



АКЦИЯ!

Уважаемые коллеги!

ЗАО «Пенткрофт Фарма» спешит предложить Вам

антикризисные цены

на комплекты для проведения
медикаментозного аборта.



КОМПЛЕКТ

Мифепристон ЛП-000914 от 18.10.2011
Мизопростол ЛС-002019 от 22.09.2011

425**

рублей/комплект от 500 шт.

450**

рублей/комплект от 100 шт.

550**

рублей/комплект от 50 шт.

650**

рублей/комплект до 50 шт.

**Доставка в указанную цену не включена и будет добавлена при необходимости

Заказать комплекты препаратов и задать интересующие Вас вопросы Вы можете у менеджеров ЗАО «Пенткрофт Фарма» по многоканальному телефону

(495) 788-77-46

а также получить предварительную информацию на сайтах:

www.ru486.ru, www.misoprostol.ru

реклама

МЕДИЦИНСКИЙ ВЕСТНИК

№ 25 (638)
6 сентября 2013 г.

Основана в 1861 году
возобновлена в 1994 году

www.medvestnik.ru

МЕДИЦИНСКИЙ ВЕСТНИК

ШКОЛА КЛИНИЦИСТА

Репринт

Мифепристон: таблетка одна - преимуществ много

Определенная стабильность экономической ситуации, достигнутая в России, отразилась на демографических показателях, сократив число абортов в пользу родов. И все же доля россиянок, принимающих решение о прерывании нежелательной беременности, остается высокой. Поэтому многие специалисты предлагают отказаться от практики хирургических абортов в пользу медикаментозных, которые большинством акушеров мира признаются более щадящими. Тормозит процесс неоднозначность по регионам возможности оплаты медикаментозного аборта из средств ОМС, консерватизм российских медиков и вопросы в отношении эффективности и безопасности самой технологии. Медицинский редактор «МВ» Александр Рылов обсудил эти вопросы с ведущими российскими акушерами-гинекологами.



Виктор РАДЗИНСКИЙ,

заслуженный деятель науки РФ,
заведующий кафедрой акушерства
и гинекологии с курсом перинатологии
РУДН (Москва), доктор медицинских наук,
профессор

«МВ»: — Несмотря на более высокий уровень безопасности медикаментозного аборта по сравнению с хирургическим, значительное число врачей все еще испытывает сомнения, и большинство нежелательных беременностей прерывается вакуумом или

кюретажем. Возможно, эти опасения связаны с тем, что основным производителем препаратов для медикаментозного аборта является Китай. Какие шаги со стороны компаний-производителей, на ваш взгляд, могут убедить таких специалистов в качестве препаратов и эффективности методики? Что может мотивировать врачей к переходу от кюретажа к медикаментозному аборту?

В. Радзинский: — Таблетки для выполнения медикаментозного аборта в настоящее время производятся только в Китае, так как в 1980-е годы соответствующие разработки, начатые одной из французских фармацев-

тических компаний, были запрещены под давлением католической церкви. В итоге мировым лидером производства антигестагенных препаратов стал Китай, и сегодня практически вся субстанция для медикаментозного аборта производится там. Что же касается сомнений в качестве препаратов, то, на мой взгляд, они совершенно беспочвенны. Весь мир, включая Северную Европу и США, покупает эти препараты в Китае и применяет их.

Одним из главных аргументов, который использовался против медикаментозных аборт до недавних пор, была его более высокая по сравнению с другими методами стоимость. Сейчас, когда ВОЗ рекомендовал использование одной таблетки мифепрестона, это уже не так, и медикаментозный аборт стал дешевле хирургического. Еще одна причина, по которой внедрение данного метода в практику происходит медленно, связана с тем, что руководители медучреждений финансово заинтересованы в хирургическом аборте. Ведь его проведение предполагает оплату койко-дней и лечение возможных осложнений. Если фонды ОМС будут платить за медикаментозный аборт больше, чем за хирургический, позиция руководителей учреждений сразу изменится. Для широкого

внедрения данного метода в клиническую практику, как мне кажется, необходимо привлечение административного ресурса. Нередко решение зависит от просвещенности руководителей регионов. Так, например, в Кемеровской области медикаментозный аборт был еще в 2009 году включен в программу ОМС по личной инициативе губернатора.

«МВ»: — Приказ Минздрава РФ рекомендует врачам при выполнении медикаментозного аборта руководствоваться инструкцией к препарату мифепристон. То есть сейчас у врача есть выбор: по-прежнему применять три таблетки или воспользоваться одной, как рекомендует ВОЗ с 2002 года. По оценкам экспертов, это не менее эффективно, но обходится дешевле и снижает риск побочных эффектов. На какое из этих мнений следует ориентироваться российским медикам?

В. Радзинский: — Два года назад еще в должности заместителя нынешний глава Минздрава РФ Вероника Скворцова своим приказом утвердила рекомендованную ВОЗ дозу для производства медикаментозного аборта — 200 мг. На эту дозу — одну таблетку — и стоит ориентироваться. Советы использовать 600 мг, на мой взгляд, продиктованы жадной наживы отдельных дистрибьюторов, низким уровнем квалификации, отсутствием патриотизма, заботы о безопасности россиян или коррупционным интересом.

Галина ДИККЕ,

профессор кафедры акушерства, гинекологии и репродуктивной медицины факультета повышения квалификации медицинских работников РУДН, доктор медицинских наук

«МВ»: — Какие причины сдерживают внедрение медикаментозного аборта в

женских консультациях и можно ли их устранить?

Г. Дикке: — Новое всегда с трудом пробивает себе дорогу, и медикаментозное прерывание нежелательной беременности не исключение. Это продемонстрировал опыт стран, которые первые ввели эту методику в практику, что сейчас в какой-то мере происходит и у нас. Причин тому несколько. Назову лишь некоторые. Прежде всего это стереотипное представление, что имеют место правовые и нормативные ограничения для этого вида помощи в учреждениях амбулаторного типа государственной формы собственности. На самом деле их в настоящее время не существует — вышел новый Закон «Об охране здоровья граждан в РФ», Приказ Минздрава 323, где приоритетным назван именно медикаментозный аборт, причем не только в первом триместре, но и в поздние сроки. И уже имеется несколько брендов препаратов, в инструкциях к которым все, что нужно, написано.

«МВ»: — Тогда что же мешает их применять?

Г. Дикке: — Думаю, только привычка, ведь для того, чтобы что-то поменять, нужно сначала измениться самому человеку. Это миф, что медикаментозный аборт дорог — он дешевле хирургического и, заменив кюветку на мифепристон, в масштабах страны можно сэкономить сотни миллионов рублей и направить их, например, на приобретение контрацептивов для профилактики повторного аборта. И это реальные и эффективные меры в борьбе с абортами.

Женским консультациям можно работать и в системе ДМС или просто оказывать платные услуги, ведь они разрешены. И это было бы значительно лучше для женщин — меньше стоимость, чем в частных медицинских центрах, квалифицированная врачебная помощь, близость к дому и т.д. Не каждая женщина может отдать за аборт половину зарплаты. Ведь не секрет, что эта медицинская услуга в



Ирина КУКАРСКАЯ,

заслуженный врач РФ, главный акушер-гинеколог Тюменской области, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии ФПК и ППС ТюмГМА, доктор медицинских наук

«МВ»: — Несмотря на юридическую и клиническую обоснованность схемы медикаментозного аборта с использованием одной таблетки мифепристона, некоторые специалисты являются приверженцами прежней схемы — с тремя таблетками, ссылаясь только на тот аргумент, что она «надежнее». Какие доводы могли бы их разубедить?

И. Кукарская: — Данные мировой литературы и личный опыт. Никаких сомнений, что одна таблетка мифепристона «работает» так же, как и три, не осталось: об этом свидетельствуют исследования с высоким уровнем доказательности, опубликованные в базе Кокрейна, обзор которых имеется также и в русскоязычной периодической литературе. Отказаться от старых привычек трудно — ведь мы использовали три таблетки более 10 лет. Но развитие современной медицины предполагает и формирование нового взгляда врача на старые проблемы. Мы должны меняться и идти в ногу со временем. Преимущества современной схемы медикаментозного прерывания беременности очевидны, и мы лично убедились в этом: уменьшение стоимости процедуры позволило ввести эту медицинскую услугу в систему ОМС и поднять качество медицинской помощи женщинам на новый уровень.

«МВ»: — У вас имеется положительный опыт внедрения медикаментозного аборта в систему государственных медицинских учреждений в вашем регионе — это большой успех в сохранении репродуктивного

здоровья женщин. Какие предпосылки, на ваш взгляд, могут способствовать внедрению этого метода в других регионах? Может ли этому способствовать утверждение клинического протокола и стандарта медикаментозного аборта Минздравом или нейтральная позиция руководства по этому вопросу не может повлиять на окончательное решение главных специалистов регионов в выборе приоритета медикаментозного метода над хирургическим?

И. Кукарская: — Довольно жесткая структура вертикали власти заставляет многих специалистов ждать «указаний сверху» и ограничивает собственную инициативу. Но мы убедились, что совершенствование законодательства, в том числе и по вопросу репродуктивного выбора, открывает новые возможности для регионов — им дали больше самостоятельности в принятии решений. Только собственные приоритеты способны повлиять на изменение политики региона в отношении охраны здоровья женщин. Но ведь в этом и состоит наша главная задача! Поэтому могу сказать своим коллегам только одно: время пришло, и это — время новых технологий.

Согласно Программе госгарантий аборт должен предоставляться бесплатно. Однако централизованное внедрение медикаментозного аборта в систему ОМС пока Минздравом не планируется. Тем не менее существуют механизмы оплаты медикаментозного аборта из фондов ОМС, но чтобы это сделать, необходимо понимание руководством региона такой необходимости. А там, где понимания нет, — выстаивают барьеры и вынуждают развивать либо «абортный туризм», либо обращение женщин в частные клиники. Наш опыт подтверждает что, доступность безопасного аборта не приводит к увеличению аборт в регионе, а количество осложнений и материнской смертности снижается. Не в этом ли состоит наша цель? ■

