

КОШ БОЙЛУУЛУКТУН ЭКИНЧИ ТРИМЕСТРИНДЕГИ АБОРТУ

Ч.А. Стакеева, Г.Ж. Жолдошбекова, Ж.Н. Амираева,
Р.С. Асакеева, А.К. Сыдыкова

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
№2 акушердик иш жана гинекология кафедрасы
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Резюме. Медициналык бойдон алдыруу акушердик жана гинекологиядагы сапаттуу бойдон алдыруу кызматтарына жетүү мүмкүнчүлүгүн өзгөрттү. Бирок, жатын тырыгы бар аялдардын кош бойлуулуктун экинчи чейрегинде токтотуу маселелери дагы эле талаш бойдон калууда. Көйгөйдүн актуалдуулугу тырык боюнча жатындын жарылуусу сыяктуу олуттуу акушердик татаалдашуу менен байланыштуу. *Максаты.* Кош бойлуулуктун 18-22 жумалыгында бейтаптарда медициналык аборттун натыйжалуулугун жана коопсуздугун баалоо. *Материалдар жана ыкмалар.* Сокур кылбастан проспективдүү когорттук изилдөө жүргүзүлгөн (кош бойлуу аялдар жана дарыгерлер кош бойлуулукту токтотуу үчүн кайсы ыкма колдонулганын билишкен). Изилдөөгө 18-22 жумалык 15 кош бойлуу бейтап кирген, анын ичинде мурунку кесарево операциясынан кийин жатындын тырыгы бар 7 бейтап. Кош бойлуулукту медициналык токтотуу максатында мифепристон жана мизопростол айкалышы колдонулган. Алынган маалыматтарга клиникалык жана статистикалык баа берилди. *Натыйжалар.* Мизопростолду кабыл алгандан кийин аборттун жалпы узактыгы орто эсеп менен 9,5 (95% CI 8,346-10,168) саатты түздү жана жатындын тырыгы бар кош бойлуу аялдардын тобунда айырмаланган эмес - 9,8 (95% CI 9,346-10,202) саат жана жатындын тырыгы жок - 9,6 (95% CI 9,356-10,217) саат ($p > 0,05$). Кан жоготуу көлөмү 180,0 (95% CI 150,0-200,0) мл чегинде болгон. Учурда оң натыйжа 100%га жетти. Кесарево операциясынан кийин жатында тырык болгон учурда 2 (13,3%) учурда плацентанын бөлүнүшү менен байланышкан патология аныкталган. *Корутунду.* Кесарево операциясынан кийин жатындын мурунку тырыгынын болушу аборттун узактыгына таасирин тийгизген эмес. Көпчүлүк учурларда, 18-22 жумада кош бойлуулукту ийгиликтүү токтотуу үчүн, мизопростолдун максималдуу дозасы 1200 мкг болгон.

Негизги сөздөр: кош бойлуулуктун экинчи триместриндеги аборт, кесарево, мифепристон, мизопростол, тубаса түйүлдүктүн кемтиги, концепцияга чейинки даярдоо.

АБОРТ ВО II ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Ч.А. Стакеева, Г.Ж. Жолдошбекова, Ж.Н. Амираева,
Р.С. Асакеева, А.К. Сыдыкова

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева
Кафедра акушерства и гинекологии №2
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Медикаментозный аборт стал революцией в доступе к качественным услугам по прерыванию беременности в акушерстве и гинекологии. Однако вопросы прерывания во II триместре беременности у женщин с рубцом на матке до настоящего времени остаются дискуссионными. Актуальность проблемы связана с таким грозным акушерским осложнением, как разрыв матки по рубцу. *Цель:* оценить эффективность и безопасность медикаментозного прерывания беременности у пациенток в сроке 18-22 недели беременности. *Материалы и методы:* Проведено проспективное когортное исследование без ослепления (беременные и врачи знали, по какой методике проводится прерывание беременности). Были включены 15

пациенток в сроке беременности 18-22 недели, в том числе 7 – с рубцом на матке после предыдущего кесарево сечения. С целью медикаментозного прерывания беременности использовали комбинированный прием мифепристона и мизопростола. Проведена клинико-статистической оценке полученных данных. *Результаты:* Общая продолжительность прерывания беременности, после приема мизопростола, в среднем, составила 9,5 (95% ДИ 8,346—10,168) часов и не различалось в группе беременных с рубцом на матке - 9,8 (95% ДИ 9,346—10,202) часов и без рубца на матке - 9,6 (95% ДИ 9,356—10,217) часов ($p>0,05$). Объем кровопотери был в пределах 180,0 (95% ДИ 150,0—200,0) мл. Положительный эффект был достигнут в 100 % случаев. Патология, связанная с отделением плаценты, была выявлена в 2 (13,3%) наблюдениях при наличии рубца на матке после кесарево сечения. *Заключение:* Наличие предшествующего рубца на матке после кесарево сечения не влияло на продолжительность аборта. В большинстве случаев, для успешного прерывание беременности в сроке 18-22 недель, максимальная доза перорального приема мизопростола составила 1200 мкг.

Ключевые слова: аборт во II триместре беременности, кесарево сечение, мифепристон, мизопростол, ВПР плода, прегравидарная подготовка.

ABORTION IN THE SECOND TRIMESTER OF PREGNANCY

**Ch.A. Stakeeva, G.Zh. Zholdoshbekova, Zh.N. Amiraeva,
R.S. Asakeeva, A.K. Sydykova**

I Kyrgyz State Medical Academy named after. I. K. Akhunbaev
Department of Obstetrics and Gynecology No.2
Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary. Medical abortion has revolutionized access to quality abortion services in obstetrics and gynecology. However, the issues of termination in the second trimester of pregnancy in women with a uterine scar still remain controversial. The urgency of the problem is associated with such a serious obstetric complication as uterine rupture along the scar. *Objective.* To evaluate the effectiveness and safety of medical abortion in patients at 18-22 weeks of pregnancy. *Materials and methods.* A prospective cohort study was conducted without blinding (pregnant women and doctors knew which method was used to terminate the pregnancy). 15 patients were included in the gestational age of 18-22 weeks, including 7 with a uterine scar after a previous cesarean section. For the purpose of medical termination of pregnancy, a combination of mifepristone and misoprostol was used. A clinical and statistical assessment of the obtained data was carried out. *Results.* The total duration of abortion after taking misoprostol was on average 9.5 (95% CI 8.346-10.168) hours and did not differ in the group of pregnant women with a uterine scar - 9.8 (95% CI 9.346-10.202) hours and without a uterine scar - 9.6 (95% CI 9.356-10.217) hours ($p>0.05$). The volume of blood loss was in the range of 180.0 (95% CI 150.0–200.0) ml. A positive effect was achieved in 100% of cases. Pathology associated with the separation of the placenta was identified in 2 (13.3%) cases in the presence of a scar on the uterus after cesarean section. *Conclusion.* The presence of a previous uterine scar after cesarean section did not affect the duration of abortion. In most cases, for successful termination of pregnancy at 18-22 weeks, the maximum dose of oral misoprostol was 1200 mcg.

Key words: abortion in the second trimester of pregnancy, cesarean section, mifepristone, misoprostol, congenital fetal growth, preconception preparation.

Киришүү. Жыл сайын дүйнөдө 73 миллионго жакын аборт жасалат, анын 10% кош бойлуулуктун экинчи триместрине туура келет [1,2]. Контрацепциянын ыкмаларынын арсеналынын кеңири жана ар түрдүүлүгүнө карабастан, кыргызстандык аялдар үчүн төрөттү көзөмөлдөө жана үй-бүлөнүн санын жөнгө салуу үчүн пландаштырылбаган кош бойлуулук бойдон

алдыруу кеңири колдонулуп жаткан маселеси өтө актуалдуу бойдон калууда жана чечиле элек. Өкмөттүн статистикасына ылайык, акыркы 10 жылда Кыргызстанда аборттун таралышы 15-49 жаштагы 1000 аялга жылына 20 бойдон алдырууга туура келген. Ошол эле учурда республика боюнча тандалма изилдөөлөрдүн маалыматтары иш жүзүндө Кыргыз Республикасында жасалма

бойдон алдыруунун таралышы алда канча жогору экендигин көрсөтүп турат [3,4]. Кошумчалай кетсек, Кыргызстанда жылына аборттон 1-3 өлүм катталат, бул бардык энелердин өлүмүнүн 5%га жакынын түзөт [5]. Белгилүү болгондой, аборт учурунда энелердин өлүмүнүн коркунучу 100 эсеге өсөт, айрыкча, кош бойлуулуктун ар бир 2 жумасында 2 эсеге көбөйүп, толук мөөнөттүү кош бойлуулук учурунда төрөт учурунда максимумга жетет [6].

Кош бойлуулукту токтотуунун негизги бөлүгү биринчи триместрде аткарылганына карабастан, экинчи триместрде бул процедурага муктаждык бар. Бул түйүлдүктүн кемтигинин диагностикасынын кечиктирилиши, эне тарабынан медициналык көрсөткүчтөрдүн пайда болушу, ошондой эле аны токтотуунун социалдык көрсөткүчтөрү менен каалабаган кош бойлуулуктун өз убагында (кеч) аныкталбашы менен шартталган [7]. Дагы бир көйгөй - жатынында тырыгы бар аялдардын кош бойлуулуктун токтотулушу, анткени дүйнөдө кесарево жолу менен төрөтүн жыштыгынын көбөйүшү бейтаптардын бул категориясынын тез өсүшүнө алып келүүдө. Дүйнөлүк саламаттыкты сактоо уюмунун эксперттери төрөт учурундагы аялдардын медициналык көрсөткүчтөрү жок болсо дагы хирургиялык кийлигишүү болуп жатканына тынчсызданышууда. Бардык ымыркайлардын 20% кесарево жолу менен төрөлөт жана бул тенденция улана берсе, 2030-жылга карата бул көрсөткүч 30%га чейин өсөт [8,9]. Кесарево операциясын колдонууну оптималдаштыруу глобалдык мааниге ээ. Кесаревону ашыкча колдонуу күтүлгөн пайданы алып келген жок, тескерисинче, энелердин кыйынчылыктарын көбөйтүп, ошол эле учурда перинаталдык натыйжаларды жакшырткан жок [10]. Кесарево операциясы олуттуу кесепеттери жатында тырык болушу жана кийинки кош бойлуулук учурунда төрөт ыкмасын тандоо кирет. Бүгүнкү күндө 30% учурларда курсак төрөткө көрсөткүчтөрдүн бири жатындын тырыгы болуп саналат [10].

Кыргыз Республикасында акыркы 10 жылда өлкөнүн Саламаттыкты сактоо министрлигинин электрондук ден соолук борборунун маалыматы боюнча кесарево операциясынын жыштыгы 6,3%дан 18,3%ке чейин өсүп, айрым төрөт мекемелеринде 35%га жеткен [11].

Аборт жасоо учурунда абортко кам көрүүнүн сапаты негизги фактор болуп саналат. Ден соолук жана бейпилдик боюнча Туруктуу Өнүктүрүү Максаттарына (ТӨМ) жетүү үчүн саламаттыкты сактоо тутумунун алкагында аборт боюнча комплекстүү жардамдын жеткиликтүүлүгүн жакшыртуу зарыл [12].

Дары-дармек менен аборт дүйнөдөгү сапаттуу бойдон алдыруу кызматтарына жетүү мүмкүнчүлүгүн өзгөрттү. Бирок, жатын тырыгы бар кош бойлуу аялдарга жардам көрсөтүү маселеси дагы эле талаштуу бойдон калууда. Көйгөйдүн актуалдуулугу жатындын тырыгын бойлоп жарылышы сыяктуу олуттуу акушердик татаалдашуу менен байланышкан [13].

Изилдөөнүн максаты: кош бойлуулуктун 18-22-жумаларында бейтаптарда медициналык аборттун эффективдүүлүгүн жана коопсуздугун баалоо.

Материал жана методдор. Изилдөөдө алдын ала жана кийинки тесттер менен эксперименталдык дизайн колдонулган, ал сокур кылбастан проспективдүү когорттук изилдөөнүн талаптарына жооп берген (кош бойлуу аялдар жана дарыгерлер кош бойлуулукту токтотуу үчүн кайсы ыкма колдонулганын билишкен). Клиникалык изилдөөгө катышууга маалымдалган макулдук алгандан кийин, кош бойлуу аялдар 18-22 жумалык кош бойлуу, УДИ менен тастыкталган жана киргизүү критерийлерине жооп берген изилдөө тобун түзүштү.

Киргизүү критерийлери: кош бойлуулуктун мезгили УДИ изилдөөсү боюнча 10-13+6 жума аралыкта 18-22 жума жана жатын түбүнүн бийиктигин сырткы өлчөө менен, жалгыз бой кош бойлуулук, түйүлдүктүн узунунан жайгашкан абалы, баш жана жамбаштын көрүнүшү, жатындын тырыгы кесарево операциясынан кийин, ириңдүү-септикалык оорулардын белгилеринин жок болушу жана жатын моюнчасынын жабык болуп, кан келиши жок болгон; оор соматикалык патологиясы (жүрөк-кан тамыр системасынын, боордун, өпкөнүн, бөйрөктүн ж.б. иштебей калышы), тукум куума кан оорулары, рак, бойдон алдыруу үчүн колдонулган дары-дармектерге аллергия, дене табы 37,0°C төмөн болгон учурда жоктугу.

Четтетүү критерийлери: көп кош бойлуулук, кан агуу жана/же башталгыч бойдон алдыруу, оор соматикалык патологиянын (жүрөк-кан тамыр системасынын, боордун, өпкөнүн, бөйрөктүн ж.б. иштебей калышынын), дене табы 37,1°Cдан жогору; мурда колдонулган дары-дармектерге аллергиялык реакциясы аныкталган.

Изилдөө Бишкек шаарындагы №2 клиникалык төрөт үйүнүн оперативдүү гинекология бөлүмүндө жүргүзүлгөн. Натыйжалар үч жолу, анын ичинде кош бойлуулукту токтотуу үчүн колдонулган дары-дармектин мөөнөтү аяктагандан кийин, медициналык бойдон алдыруудан кийин 3-жана 14-күндөрүндө бааланган.

Аборттун эффективдүүлүгү жана коопсуздугу кош бойлуулуктун 18-22 жумалыгында бойдон алдыруу үчүн кабыл алынган 15 бейтапты байкоо жана текшерүү учурунда бааланган.

Кош бойлуулукту медициналык токтотуу максатында дарылардын айкалышы колдонулган: мифепристон 200 мг жана мизопропростол 400 мкг. Мифепристон – синтетикалык пероралдык ичүүчү стероиддик дары, прогестерон рецепторлорунун антагонисти, медициналык бойдон алдыруу үчүн кеңири колдонулат, 40тан ашык өлкөдө катталган жана ДСУнун маанилүү дарылардын моделдик тизмесине киргизилген. Мизопропростол, простагландин E1дин синтетикалык туундусу, жатындын жыйрылышын стимулдайт, ошону менен жатын моюнчасынын кеңейишине жана жатын көңдөйүнүн ичиндеги заттардын чыгарылышына өбөлгө түзөт. Колдонулган дары бойдон алдыруу режими: мифепристон 200 мг; 24-48 сааттан кийин - мизопропростол 400 мкг ар бир 3 саатта, букалдык/сублингвалдык [7,14]. Эгерде аборт мизопропростолдун 5 дозасын (1-раунд) кийин бүтпөсө, кош бойлуулуктун токтотулушуна чейин мизопропростол 12 сааттан кийин (2-раунд) кайра берилген [13].

Колдонмонун эффективдүүлүгү мизопропростолду кабыл алгандан кийин бойдон алдыруу башталган учур жана анын узактыгы, жатындын тырыгынын абалы, кан жоготуу көлөмү жана аборттон кийинки мезгилде ириңдүү-септикалык татаалдашуулардын өнүгүшү менен бааланган.

Нөлгө жакын жыштык маанилери үчүн Э.Уилсон методун колдонуу менен 95% ишеним интервалдарын куруу менен салыштыруулар жүргүзүлгөн [15]. Статистикалык гипотезаларды текшерүүдө маанилүүлүктүн критикалык деңгээли 0,05ке барабар кабыл алынган.

Жыйынтыктар. Бейтаптардын орточо жашы $30,3 \pm 2,3$ жашты түзүп, 28 жаштан 32 жашка чейин болгон. Дээрлик жарымында (7-46,7%) кош бойлуулуктун токтотулушуна көрсөткүч аялдын социалдык көйгөйлөрү, 5инде (33,3%) токтоп калган кош бойлуулук, 3тө (20%) түйүлдүктө кемтиктин болушу (спина бифида) болгон. Тирүү балдардын орточо саны 1ден 5ке чейин $3 \pm 1,2$ болгон.

7 (46,7%) кош бойлуу аялдын анамнезинде операция жолу менен гана төрөт болгон, анын ичинен бешөөнүн жатынында 1 тырыгы, экөөнүн жатынында 2 тырыгы бар. Оорулуулардын көпчүлүгүнө (5-71,4%) шашылыш түрдө, 2 (28,6%) план боюнча операция жасалган. Кесарево төрөткө көрсөткүчтөр болуп узакка созулган төрөт (2-28,6%), цефалопельвиодиспропорция (2-28,6%), нормалдуу жайгашкан плацентанын мөөнөтүнөн

мурда үзүлүшүнөн кан агуу (1-14,3%), түйүлдүктүн дистресси (1-14,3%), чоң түйүлдүктүн жамбашы менен келиши (1-14,3%). Бардык учурларда, кесарево 34 жана 39 жумалык кош бойлуулуктун ортосундагы төмөнкү жатын сегментинде жасалган. УДИ маалыматтарына ылайык, процедура башталганга чейин тыртыктын бузулуу белгилери 7 аялдын биринде да аныкталган эмес.

Бардык бейтаптар жалпы кабыл алынган милдеттүү жалпы клиникалык жана гинекологиялык текшерүү ыкмаларынан өтүштү. Кош бойлуу аялдарда аз кандуулук 13 (86,7%) учурда, анын ичинде оор анемия (гемоглобиндин деңгээли 70 г/л) 2 (13,3%) учурда байкалган. Орточо кош бойлуулуктун мөөнөтү кош бойлуулуктун $19 \pm 2,2$ жумасы жана 18ден 22 жумага чейин болгон.

Мизопропростолду кабыл алгандан кийин кош бойлуулукту токтотуунун жалпы узактыгы орточо эсеп менен 9,5 (95% CI 8,346-10,168) саатты түздү жана жатындын тырыгы бар кош бойлуу аялдардын тобунда айырмаланган эмес – 9,8 (95% CI 9,346 - 10,202) саат жана жатын тырыгы жок кош бойлуу аялдардын тобунда – 9,6 (95% CI 9,356-10,217) саат ($p > 0,05$). Кан жоготуу көлөмү 180,0 (95% CI 150,0-200,0) мл чегинде болгон. Учурда оң натыйжа 100%га жетти. Кесарево операциясынан кийин жатындын тырыгы бар аялдарда 2 (13,3%) учурда плацентанын бөлүнүшү менен байланышкан патология аныкталган. Мындай учурларда мануалдык вакуумдук аспирация жасалды. УДИден алынган маалыматтарга караганда, жатынында тырыгы бар 7 аялдын биринде да тыртыктын бузулуу белгилери болгон эмес.

Түйүлдүктү толук чыгарууга чейин алынган мизопропростолдун орточо өлчөмү 3 таблетканы түзгөн. 14 (93%) учурда кош бойлуулуктун токтотулушу мизопропростолдун бир раундуна чектелди. 1 (7%) учурда кош бойлуулуктун токтотулушу 12 сааттан кийин мизопропростолды кайталап колдонуудан кийин болгон.

Мизопропростолду кабыл алуудагы терс реакциялардын ичинен эң көп байкалгандары жүрөк айлануу 4 (26,7%) жана анальгетиктерди колдонууну талап кылган катуу ооруу 3 (20%).

3-күнү натыйжалуулуктун критерийлери УДИ учурунда жатындын көңдөйүндө плацента калдыктарынын жоктугу болгон. Бардык бейтаптар бойдон алдыруудан 3-5 күндөн кийин канааттандыруу абалда үйлөрүнө чыгарылган. Аборттон кийинки мезгилдин 15-күнүндө амбулаториялык шартта кайталап текшерүү жүргүзүлгөн. Бир да учурда ириңдүү-септикалык татаалдыктар байкалган эмес.

Талкуу. Кыргыз Республикасында акыркы жылдары жалпы бойдон алдыруулардын, өзгөчө кеч бойдон алдыруулардын санын азайтуу

боюнча көп иштер аткарылды. Кош бойлуулуктун экинчи чейрегинде абортторду азайтуунун олуттуу резервдеринин бири болуп кош бойлуулукка чейин сапаттуу даярдык көрүү (кош бойлуулукка чейин, аялда аныкталган ооруларды текшерүү жана коррекциялоо), түйүлдүктүн кемтиктеринин өнүгүшүн алдын алуу жана үй-бүлөнү пландаштыруу чаралары саналат [16,17,18].

Жатындын тырыгы бар аялдардын үлүшүнүн көбөйүшү кош бойлуулуктун аягында медициналык аборт жасоо зарыл болгондо акушер-гинекологдордун тынчсыздануусун жаратат. Бейтаптардын бул тобунда кош бойлуулукту токтотуунун далилденген ыкмалары, атап айтканда, колдонулган дары-дармектердин түрү жана дозасы боюнча маалымат жок. Бул бейтаптардын бул категориясында аборт жасоонун коопсуздугу жана натыйжалуулугу боюнча изилдөөлөрдүн аздыгына байланыштуу болушу мүмкүн. Ошентип, Эл аралык акушер жана гинекологдор федерациясы (FIGO) бүгүнкү күндө кош бойлуулуктун 22 жумасынан кийин мурда кесарево жолу менен кесилген аялдарга мизопропростол режимин сунуштоо үчүн маалыматтар жетишсиз экенин баса белгилейт [19]. ДСУ жатындын жыргылышы сейрек кездешүүчү татаалдык деп айтканына карабастан, клиникалык баалоону жана саламаттыкты сактоо системасынын

жатындын жарылуусуна тез жардам көрсөтүүгө даярдыгын эске алуу менен кош бойлуулуктун кийинки этаптарында сак болууну сунуштайт [7]. Жатындын тырыгы бар аялдарда кош бойлуулуктун экинчи триместринде кош бойлуулукту токтотуу боюнча биздин сунуш кылган схема бейтаптардын бул категориясында хирургиялык төрөттөн баш тартууга мүмкүндүк берди. Албетте, кош бойлуулукту медициналык токтотууну көп иреттеги кош бойлуулук, жатында экиден ашык тырыктардын болушу, толук мөөнөттүү кош бойлуулук учурунда токтотуу сыяктуу топтордо колдонуу мүмкүнчүлүгүн изилдөөнү улантуу зарыл.

Корутунду. Кош бойлуулуктун 18-22 жумасында жатын тырыгы бар бейтаптарда кош бойлуулукту медициналык токтотуу бардык учурларда жүргүзүлүүгө тийиш. Мындай ыкма ашыкча кесарево лүк төрөттөрдү жана алар менен байланышкан кыйынчылыктарды азайтат, бул албетте, аялдардын репродуктивдүү ден соолугун жакшыртат. Кесарево операциясынан кийин жатындын мурунку тырыгынын болушу кош бойлуулуктун экинчи чейрегиндеги медициналык аборттун узактыгына таасирин тийгизген эмес. Көпчүлүк учурларда, 18-22 жумада кош бойлуулукту ийгиликтүү токтотуу үчүн, мизопропростолдун максималдуу дозасы 1200 мгк болгон.

Адабияттар

1. Bearak J, Popinchalk A, Ganatra B, Moller A-B, Tunçalp Ö, Beavin C, et al. Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990–2019. *Lancet Glob Health*. 2020;8(9):e1152-e1161. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30315-6](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30315-6)
2. Whitehouse K, Brant A, Fonhus MS, Lavelanet A, Ganatra B. Medical regimens for abortion at 12 weeks and above: a systematic review and meta-analysis. *Contracept X*. 2020;2:100037. Published 2020 Aug 20. <https://doi.org/10.1016/j.conx.2020.100037>
3. Авдеев А. Анализ демографической ситуации в Кыргызстане: обновление 2020 г. Демографические вызовы в развитии Кыргызской Республики. Аналитическая записка. ЮНФПА; 2021. 32 с. Режим доступа: https://kyrgyzstan.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/rus_1.pdf
4. Кыргыз Республикасынын Улуттук статистикалык комитети. Аборттордун саны (учурлар). Жеткиликтүү: www.stat.kg/kg/opendata/category/262/
5. Асылбашева Р., Мурзакаримова Л. Эрманбетов А., Максумова Э., Болоцких И., Мамбеталипова Ч. И др. Программа пятилетнего плана по постепенному увеличению государственного финансирования для обеспечения потребностей 50% женщин из групп высокого медицинского и социального рисков материнской смертности до 2023 года. Бишкек; 2022. 54 с. Режим доступа: https://kyrgyzstan.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/5_year_plan_-_rus_0.pdf
6. Дикке Г.Б. Медикаментозный аборт в амбулаторной практике. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2018. 384 с.
7. Всемирная организация здравоохранения. Руководство по уходу при прерывании беременности: основные положения. Женева: ВОЗ; 2022. 19 с. Режим доступа: <https://iris.who.int/rest/bitstreams/1416761/retrieve>
8. Betrán AP, Ye J, Moller A-B, Zhang J, Gülmezoglu AM, Torloni MR. The Increasing Trend in Caesarean Section Rates: Global, Regional and National Estimates: 1990-2014. *PLoS ONE*. 2016;11(2): e0148343. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0148343>

9. World Health Organization. WHO statement on cesarean delivery. April 2015. Available from: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/csstatement/en/
10. Boerma T, Ronsmans C, Melesse DY, Barros AJD, Barros FC, Juan L, et al. Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections. *The Lancet*. 2018;382(10155):1341-1348. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31928-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31928-7)
11. Национальный статистический комитет Кыргызской Республики. Женщины и мужчины Кыргызской Республики: 2016–2020. Бишкек; 2021. 307 с. Режим доступа: <http://www.stat.kg/media/publicationarchive/b057b115-c40b-4180-ae16-28ec7e459117.pdf>
12. Туруктуу өнүгүү максаттары. Жеткиликтүү: <https://kyrgyzstan.un.org/ky/sdgs>
13. Жолдошбекова Г.Ж., Стакеева Ч.А., Амираева Ж.Н., Тогузбаева Б.Д., Айтбек к. Д., Сыдыкова А.К. Родоразрешение беременных с антенатальной гибелью плода при наличии рубца на матке после операции кесарево сечения. *Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева*. 2023;2:135-143. https://doi.org/10.54890/1694-6405_2023_2_135
14. International Federation of Gynecology and Obstetrics. FIGO Mifepristone & Misoprostol and Misoprostol Only Dosing Charts 2023. Available from: <https://www.figo.org/figo-mifepristone-misoprostol-and-misoprostol-only-dosing-charts-2023/>
15. Newcombe RG. Two-sided confidence intervals for the single proportion: Comparison of seven methods. *Statistics in Medicine*. 1998;17:857-872. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1097-0258\(19980430\)17:8<857::aid-sim777>3.0.co;2-e](https://doi.org/10.1002/(sici)1097-0258(19980430)17:8<857::aid-sim777>3.0.co;2-e)
16. Пустотина О.А. Прегравидарная подготовка. *Медицинский совет*. 2017;13:64-70.
17. Планирование семьи: универсальное руководство для поставщиков услуг по планированию семьи. Обновленное 3-е издание 2018 г. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2021. 562 с. Режим доступа: [https://www.who.int/ru/publications/i/item/978099203705](https://www.who.int/ru/publications/i/item/9780999203705)
18. Пренаталдык даярдык боюнча клиникалык колдонмолор (биринчи медициналык жардам көрсөтүү үчүн). Бишкек; 2022. 89 б. Жеткиликтүү: <https://med.kg/clinicalProtocols?locale=ru>
19. Morris JL, Winikoff B, Dabash R, Weeks A, Faundes A, Gemzell-Danielsson K, et al. FIGO's updated recommendations for misoprostol used alone in gynecology and obstetrics. *Int J Gynecol Obstet*. 2017;138(3):363–366. <https://doi.org/10.1002/ijgo.12181>

Цититалоо үчүн

Стакеева Ч.А., Жолдошбекова Г.Ж., Амираева Ж.Н., Асакеева Р.С., Сыдыкова А.К. Кош бойлуулуктун экинчи триместриндеги абортун. *Евразиялык саламаттыкты сактоо журналы*. 2024;2:128-133. <https://doi.org/10.54890/1694-8882-2024-2-128>

Сведения об авторах

Стакеева Чолпон Аскарловна – к.м.н., и. о. доцента, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии №2, Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева, г. Бишкек, Кыргызская Республика. <https://orcid.org/0000-0002-2854-5956>, e-mail: stakeeva@bk.ru

Жолдошбекова Гулнур Жолдошбековна – ассистент кафедры акушерства и гинекологии №2, Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева, г. Бишкек, Кыргызская Республика. <https://orcid.org/0000-0002-7601-8544>, e-mail: bgj7777777@mail.ru

Амираева Жанылай Назаралиевна – ассистент кафедры акушерства и гинекологии №2, Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева, г. Бишкек, Кыргызская Республика. <https://orcid.org/0000-0001-6279-5548>, e-mail: Philiya-23@mail.ru

Асакеева Рыс Султановна – и.о. доцента кафедры акушерства и гинекологии №2, Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева, г. Бишкек, Кыргызская Республика. E-mail: aig2kgma@mail.ru

Сыдыкова Айзада Кудайбердиевна – ассистент кафедры акушерства и гинекологии №2, Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева, г. Бишкек, Кыргызская Республика. E-mail: ayzana_1986@mail.ru