамизол (по 150 мг натощак в течение 3 дней) [7,9]. Локальную стимуляцию «созревания» шейки матки рекомендует проводить с помощью эндоцервикальной дилатации гидрофильными палочками ламинарий среднего размера (3-7 штук) или интрацервикальной аппликации одной дозы динопростона [6]. Последние 10 лет для прерывания неразвивающейся беременности в поздние сроки используется методика интраамниальной фракционно-программированной индукции аборта (ИФ-ПИА), разработанная профессором И.А. Саловым [7]. С этой целью производятся трансцервикальный или трансвагинальный (через передний свод влагалища) амниоцентез иглой-катетером (G-14) и эксфузия околоплодных вод в объеме 5 мл на каждую неделю беременности. После удаления иглы по

катетеру инстиллируются: р-адреноблокатор пропранолол в дозе 15 мг, растворенный в 80–150 мл (в зависимости от срока беременности) стерильного изотонического раствора хлорида натрия и синтетический окситоцин (дробно по 1 МЕ через каждый час). Катетер оставляется интраамниально до самостоятельного рождения. С целью профилактики инфекционных осложнений по катетеру вводятся антибактериальные препараты. В отсутствие в течение 8 ч после начала индукции активной сократительной деятельности матки целесообразно провести дополнительную стимуляцию миоэпителиальных сокращений внутриамниальным капельным введением раствора динопроста со скоростью 25–40 капель в минуту. После рождения плода необходимо произвести инструментальную ревизию стенок полости матки. С целью профилактики гипотонической метроррагии показано внутривенное введение окситоцина со скоростью 20 капель в минуту в течение 1–1,5 ч. В связи с этим разработаны новые, более совершенные методы прерывания беременности в поздние сроки приобретает все большее практическое значение. Искусственное прерывание беременности в поздние сроки заняло определенное место в ряде других акушерских операций лишь на рубеже XIX и XX столетий. Было предложено большое количество различных способов возбуждения сократительной активности матки с целью вызывания аборта (амниотомия, метрейрез, введение в матку различных растворов и т.д.). При применении высоких доз окситоцина в ряде сообщений указывается на значительную опасность водной интоксикации, развитию повреждений головного мозга. Это связано с применением высоких доз растворов обладающих антидиуретическими свойствами, а также внутривенным введением значительных объемов жидкостей, не содержащих электролитов [25].

Сравнительно недавно наиболее эффективным и безопасным методом прерывания беременности в поздние сроки считалось влагалищное или малое кесарево сечение. Но операция гистеротомия является достаточно травматичной и нередко сопровождается различными осложнениями [6,10]. В связи с этим, по мнению экспертов ВОЗ, гистерото-

мия должна производиться только при необходимости быстрого, одномоментного удаления плодного яйца при неподготовленных родовых путях, а также при показаниях к стерилизации.

До последнего времени как у нас в стране, так и за рубежом наиболее широкое распространение получил, предложенный в 1934 г. Aburel, метод прерывания беременности в поздние сроки с помощью интраамниального введения гипертонического раствора хлорида натрия. Существует несколько модификаций указанной методики, однако чаще всего используют 20% раствор хлорида натрия, который вводят путем амниоцентеза трансабдоминально или через передний влагалищный свод [16].

Процент осложнений при прерывании беременности во II-триместре с помощью интраамниального введения 20% раствора хлорида натрия, по данным различных авторов, колеблется от 1,7 до 2,2% [17].

Серьезным осложнением, характерным для этого метода, является гипернатриемия, вызывающая головную боль и снижение артериального давления. К более редким осложнениям относятся гемолиз эритроцитов крови, анурия, коматозное состояние, судорожный синдром, шок и др. [16]. В общей сложности осложнения, развивающиеся в результате интраамниального введения 20% раствора хлорида натрия, встречаются в 0,4% случаев [18]. Из других осложнений отмечают неполный аборт [10,7%], кровотечения не связанные с коагулопатическими нарушениями (2,1%) и воспалительные заболевания тазовых органов (1,8%). Замечено, что частота осложнений при интраамниальном введении гипертонического раствора хлорида натрия снижается с возрастанием срока беременности и повышается при относительном увеличении количества вводимого раствора и длительности самого аборта [11]. В основе механизма действия гипертонического раствора хлорида натрия лежит увеличение локального синтеза эндогенных простагландинов в децидуальных клетках за счет повреждения под влиянием осмотического действия хлорида натрия лизосомальных мембран и освобождение фосфолипазы А₂-фермента, играющего ключевую роль в

синтезе эндогенных простагландинов. При прерывании беременности с помощью 20% раствора хлорида натрия было обнаружено повышение уровня эндогенных простагландинов в крови. В последние годы появились новые данные о возможности медикаментозного прерывания беременности [22,25]. Наиболее приемлемыми препаратами для этих целей используется Мизопроустол. Однако до последнего времени до конца не отработаны оптимальные дозы и методы введения этих препаратов с целью прерывания беременности.

В середине 30-х гг. 20 в. шведский ученый Эйлер (V. Euler) обнаружил в экстракте из предстательной железы (простаты) биологически активные вещества, которые он назвал простагландинами, полагая, что они вырабатываются только в предстательной железе. Позже было установлено, что простагландины образуются практически во всех органах и тканях. В 1962 г. была расшифрована химическая структура простагландинов. Оказалось, что углеродный скелет молекулы простагландинов имеет вид пятичленного цикла и двух боковых цепей. Простагландины можно рассматривать как производные так называемой простановой кислоты – соединения, не существующего в природе, но полученного синтетически. Известно около 20 различных простагландинов. В зависимости от строения их делят на несколько типов, обозначаемых буквами латинского алфавита: А, В, С, D, Е, F и т.д. Особый интерес к простагландинам определяется их способностью стимулировать сократительную способность миометрия в любые сроки беременности. В свою очередь длительное внутривенное введение больших доз простагландинов, необходимых для прерывания беременности в поздние сроки, сопровождается большим количеством побочных эффектов (тошнота, рвота, диарея, флебиты по ходу пунктируемых вен). Тяжесть побочных явлений со стороны желудочно-кишечного тракта заставила отказаться и от ряда других способов введения естественных простагландинов [16]. Теперь известно, что простагландины продуцируются буквально всеми тканями. ПГ не депонируются в тканях и имеют короткий жизненный цикл. Их био-

логическое действие реализуется в 3 основных направлениях:

1. действие на клетку, в которой они вырабатываются;
2. влияние на окружающие клетки;
3. воздействие на ткани, находящиеся на значительном отдалении от места биосинтеза.

ПГ имеются во многих тканях, но их концентрация обычно очень низкая (1 мг на 1 г сырой ткани). Семенная жидкость человека наиболее богата ПГ. Простагландины помимо воздействия на специфические рецепторы способны непосредственно влиять на функциональные структуры клетки. В качестве лекарственных средств ПГ используются для вызывания родов, возбуждения и стимуляции родовой деятельности, прерывания беременности [2,10]. В терапевтических дозах ПГ не оказывают неблагоприятного влияния на мать и плод. Чувствительность матки к введению ПГ различна на разных сроках беременности; на очень ранних и на поздних сроках стимулирующий эффект вызывается легко, а в промежутке между ними на введение препаратов ПГ миометрий реагирует слабо [38, 21]. В настоящее время известно большое число простагландинов.

Для искусственного прерывания беременности применяют внутривенное, внутримышечное, вагинальное, пероральное, экстра- и интраамниальное введение ПГ. При прерывании беременности на ранних сроках наиболее эффективно введение 15-метил-ПГF2a (метилового эфира простагландина F2a) в виде свечей (3 мг) или внутримышечно (по 200–300 мкг 5 раз через каждые 3 ч); при беременности сроком 13–14 нед. – экстраамниальное однократное введение 15-метил-ПГP2a (2,5 мг) с вяжущим веществом (гискон) или в виде свечей (3 мг); после 15-й недели беременности – интраамниальное введение 2,5 мг 15-метил-ШТ2a или 40-50 мг ШТ2a, а также свечи с 15-метил-ПГP2a (3 мг). В настоящее время для прерывания беременности на 12-й 20-й недели гестации по расчету с первого дня последнего менструального периода, для выведения содержимого матки при осуществлении угрожающего аборта, или внутриматочной гибели плода до 28-й недели гестации по рас-

чету с первого дня последнего менструального периода применяются вагинальные таблетки, содержащие 3 мг динопростона (Гландин Е2) относящим к простагландинам как родостимулирующие средства отличающий от окситоцина тем, что расслабляют шейку матки, не вызывают желтуху, не задерживают в организме воду. Гландин Е2 вызывает выраженное ритмическое сокращение миометрия беременной матки и нарастание ее тонуса. Расслабляет шейку матки, снижает артериальное давление (общее периферическое сопротивление падает), вызывая компенсаторную тахикардию за счет расширения легочных сосудов и бронхов, увеличивая проницаемость капилляров. Оказывает лютиолитическое действие. Динопрост увеличивает (за счет стимуляции продольных мышц), секрецию желез желудка подавляет. При интравагинальном и интрацервикальном введении простагландина побочные эффекты выражены в меньшей степени. Установлена клиническая безопасность и эффективность препарата в отношении стимуляции родоразрешения при следующих диагнозах: элективное родоразрешение, переношенность, замедленное развитие плода, отягощенный акушерский анамнез, возраст матери более 35 лет, анемия и сахарный диабет. На сегодняшний день одним из современных щадящих и безопасных методов действительно является медикаментозное прерывание беременности в различные сроки также с помощью антипрогестивов (Е.Н. Карева и соавт., 1999). В частности, Мифепристон (Мифегин, коммерческое название Мифолиан) – синтетический стероидный препарат перорального применения, являющийся антагонистом прогестерона и глюкокортикоидов. Обладая сильным сродством к рецепторам прогестерона и глюкокортикоидов, мифепристон действует как конкурентный антагонист этих гормонов (Е.Н. Гусева и соавт., 2004; В.И. Краснопольский и соавт., 2006; Н.Д. Гаспарян и соавт., 2008), обладающей антипрогестивовым действием, обратно конкурирующий с прогестероном на уровне рецепторов. Связываясь с прогестероновыми рецепторами, мифепристон блокирует действие прогестерона, в результате чего происходит десквамация децидуальной оболочки матки. Он восстанавливает чувстви-

тельность миометрия к окситоцину, снижению прогестерона, потенцирует действие простагландинов, что усиливает маточное сокращение и приводит к экспульсии плодного яйца. Мифепристон (Мифегин, Пенкрофтон) применяется за рубежом с 1980 г., а в России – с 1998 г. (Е.Н. Караева и соавт., 1999). Мифепристон (Мифегин, Пенкрофтон, Мифепрекс) – синтетическое стероидное антипрогестогенное средство (блокирует действие прогестерона на уровне рецепторов) [74, 75]. Механизм действия препарата основан на взаимодействии с гормонсвязывающим доменом рецептора клеток-мишеней, что вызывает «неэффективную» конформацию и блокаду эффектов природного стероида [1, 2, 6].

Мифепристон был одобрен в 1988 г. во Франции, в Великобритании (1991 г.), Швеции (1992 г.), Китае (1992 г.), затем в Израиле, Германии, Австрии, Бельгии, Дании, Финляндии, Испании и Швейцарии [18]. Ранние исследования по использованию для осуществления медикаментозного аборта только аналогов простагландинов не привели к их широкому практическому применению по нескольким причинам. Для достижения приемлемого (>90%) эффекта необходимы высокие многократные дозы простагландинов (доступных на то время сульпростона, гемепроста и метенепроста), приводящие к достаточно серьезным побочным действиям, таким как диарея (30–40%), тошнота, рвота, а также необходимости использования обезболивающих средств из-за сильных болей. С открытием Мифепристона на него возлагались большие надежды, но проведенные в период 1983–1987 гг. исследования показали, что этот новый препарат приводил к полному аборту, по разным данным, в 60–70, 10–90 или 65–85% случаев [7, 8]. Важным шагом вперед стало обнаружение в 1985г. способности Мифепристона повышать чувствительность и сокращаемость миометрия матки под действием простагландинов [21, 20]. По данным Е.Н. Гусева и соавт., после одного приема мифепристона – 200 мг у 88% произошел аборт в первом триместре, эффективность применения мифепристона также была высокой (97,5%) по данным Э.Д. Хаджиевой. Применение Мифепристона способствует успешному прерыванию беременности

в 90–95% случаев (В.И. Краснопольский и соавт., 2006). Прерывание беременности после приема мифепристон происходит через 36–48 часов, причем, чем меньше гестационный срок, тем быстрее и безболезненнее происходит экспульсия плодного яйца. По мнению Р.С. Наврузовой (2008), при НРБ целесообразно комбинированное применение мифепристона в дозе 200 мг перорально и мизопростола в дозе 50 мкг сублингвально, через каждые 2 часа в 1-м триместре и через каждые 4–6 часов – во 2-м триместре гестации, что сокращает интра- и послеабортных осложнений.

Ранние исследования по использованию для осуществления медикаментозного аборта только аналогов простагландинов не привели к их широкому практическому применению по нескольким причинам. Для достижения приемлемого (>90%) эффекта необходимы высокие многократные дозы простагландинов (доступных на то время сульпрофена, гемепроста и метенепроста), приводящие к достаточно серьезным побочным действиям, таким как диарея (30–40%), тошнота, рвота, а также необходимости использования обезболивающих средств из-за сильных болей. Проведенные исследования показали эффективность применения мифепристона для прерывания беременности в ранние сроки составила 88%, прерывание после его приема происходит через 36–48 ч, чем меньше гестационный срок, тем быстрее и безболезненнее происходит экспульсия плодного яйца. Основными осложнениями применения мифепристона являются отсутствие эффекта от его использования и неполный аборт. Факторами, обуславливающими неэффективность применения мифепристона, является рубец на матке после кесарева сечения, хронический эндометрит и неоднократные хирургические аборты в анамнезе. Медикаментозные препараты (Гландин, мифепристон) обладает существенными преимуществами по сравнению с вакуум-аспирацией, кюретажа и всеми хирургическими методами:

- позволяет избежать риска, связанного с хирургическим вмешательством и анестезией, механического повреждения эндометрия и миометрия, опасности восходящей инфекции, а также психогенной травмы пациенток;

- значительно снижает частоту таких осложнений, как воспалительные заболевания матки и придатков, что способствует сохранению репродуктивной функции женщин.

Таким образом, сравнительный анализ данных литературы указывает на большое многообразие используемых в настоящее время способов прерывания беременности во втором триместре. Большое число эпидемиологических исследований, проведенных в мире за 15–20 лет, свидетельствует о том, что практикующий акушер-гинеколог порой испытывает реальные трудности при выборе оптимально эффективного и безопасного метода прерывания беременности во втором и третьем триместре. Именно поэтому рациональное обоснование выбора метода искусственных прерываний применительно к каждой конкретной пациентке представляет очень важную научно-практическую задачу.

Таким образом, предложенная система дифференцированного подхода к ведению женщин с неразвивающейся беременностью позволила сократить сроки пребывания больных в нашем стационаре в среднем на 5 дней, снизить частоту кровотечений после эвакуации плодного яйца в 2,5 раза; полостные оперативные вмешательства и летальность при данной патологии сведены к нулю.

Литература

1. Аккузина О.П. Роль службы планирования семьи в сохранении репродуктивного здоровья населения в условиях реформирования здравоохранения: Автореф. дис. канд. мед. наук. М 2000; 24.
2. Астахова Т.М. Сравнительное изучение консервативных методов искусственного прерывания беременности в I триместре: Дис канд. мед. наук. М 1993; 87-93.
3. Баклаенко Н.Г., Гаврилова Л.В. Современное состояние охраны репродуктивного здоровья подростков. Здравоохранение 2000; 7: 26-33.
4. Йен С.С.К., Джаффе Р. Б. Репродуктивная эндокринология. М 1998; 320.
5. Кетшинг Э., Виссер А.П. Контрацепция в Нидерландах: низкий уровень абортов, Планирование семьи 1996; 4: 31-37.

6. Гусева Е.Н., Абрамченко В.В. Применение Мифепристона для искусственного прерывания беременности ранних сроках. *Акуш и гин* 2004, №5
7. Колгушкина Т.Н., Близнюк В.И., Шкроб М.А., Шостак В.А. Прерывание беременности в поздние сроки: методики и исходы. *Медицинские новости* 2000; 1: 63-65.
8. Хорхов В.В., Мац М.Н. *Акуш и гин* 1994; 1: 6-8.
9. Кулаков В.И., Вихляева В.М., Николаева Е.И. Индуцированный аборт и особенности репродуктивного поведения женщины: Руководство по планированию семьи. М: Медицина 1998; 129-130.
10. Никонов А.Л. *Акуш и гин* 1994; 6: 61-62.
11. Осложнения при аборте. Руководство по техническим и управленческим аспектам предупреждения и лечения. Женева: ВОЗ 1995; 17-20.
12. Старостина Т.А., Розмахина Н.И., Торганова И.Г. Методы прерывания беременности: Медицинский научный Интернет журнал "MedWeb" 2002; 6: 1-6.
13. Терапевтические методы прерывания беременности. Доклад научной группы. Женева: ВОЗ 1999; 20-22.
14. Фролова Е.В. Медико-социальные аспекты аборт в поздние сроки беременности, Профилактика заболеваний и укрепление здоровья 2002; 2: 29-33.
15. Шарапова О.В. Репродуктивное здоровье населения: Проблемы охраны: Биология в школе 2000; 7: 3-5.
16. Baird D.T., Sukcharoen N, Thong K. *Hum Reprod* 1995; 10: 6: 1521-1527.
17. Bygdeman M., Gemzell K., Gottlieb C, Swahn M.L. *Ann NY Acad Sci* 1991; 626: 561-567.
18. Ferguson J.E., Burkett B.J.J., Pmkerton J.V., Thiagarajah S. et al. *Am J Obstet Gynec* 1993; 169: 2: 1: 332-339.
19. Grimes D.A. Mifepristone (RU 486) for induced abortion. *A Wom-ens Health Issue* 1993; 3: 3: 171-175.
20. Herabutya Y., Jsrangura N., Ayudthaya N. *Int J Gynaec Obstet* 1991; 34: 2: 169-173.
21. Hill N. C. Selinger M., Ferguson J., Mackenzie Z. *Int J Gynaec Obstet* 1991; 35:4: 337-340.
22. Owen J., Hauth J.C. *Obstet Gynec* 1996; 88:1: 110-113.
23. Ulmann A., Silvestre L., Chemamal L. et al. *Acta Obstet Gynec Scand* 1992; 71: 4: 278-283.
24. UNFPA. *The State of World Population NY: UNFPA* 1997; 33-34.
25. World Health Organization Task Force on the Use of Prostaglandins for the Regulation of Fertility *Ibid* 1992; 20: 597-600.
26. World Health Organization Task Force on the Use of Prostaglandins for the Regulation of Fertility *Ibid* 1992; 20: 601-606.