

# Медикаментозный аборт – страница в жизни женщины

*Проблема искусственного прерывания беременности стоит чрезвычайно остро во всем мире. С одной стороны, в определенных социальных слоях аборт является одним из основных методов планирования семьи. С другой – по-прежнему широко распространены устаревшие методы прерывания беременности, а доступ к безопасным абортам затруднен, в том числе на законодательном уровне. В рамках симпозиума, организованного при поддержке компании «Пенткрофт Фарма», был представлен зарубежный и отечественный опыт использования в клинической практике медикаментозного аборта как более безопасного и эффективного, по сравнению с инструментальным, метода прерывания беременности.*



Э. Фуреди

**И**сполнительный директор Британской консультационной службы по вопросам беременности (British Pregnancy Advisory Service, BPAS) Энн ФУРЕДИ (Ann Furedi, Великобритания) подчеркнула, что аборт – это необходимая медицинская услуга, качество оказания которой должно быть очень высоким. BPAS является некоммерческой благотворительной организацией, основанной в 1968 г. Служба сотрудничает с 51 медицинской клиникой по всей стране. Аборты в Великобритании разрешены с 1967 г., ежегодно в этой стране

## Аборт – это реальность. Почему?

производится 200 тыс. абортов, при участии BPAS – 56 тыс. абортов, что составляет около 25% от общего числа искусственно прерванных беременностей.

По медицинским показаниям аборт в Великобритании может быть проведен на сроке до 24 недель, а при выявлении, например, серьезных аномалий развития плода – на любом сроке. Как правило, на ранних сроках гестации используется медикаментозный метод прерывания беременности (мифепристон + мизопростол). По закону прием обоих лекарственных средств должен осуществляться в клинике (в стационаре женщина наблюдается днем, а на ночь уходит домой). На относительно поздних (до 24 недель) сроках беременности проводится хирургический аборт.

Хотя в обществе активно культивируется стереотип о «беспечных тинейджерах», пренебрегающих средствами контрацепции, на самом деле девушки моложе 16 лет в Великобритании составляют лишь 2% от общего числа женщин, решивших прервать бере-

менность, 50% находятся в возрасте около 20 лет. При этом 49% имеют в анамнезе благополучно доношенную предыдущую беременность. Немаловажно также, что 75% женщин, делающих аборт, обращаются за помощью на сроке менее 10 недель (90% абортов осуществляется на сроке до 12 недель), что позволяет широко использовать медикаментозный метод прерывания беременности. Число абортов в Великобритании составляет 17 на 1000 женщин в возрасте от 15 до 44 лет. Это достаточно высокие показатели, несмотря на программы обязательного сексуального образования и бесплатную консультационную службу по вопросам контрацепции, включая конфиденциальную помощь несовершеннолетним. С чем связано столь широкое распространение абортов? В реальности использование контрацепции может быть сопряжено с определенными трудностями, связанными в том числе с доступностью средств предохранения от нежелательной беременности. Эта пробле-

## Сателлитный симпозиум компании «Пенткрофт Фарма»

ма не теряет актуальности даже тогда, когда контрацептивы распространяются в рамках государственных программ. Иногда причиной нежелательной беременности является неправильное использование средств предохранения, однако даже применение их в строгом соответствии с инструкцией не гарантирует 100%-ной защиты. Так, например, правильное использование мужского презерватива защищает от нежелательной беременности в 98% случаев, а при обычном использовании эффективность применения снижается до 85%. Определенные сложности в ис-

пользовании контрацепции связаны также с тем, что люди не хотят и не могут рассматривать секс как некое запланированное мероприятие. Большинство людей предпочитают спонтанный секс, не предполагающий предварительного обсуждения вопросов предохранения. Именно поэтому безопасный аборт необходимо рассматривать не как замену контрацепции, а как ее дополнение. Доступные и безопасные аборты – это не только забота о здоровье конкретной женщины, но и сохранение здоровья общества, которое напрямую зависит от того, могут ли женщины планиро-

вать рождение детей, а дети рожаться на свет желанными. По мнению Э. Фуреди, в обществе должно доминировать реалистичное отношение к контрацепции и нейтральное – к абортам. Само по себе снижение числа абортов не обязательно приведет к положительным результатам, а увеличение – к отрицательным. Необходимо упростить доступность и использование контрацепции, чтобы женщина не сталкивалась с проблемой нежелательной беременности. Однако если женщина решила сделать аборт, ей следует предоставить помощь, не осуждая и не осуждая это решение.

### Протоколы медикаментозного аборта, основанные на данных доказательной медицины. Рекомендации ВОЗ 2012 г.

В 2012 г. под эгидой ВОЗ было выпущено новое руководство по проведению безопасных абортов, включающее в себя как технические, так и организационные рекомендации<sup>1</sup>. Первая версия руководства 2003 г. оказалась наиболее востребованным документом ВОЗ, именно его пользователи Интернета чаще всего скачивали с сайта организации. Однако за почти 10 лет, прошедших с момента выхода первой редакции, многие положения документа устарели, что обусловило необходимость пересмотра руководства. Наиболее существенные изменения в новой версии руководства проанализировала доцент кафедры акушерства и гинекологии ОЦРЗ, эксперт ВОЗ по вопросам безопасного аборта Родика КОМЕНДАНТ (Rodica Comendant, Молдова).

В руководстве отражены не только медицинские, но и правовые, этические и экономические аспекты проведения абортов, поэтому оно может использоваться и представителями общественных объединений, и организатора-

ми здравоохранения. Например, в руководстве содержится ценная информация по проблеме борьбы с абортами путем ограничения. Подчеркивается, что такой подход не только опасен, но и бесполезен, поскольку распространенность абортов примерно одинакова во всем мире, а вот безопасностью данной процедуры разительно отличается (рис. 1). Реальность такова, что женщина, решившая сделать аборт, обязательно его сделает или хотя бы попытается, возможно, рискуя собственным здоровьем или даже жизнью.

Значительное внимание в руководстве уделено вопросам безопасного прерывания беременности. Эта часть документа позволяет врачам сравнить стандарты ВОЗ с тем, что происходит в реальной клинической практике, и, возможно, предпринять какие-либо шаги с целью повышения безопасности абортов.

В руководстве характеризуются как медикаментозный, так и хирургический метод прерывания беременности. Медикаментозное прерывание беременности воз-



Профессор  
Р. Комендант

можно как в первом, так и во втором триместрах беременности. На сроках до 12–14 недель рекомендуемым хирургическим методом является вакуумная аспирация. При этом подчеркивается, что процедура не требует проведения дополнительного контрольного выскабливания. Во втором триместре беременности основными хирургическими методами проведения аборта являются дилатация и эвакуация.

Более подробно Р. Комендант остановилась на процедуре проведения медикаментозного аборта. «Золотым стандартом» данного подхода на сегодняшний день является назначение мифепристона

<sup>1</sup> Безопасный аборт: рекомендации для систем здравоохранения по вопросам политики и практики. 2-е изд. ВОЗ, 2013. 125 с. // [www.apps.who.int/iris/bitstream/10665/70914/19/978924454431\\_rus.pdf](http://www.apps.who.int/iris/bitstream/10665/70914/19/978924454431_rus.pdf)

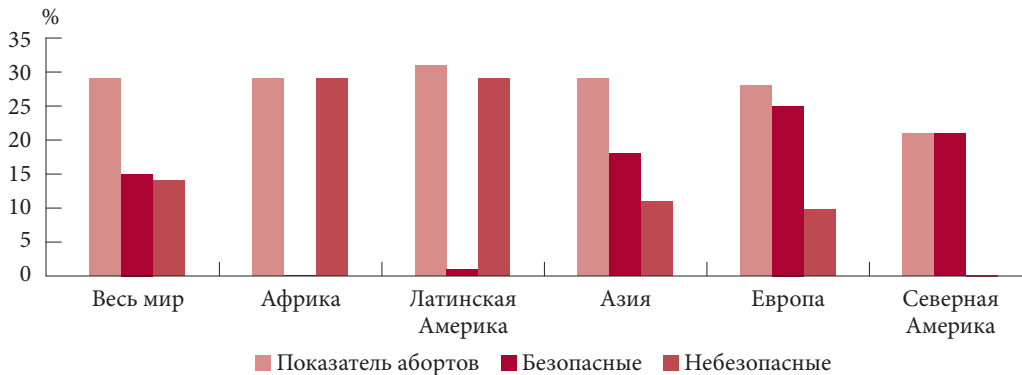


Рис. 1. Сравнительная распространенность и безопасность абортов в разных частях света

с последующим приемом мизопростола. Рандомизированные контролируемые исследования продемонстрировали высокую эффективность комбинированной схемы использования препаратов (мифепристон с последующим введением мизопростола) по сравнению с моноприемом мизопростола.

Только в тех случаях, когда мифепристон недоступен (в странах, где он не зарегистрирован), можно ограничиться одним мизопростолом.

Мифепристон – антагонист прогестерона – связывает и блокирует рецепторы прогестерона, подготавливает шейку матки к процессу элиминации плодного яйца и усиливает действие мизопростола. Мизопростол – синтетический аналог простагландина E<sub>1</sub> – стимулирует сократительную способность матки. Мизопростол недорог, легкодоступен, может применяться перорально, вагинально и сублингвально, что делает его одним из самых востребованных препаратов.

Традиционная схема медикаментозного аборта выглядит следующим образом: в первый день пациентка получает мифепристон, через день – мизопростол, а через 15 дней после приема мифепристона проводится контроль процедуры. Эта последовательность действий, хотя и достаточно эффективная, была разработана в 1989 г. и, конечно, нуждалась в модернизации, которая коснулась дозировок и способа применения препаратов.

Так, Р. Комендант подчеркнула, что в соответствии с современными данными доза мифепристона должна быть сокращена с 600 до 200 мг, поскольку прием больших доз не приводит к увеличению пиковой концентрации действующего вещества в крови.

Таким образом, на эффективность процедуры снижение дозы не влияет, но позволяет уменьшить риск развития побочных эффектов. Изменения затронули и способ введения мизопростола – при аборте на ранних сроках он теперь назначается перорально, а при прерывании беременности на более поздних сроках лучше использовать вагинальный, сублингвальный и трансбуккальный пути введения, поскольку в этом случае в плазме крови дольше поддерживается высокая концентрация препарата. При этом продлевается период сократительной активности матки, увеличивается и вероятность успешного проведения аборта. Верно и обратное – использование перорального метода введения мизопростола достоверно увеличивает риск неудачи в сроках выше 49 дней аменореи.

Существенные изменения претерпела сама парадигма назначения мизопростола. Если раньше препарат давали исключительно в лечебных учреждениях, то сейчас все более востребованной становится схема, предполагающая его амбулаторный прием. Проведение процедуры дома оказалось достаточно безопасной и удобной альтернативой применению мизопростола в стационаре.

По мнению Р. Комендант, самым значительным изменением в плане проведения медикаментозных абортов стало расширение сроков их применения. Теперь данный вид прерывания беременности используется в том числе и на сроке более 49 дней (до 22 недель), меняется лишь алгоритм введения препаратов (рис. 2).

Эффективность применения комбинации мифепристона и мизопростола на более поздних сроках (от 12 до 20 недель) была подтверждена в работе S.E. Goh и соавт. 2006 г. (n = 386): эффективность данного подхода составила 97,9–99,5%<sup>2</sup>. Исследование P.W. Ashok и соавт. 1999 г. (n = 1002) продемонстрирова-

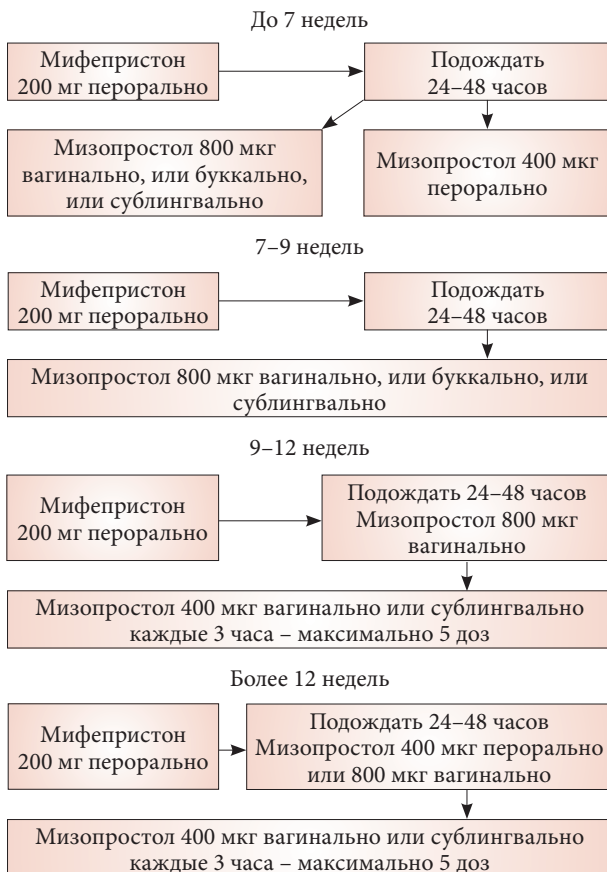


Рис. 2. Схемы использования мифепристона и мизопростола на различных сроках гестации

## Сателлитный симпозиум компании «Пенткрофт Фарма»

ло, что медикаментозные аборты с использованием этих препаратов могут применяться на сроке 12–21 неделя – успешные исходы составили 97%, а уровень осложнений был чрезвычайно низок<sup>3</sup>. Медикаментозный аборт на данных сроках гораздо безопаснее традиционных аналогов, например, введения гипертонического раствора или раствора простагландина, поэтому при наличии выбора следует отдавать предпочтение комбинации мифепристона и мизопростола. Если же речь идет о лечении пациентки с самопроизвольным абортом, то оно осуществляется при помощи одного

только мизопростола (600 мкг перорально или 400 мг сублингвально) либо проведением вакуумной аспирации.

Если медикаментозный аборт прошел без осложнений, необходимости в рутинном контроле его последствий нет. Гормональная контрацепция может быть назначена со дня использования мизопростола, а внутриматочная спираль установлена в день подтверждения завершения аборта или после завершения изгнания плодного яйца во втором триместре.

В заключение Р. Комендант подчеркнула, что право на аборт

является неотъемлемой частью сексуальных и репродуктивных, а также общечеловеческих прав женщины. При этом медикаментозный аборт в большей мере, нежели традиционные методики проведения процедуры, отвечает современной парадигме прав человека, в частности, права на здоровье. Повсеместное следование рекомендациям ВОЗ позволит уменьшить риски, связанные с прерыванием беременности, и даст женщинам, решившим сделать аборт, высокий шанс на сохранение репродуктивной функции и благоприятное разрешение последующих беременностей.

### Доступность медикаментозного аборта и контрацепции: реализация права женщины на самоопределение

Попытки ограничить право женщин на аборт предпринимаются сегодня во многих странах мира: в Албании, Армении, Азербайджане, а также в Украине, России и некоторых других, преимущественно расположенных в Восточной Европе и Центральной Азии. Правозащитник Даниэла ДРАГИЧИ (Daniela Draghici, Румыния) подчеркнула, что доступ к абортам в этих странах для представителей социально-уязвимых групп затруднен, а государственные клиники часто оказывают услуги чрезвычайно низкого качества. Следовательно, проведение аборта по-прежнему ассоциировано с высоким риском развития осложнений.

Хотя формально аборты в неблагополучных с данной точки зрения странах разрешены, законодательство, гарантирующее женщинам право на прерывание беременности, в последние 10 лет подвергается критике, а реальный доступ к абортam ограничивается. В частности,

уменьшается число социальных показаний к проведению аборта и вводятся дополнительные требования, например, прохождение консультации у психолога или отсрочка проведения процедуры для «выжидания». Последний, в свою очередь, существенно осложняет проведение абортов в случае, если женщина проживает в отдаленном регионе и вынуждена ездить в клинику несколько раз.

Особенно серьезные проблемы связаны с проведением абортов во втором триместре: ограничение доступа к данной услуге не снижает реального количества абортов, но сказывается на безопасности, поскольку женщины, решившие прервать беременность, ищут возможности для проведения подпольных абортов.

Необходимость обеспечения доступа к безопасным легальным абортam неоднократно обсуждалась в ООН. Эксперты данной организации расценивают отсутствие возможности проведения таких абортов не иначе как попытку



Д. Драгичи

и подчеркивают недопустимость подобного обращения с женщинами. Справедливость данного утверждения доказывается опытом Румынии, страны, где на протяжении 20 с лишним лет аборты были запрещены.

По мнению правозащитников, попытки принятия законов, направленных на ограничение доступа к абортam, должны блокироваться на различных стадиях парламентских слушаний. В этом может помочь создание негосударственных общественных организаций, проведение акций, направленных на переубеждение авторов анти-

<sup>2</sup> Goh S.E., Thong K.J. Induction of second trimester abortion (12–20 weeks) with mifepristone and misoprostol: a review of 386 consecutive cases // *Contraception*. 2006. Vol. 73. № 5. P. 516–519.

<sup>3</sup> Ashok P.W., Templeton A. Nonsurgical mid-trimester termination of pregnancy: a review of 500 consecutive cases // *Br. J. Obstet. Gynaecol.* 1999. Vol. 106. № 7. P. 706–710.

абортных инициатив, подключение СМИ и широкой общественности и т.д.

В Румынии уже имеется положительный опыт борьбы с законопроектами подобного рода. После многочисленных акций (участия в публичных дебатах, рассылки писем, участия в заседании Комитета по здравоохранению в Сенате) члена негосударственной организации удалось добиться положительной реакции как со

стороны Юридического комитета Сената, так и Комитета по здравоохранению.

Сейчас в России активно предпринимаются попытки изменить Федеральный закон «Об основных гарантиях прав ребенка» так, чтобы затруднить женщинам доступ к абортам. Предлагается сократить максимальный срок беременности, на котором разрешено ее прерывание, сделать обязательными пристрастную беседу с пси-

хологом и получение женщиной разрешения на аборт от супруга или родителей, а также исключение абортотворцев из программ ОМС. По мнению Д. Драгичи, принятие данных (или аналогичных) поправок негативно скажется на правах женщин и приведет к существенному увеличению материнской смертности, поэтому необходимо приложить все усилия для предотвращения развития данной тенденции.



Профессор  
Н.В. Артымук

Ежегодно в мире производится 22 млн небезопасных абортотворцев, в результате которых 47 тыс. (по другим данным – 68 тыс.) женщин погибают и еще 5 млн страдают от тяжелых осложнений процедуры<sup>4</sup>. Летальные исходы в результате небезопасных абортотворцев составляют 13% от всех случаев материнской смертности<sup>5</sup>. Как отметила д.м.н., профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии № 2 Кемеровской государственной медицинской академии Наталья Владимировна АРТЫМУК, российская статистика по абортотворцам также неутешительна. На территории нашей страны ежегодно совершается около 1 млн абортотворцев. Хотя количество абортотворцев, проводимых в России, постепенно снижается (за период с 1992 по 2010 г. оно сократилось в 3 раза), данная процедура остается одной из значимых причин материнской смертности во втором триместре

### Медикаментозный аборт в России (на примере опыта внедрения в Кемеровской области)

беременности, уступая лишь экстрагенитальным заболеваниям, кровотечениям, эмболии и гестозам. Это неудивительно, поскольку основными методами прерывания беременности в России по-прежнему остаются кюретаж и интраамниальное введение растворов в матку, а медикаментозный метод проведения аборта используется недопустимо редко. В Кемеровской области сложилась довольно напряженная ситуация. Роды и аборты в области проводятся в соотношении 1:1, 68% беременностей не запланированы, а сепсис в результате аборта является основной (27,4%) причиной материнской смертности. Следует, однако, отметить, что лишь 25% смертей вследствие аборта являются результатом легального прерывания беременности, 65,9% случаев летальных исходов – это результат подпольных абортотворцев, проводимых, как правило, во второй половине беременности.

Работа по снижению показателей материнской смертности вследствие аборта, по мнению профессора Н.В. Артымук, должна вестись в двух направлениях. Во-первых, следует повышать информированность населения о надежных методах планирования семьи. Во-вторых, увеличивать доступность безопасных методов прерывания беременности, таких как медикаментозный аборт.

Данная стратегия полностью отвечает принципам безопасного аборта ВОЗ.

В Кемеровской области медикаментозный аборт был включен в Программу государственных гарантий бесплатной медицинской помощи в 2009 г. С этого момента увеличилась доля абортотворцев, проведенных с использованием данного метода, при продолжающейся тенденции снижения их общего количества. В последнее время наблюдается тенденция к увеличению доли медикаментозных абортотворцев, выполняемых по Программе ОМС, в 2012 г. они составили 28% от общего количества искусственных абортотворцев. Конечно, данная цифра далека от показателей Финляндии или Швеции, составляющих 70% и 64% соответственно, однако это хороший показатель, поскольку в целом по стране доля медикаментозных абортотворцев, проводимых по ОМС, составляет около 8%. Следует отметить тенденцию к снижению криминальных абортотворцев и материнской смертности, наблюдаемую одновременно с увеличением доли медикаментозных абортотворцев (рис. 3). С 2009 по 2012 г. в Кемеровской области, в соответствии с региональным протоколом, для медикаментозного аборта использовалась официально зарегистрированная дозировка мифепристона – 600 мг. Однако в настоящее время дозу препарата привели в соответствие

## Сателлитный симпозиум компании «Пенткрофт Фарма»



Рис. 3. Динамика частоты медикаментозных абортов и материнской смертности в Кемеровской области

с рекомендациями ВОЗ – 200 мг, поскольку масштабные исследования и результаты метаанализов подтвердили сходную эффективность различных дозировок препарата<sup>6</sup>. Это же было подтверждено собственным исследованием Н.В. Артымук (рис. 4)<sup>7</sup>. Согласно имеющимся данным, медикаментозные аборты на территории Кемеровской области проходят с небольшим количеством ослож-

нений – эффективность метода составляет 97,6% (доля неполных абортов составляет всего 2,4% случаев).

Таким образом, медикаментозный аборт с использованием мифепристона и мизопростола является эффективным методом прерывания беременности, что обосновано с позиций доказательной медицины. Следовательно, медикаментозный аборт может

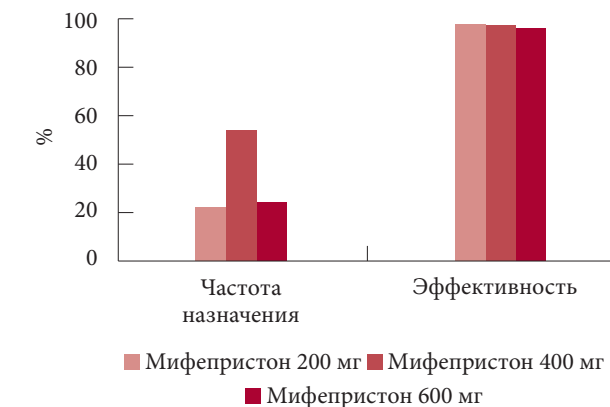


Рис. 4. Частота назначения в Кемеровской области различных доз мифепристона и их эффективность

и должен повсеместно использоваться в качестве современного, эффективного и безопасного метода прерывания беременности. Опыт медикаментозного прерывания беременности в Кемеровской области подтверждает, что данный подход способствует снижению материнских потерь, преимущественно за счет уменьшения уровня криминальных абортов, и не влияет на общий уровень абортов.

### Медикаментозный аборт: контрольный визит и контрацепция

В 2008 г. был организован совместный проект Министерства здравоохранения РФ и ВОЗ по внедрению безопасных технологий искусственного прерывания беременности. О первых результатах проекта рассказала д.м.н., профессор кафедры акушерства, гинекологии и репродуктивной медицины факультета повышения квалификации медицинских работников РУДН Галина Борисовна ДИККЕ. Первый этап проекта (на сегодняшний день успешно завершённый) был посвящен оценке политики, программ и услуг в сфере незапланированной беременности, абортов и контрацепции

в Российской Федерации. На основе полученных данных были сформированы соответствующие рекомендации. В настоящее время запущен второй этап проекта, нацеленный на повышение качества медицинских услуг по вопросам репродуктивного выбора. В целях проекта – снижение числа нежелательных беременностей до 30%, повышение доли современных методов прерывания беременности до 80%, а также улучшение показателей репродуктивного здоровья. Хотя ВОЗ настаивает на замещении традиционных методов прерывания беременности безопасными – вакуумной аспирацией и медикаментозным аборт, в России доля



Профессор Г.Б. Дикке

кюретажа остается на стабильно высоком уровне, уменьшается лишь доля аспираций за счет увеличения числа медикаментозных абортов. От хирургических методов прерывания беременности

<sup>4</sup> Ahman E., Shah I.H. New estimates and trends regarding unsafe abortion mortality // Int. J. Gynaecol. Obstet. 2011. Vol. 115. № 2. P. 121–126.

<sup>5</sup> Haddad L.B., Nour N.M. Unsafe abortion: unnecessary maternal mortality // Rev. Obstet. Gynecol. 2009. Vol. 2. № 2. P. 122–126.

<sup>6</sup> Kulier R., Kapp N., Gülmezoglu A.M. et al. Medical methods for first trimester abortion // Cochrane Database Syst. Rev. 2011. Vol. 11. CD002855.

<sup>7</sup> Artymuk N., Zelenina E. The role of regional program of free medical abortion in reducing of maternal mortality from illegal abortion. Copenhagen, 2013.

медикаментозный аборт отличается тем, что прерывание беременности происходит амбулаторно. В этой связи профессор Г.Б. Дикке подчеркнула необходимость обучения методикам самонаблюдения женщин, которые приняли решение о медикаментозном аборте. Женщина должна понимать то, что происходит с ней в каждый конкретный момент, это нормально или является поводом для обращения за медицинской помощью еще до наступления даты контрольного визита. Для упрощения обучения пациенток алгоритму проведения медикаментозного аборта была разработана специальная схема-памятка, которую врач может выдать во время приема.

Кроме того, прежде чем провести медикаментозный аборт, врач должен предоставить пациентке всестороннюю информацию о выбранном методе прерывания беременности, о сроках, симптомах, а также о возможных осложнениях и рисках. Чаще всего у пациенток возникают вопросы, связанные с продолжением кормления грудью, если аборт производится в период лактации, а также вопросы о профилактике инфекционных осложнений и дальнейшей контрацепции. Согласно актуальным научным данным, после приема мифепристона кормление ребенка грудью может быть продолжено без перерывов. Перерыв в кормлении после использования

мизопростала должен составлять 4 часа при пероральном приеме и 6 часов – при вагинальном или сублингвальном применении. Эти рекомендации были озвучены зарубежными специалистами и поддержаны российскими экспертами. Что касается инфекционных осложнений, то они развиваются в результате медикаментозного аборта чрезвычайно редко, менее чем в 0,5% случаев, то же относится и к вакуумной аспирации. Широко распространенное убеждение о связи аборта и инфекционных осложнений, приводящих к бесплодию, в действительности базируется на том, что любые внутриматочные вмешательства и роды могут стать причиной обострения хронической инфекции, например, хламидийной. Для того чтобы избежать негативных последствий, ассоциированных с абортом, все женщины должны иметь возможность пройти обследование на инфекции, передаваемые половым путем, если это необходимо. Кроме того, существуют данные о целесообразности проведения рутинной антибактериальной профилактики не только при хирургическом, но и при медикаментозном аборте. Вопросы контрацепции должны обсуждаться с женщиной еще до проведения аборта с тем, чтобы она могла начать использовать выбранный метод сразу после процедуры прерывания беременности. «Первой линией» защиты

от нежелательной беременности являются пролонгированные обратимые методы, например, установка импланта или внутриматочной спирали. Практика показывает, что женщины часто прекращают прием назначенных после аборта оральных контрацептивов и вновь оказываются не защищены от нежелательной беременности. Эффективность пролонгированных методов не зависит от мотивации пациента, они не требуют частого посещения врача и дополнительного финансирования. В целом эта группа контрацептивов в наибольшей степени соответствует потребностям пациенток, и при прочих равных условиях следует отдавать предпочтение именно пролонгированным обратимым методам контрацепции.

Вне зависимости от того, какой метод контрацепции выбран, применение его должно быть начато как можно раньше, поскольку у 55–83% женщин овуляция происходит уже в цикле прерывания, а незащищенный половой акт в период между абортом и первой менструацией имеют 40–50% женщин, не начавших пользоваться контрацепцией сразу после аборта. Данные цифры говорят о чрезвычайной важности своевременного назначения надежных контрацептивов, являющихся основным средством предупреждения последующих абортов.

### Заключение

**М**ноголетний опыт работы гинекологов и социальных работников разных стран свидетельствует об актуальности проблемы аборта вне зависимости от законодательной базы и отношения общества к искусственному прерыванию беременности. Женщине, принявшей решение прервать беременность, необходимо обеспечить доступ к современным методам проведения аборта и последующей конт-

рацепции в соответствии с существующими рекомендациями ВОЗ и приказом МЗ РФ № 572н. Запрет на проведение аборт или затруднение доступа к нему приводит к росту числа небезопасных криминальных аборт, вносящих существенный вклад в материнскую смертность. Напротив, повсеместное внедрение безопасных методов прерывания беременности, к которым относится медикаментозный аборт, умень-

шает число осложнений и сохраняет как здоровье отдельных женщин, так и репродуктивный потенциал общества. На сегодняшний день считается доказанным, что медикаментозный аборт (прием мифепристона и мизопростала) является эффективным и безопасным способом прерывания беременности, который может применяться как на ранних, так и на поздних сроках. Об этом свидетельствуют рекомендации ВОЗ (2012), этот факт подтверждают данные зарубежных и отечественных исследований. ♡