



## Е.В. Уварова

ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И. Кулакова»  
Минздрава России, Москва

### Для корреспонденции

Уварова Елена Витальевна – доктор медицинских наук, профессор, заведующая 2-м гинекологическим отделением (гинекологии детского и юношеского возраста) ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И. Кулакова» Минздрава России, президент Межрегиональной общественной организации «Объединение детских и подростковых гинекологов»  
Адрес: 117997, г. Москва, ул. Акад. Опарина, д. 4  
Телефон: (495) 438-85-09  
E-mail: elena-uvarova@yandex.ru

# Аборты у юных и молодых женщин: проблемы и пути решения

В статье представлена проблема абортов у российских подростков и молодежи. Изложены данные статистики абортов, правовые и медицинские аспекты прерывания незапланированной беременности. Освещены современные возможности облегчения участи юных женщин, решившихся на аборт. Обоснована насущная необходимость медицинского и социального консультирования пациентов по вопросам защиты от нежеланного зачатия после свершившегося аборта.

**Ключевые слова:** медикаментозный и искусственный аборт, подростки и молодежь, репродуктивные права, консультирование, контрацепция

## E.V. Uvarova

V.I. Kulakov Obstetrics, Gynecology and Perinatology Research Center of Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Moscow

## Abortion in young women: problems and solutions

In the article the problems of abortion in Russian adolescents and young adults are discussed. The statistics of abortions and legal and medical aspects of unplanned pregnancy interruption are presented. Also the modern facilities to support young women who are determined to have an abortion are given. The vital necessity of medical and social counseling patients on the questions of protection from unwanted conceiving and further abortion are proved.

**Keywords:** medical and simulated abortion, adolescents and young people, reproductive rights, counseling, contraception

Согласно данным Минздрава России, особенностью репродуктивного поведения россиянок в последние годы является увеличение численности родившихся детей при значительном уменьшении количества аборт. Например, в 2010 г. общее число медицинских абортов составило 1055, в 2011 г. – 989, в 2012 г. – 935, в 2013 г. – 881 и в 2014 г. – 814 тыс. При пересчете на 1000 женщин фертильного возраста по годам показатели составили 28,2; 26,7; 25,8; 24,5 и 22,9 соответственно. Положительная динамика числа абортов отмечена и у сексуально активных менструирующих подростков [1].

Особенно заметно существенное уменьшение числа абортов при сравнении 2002 и 2012 гг. Так, в группе подростков в возрасте до 14 лет в 2002 г. было прервано 1343, а в 2014 г. – 335 беременностей, в возрастной группе 15–19-летних подростков – в 2002 г. 183 947, а в 2014 г. – 33 203 беременности (рис. 1 и 2).

Представил интерес анализ числа абортов с учетом примерной численности сек-

суально активных подростков в анализируемых возрастных группах. По данным переписи 2012 г., численность российских девочек в возрастной группе 10–14 лет составила 3 231 761 чел., в возрастной группе 15–19 лет – 3 615 840 чел., в их числе в возрасте 15–17 лет было 2 054 848 чел. [2]. С другой стороны, опубликованные данные выборочного опроса 10 010 российских женщин [3] свидетельствуют о наличии сексуального опыта у 4% девочек в возрасте до 15 лет, у 24% девушек к 17 годам и у 61% – к 19 годам. По этим данным можно вычислить примерное количество сексуально активных подростков в анализируемые годы. В группе девочек в возрасте 10–14 лет их получается 129 270 (4% от численности), в возрасте 15–17 лет – 410 970 (24–4=20% от численности), в возрасте 15–19 лет – 2 061 029 человек (61–4=57% от численности). В соответствии с этим доля сделавших аборт в 2012 г. при пересчете на 1000 сексуально активных подростков в возрасте до 14 лет составила 3,98, в возрасте 15–17 лет – 27,8, в возрасте 15–19 лет – 23,5. Полученные цифры

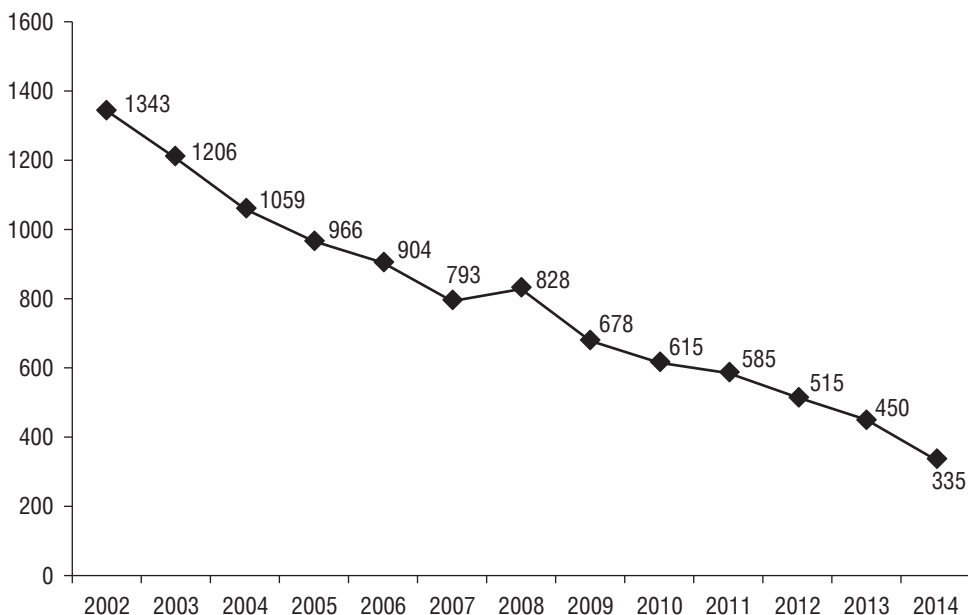
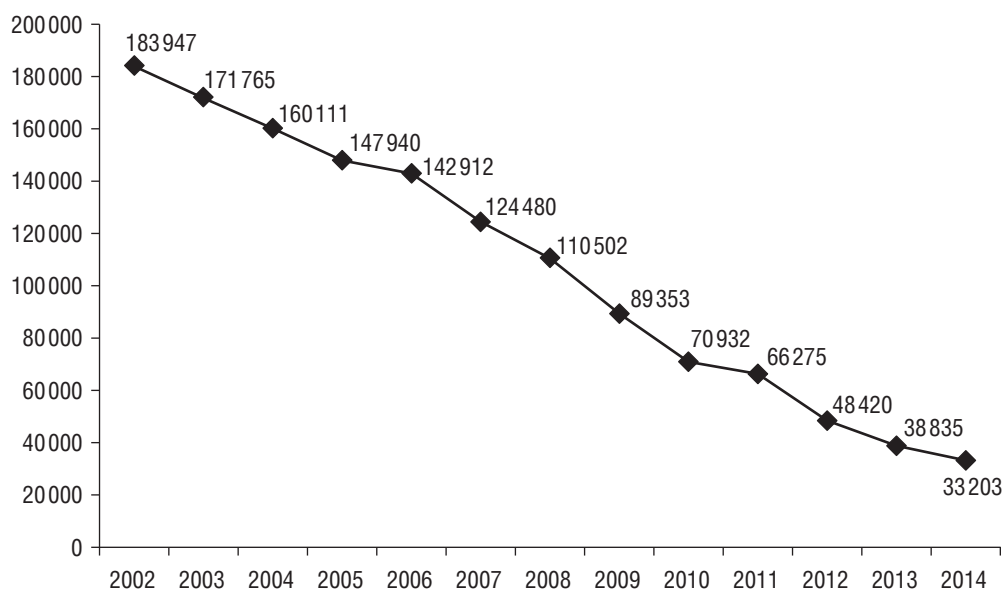


Рис. 1. Динамика абсолютного числа абортов у девочек в возрасте до 14 лет (данные Минздрава России 2002–2014 гг.)



**Рис. 2.** Динамика абсолютного числа абортов у девушек в возрасте 15–19 лет (данные Минздрава России 2002–2014 гг.)

у подростков в возрасте 15 лет и старше совпали с аналогичными показателями у женщин фертильного возраста, но если у подростков на каждые 10 родов пришлось 8 абортов, то у женщин – 5–6 абортов. Важно и то, что у подростков в возрасте до 14 лет аборт закончился 95,0%, а в возрасте 15–17 лет – 70,0% первых беременностей. Больше половины первых беременностей девушки сочли несвоевременными (41%) или ненужными (14%) [3].

При анализе доли различных абортов среди всех абортов, произведенных подросткам в 2012 г. (табл. 1), заслуживают внимание цифры самопроизвольных абор-

тов (10,9% в возрасте до 14 лет и 20,5% в возрасте 15–17 лет) и неуточненных абортов (3,7 и 4,8% соответственно возрастным группам).

Согласно данным Н.И. Фроловой и соавт., самопроизвольные неуточненные аборты и осложнения хирургического аборта у девушек составляют 38% из общего количества госпитализаций в гинекологические стационары Забайкальского округа [4].

За представленными цифрами, возможно, скрывается факт приобретения без рекомендации врача и, соответственно, неправильного применения препаратов, обладающих абортивным эффектом.

**Таблица 1.** Доля различных абортов среди всех абортов у девочек-подростков (данные Минздрава России 2012 г. [1])

Вид аборта	Возраст до 14 лет включительно	Возраст 15–17 лет включительно
Самопроизвольные аборты	10,9	20,5
Аборты медицинские легальные	28,5	71,3
Неуточненные аборты	3,7	4,8
Криминальные аборты	0	0,04
Аборты по медицинским показаниям	56,5	3,3
Аборты по социальным показаниям	0,4	0,06
В с е г о	100%	100%

В этом аспекте абсолютно непонятно настойчивое желание некоторых представителей духовенства и членов Государственной Думы законодательно запретить аборт или их финансирование за счет бюджетных средств без учета возраста, состояния здоровья матери и плода. В результате такой недалководидной политики число подростков, отказавшихся от продолжения сексуальных отношений или пожелавших родить, увеличится минимально, притом что точно в стране вырастет, так это число криминальных, самопроизвольных и неуточненных абортотворцев у несовершеннолетних. Как справедливо отметили в своей статье С.Ш. Мурзабаева и Ю.В. Павлова, «репродуктивные права основываются на признании базового права всех пар и индивидуальных лиц принимать свободное и ответственное решение о количестве детей, периодах рождения между ними, располагая возможностью получать информацию и средства для реализации своего решения, а также право на получение услуг наивысшего стандарта в репродуктивном здоровье» [5]. Поэтому принятие любых правовых ограничительных мер к беременным женщинам является серьезным юридическим казусом.

Мировые статистические данные свидетельствуют о том, что ежегодно около 16 млн женщин в возрасте 15–19 лет и около 1 млн в возрасте до 15 лет рожают детей (11% всех родов в мире). Средний показатель рождаемости составляет 49 на 1000 подростков. Ежегодно 26 млн беременностей заканчиваются искусственным абортом, 47 тыс. женщин умирают от абортов. Осложнения во время беременности и родов являются второй причиной смерти подростков. Риск материнской смертности от аборта у подростков в возрасте до 16 лет в 4 раза выше, чем у женщин в возрасте 20–29 лет. Вероятность смерти 15-летней девушки от причины, связанной с материнством, составляет 1 на 3700 в развитых странах и 1 на 160 в развиваю-

щихся странах [6]. Статистические данные Минздрава России за 2014 г. показывают, что медицинский аборт явился причиной материнской смерти 3 (1,4%) женщин, а аборт, начатый вне лечебного учреждения и неустановленный, – 11 (5,2%) женщин. Более 1 млн женщин после аборта приобретают хронические заболевания, нездоровье, страдают от экономических и социальных последствий [7, 8].

Не вызывает сомнений, что действенной мерой профилактики возникновения незапланированной беременности и осложнений абортов у сексуально активных подростков является использование надежной и безопасной контрацепции [9, 10]. Однако современная российская статистика свидетельствует о сохранении низкой приверженности подростков к контрацепции. При первом половом контакте 41% подростков не использовали ни плановый, ни экстренный контрацептивный метод, несмотря на достаточную осведомленность о существующих средствах и способах защиты от зачатия [3]. Кстати, о препаратах об экстренной контрацепции (ЭК) подростки информированы слабо, а ведь таблетки для ЭК позволяют на 85–99% снизить риск нежеланного зачатия, а не подавляют развитие уже имеющегося жизнеспособного эмбриона, как это происходит во время аборта [11–13].

Помимо плановой и экстренной контрацепции к обоснованным стратегическим механизмам репродуктивного выбора относится и прерывание беременности по желанию женщины.

В европейских странах существует 4 типа законов об аборте. Самые либеральные законы разрешают аборт «по просьбе». В настоящее время, согласно данным Отдела народонаселения Секретариата ООН, производство аборта по желанию женщины законодательно разрешено в 55 из 194 стран мира. Это всего 28% стран. В эту группу входят почти все индустриально развитые государства, Рос-

сия и Китай. Умеренно свободные законы разрешают аборт по многочисленным медицинским и социальным показаниям (в Англии, Венгрии, Исландии, Кипре, Люксембурге, Финляндии), достаточно строгие законы разрешают аборт лишь при угрозе физическому или психическому здоровью женщины, при инкурабельных дефектах плода, при изнасиловании и инцесте (в Испании, Португалии, Польше и Швейцарии) и очень строгие законы, которые или вообще запрещают аборт, или разрешают их в исключительных случаях, когда беременность представляет непосредственную угрозу для жизни женщины (в Северной Ирландии, до недавнего времени – в Республике Ирландии и на Мальте).

В нашей стране юридические аспекты проблемы абортотворения изложены в ст. 56 Федерального закона № 323 (ФЗ-323) «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» (Принят Государственной Думой 1 ноября 2011 г., одобрен Советом Федерации 9 ноября 2011 г., в редакции от 21 июля 2014 г.) [14], а порядок оказания медицинской помощи женщинам при искусственном прерывании беременности – в приказе Минздравсоцразвития России № 572н от 12 ноября 2012 г. «Порядок оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий) с изменениями, внесенными Приказом Минздрава России № 25н от 17 января 2014 г. (зарегистрировано в Минюсте России 02 апреля 2013 г. № 27960) [15].

В ст. 56 ФЗ-323 «Искусственное прерывание беременности изложены правовые и организационные аспекты проблемы. Указано, что каждая беременная женщина самостоятельно решает вопрос о материнстве и искусственное прерывание беременности проводится по желанию женщины при сроке беременности до 12 нед и при наличии информированного добровольного согласия.

Притом при сроке беременности 4–7 нед и 11–12 нед, но не позднее окончания 12-й недели, искусственное прерывание беременности разрешено не ранее 48 ч, а при сроке беременности 8–10 нед – не ранее 7 дней с момента обращения женщины в медицинскую организацию. Благодаря узаконенному решению о «неделе тишины», медицинский работник, а также психолог и/или специалист по социальной работе женской консультации имеют возможность переубедить женщину и ее партнера на сохранение беременности и деторождение.

В ч. 5 ст. 56 ФЗ-323 указано, что искусственное прерывание беременности по социальным показаниям проводится при сроке беременности до 22 нед, а при наличии медицинских показаний – независимо от срока беременности.

В соответствии с этим Правительство Российской Федерации установило, что единственным социальным показанием для искусственного прерывания беременности является беременность, наступившая в результате совершения изнасилования – преступления, предусмотренного ст. 131 Уголовного кодекса Российской Федерации [16].

В перечне из 21 медицинского показания для искусственного прерывания беременности (Приказ Минздравсоцразвития России № 736 от 03 декабря 2007 г.) для несовершеннолетних в возрасте до 15 лет представлено «состояние физиологической незрелости беременной женщины», но в примечании указано, что лишь «до наступления периода жизнеспособности плода».

Искусственное прерывание беременности, в том числе несовершеннолетним, имеет право проводить только врач акушер-гинеколог медицинских организаций, оказывающих помощь взрослым гражданам и имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, включая работы (услуги) по «акушерству и гинекологии». В ранние сроки беремен-



**Рис. 3.** Разрешение на получение новой медицинской технологии на территории РФ (ФС 2009/№ 339 от 16 октября 2009 г.)

ности при задержке менструации не более 20 дней разрешается проводить аборты в амбулаторно-поликлинических учреждениях, при сроке беременности до 12 нед – в условиях дневных стационаров, имеющих условия для оказания квалифицированной, в том числе экстренной, хирургической, реанимационной и интенсивной медицинской помощи. У женщин с отягощенным акушерским анамнезом (рубец на матке, внематочная беременность), миомой матки, хроническими воспалительными процессами с частыми обострениями, аномалиями развития половых органов и другой гинекологической патологией, при наличии экстрагенитальных заболеваний, аллергических заболеваний (состояний) искусственное прерывание беременности до 12 нед производится только в условиях стационара круглосуточного пребывания больных [15].

Согласно рекомендациям ВОЗ, предпочтение при выборе метода искусственного прерывания беременности в I триместре следует отдать имеющему минимальное количество осложнений и потому признанному наиболее безопасными для здоровья медикаментозному аборту или вакуум-аспирации (мануальной или вакуумной). Хирургический (расширение шейки и выскабливание полости матки) метод допускается только в исключительных случаях, при невозможности применить более щадящие методы [17, 18].

К сожалению, в России до сих пор от 60 до 75% всех беременностей прерывают хирургическим методом, и только 10,1% приходится на медикаментозный аборт, несмотря на разрешение его применения в стране с 2009 г. Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и социального развития (рис. 3)

При представлении к разрешению медицинской технологии специалисты Центра акушерства и гинекологии им. акад. В.И. Кулакова применили принятый и широко внедренный к этому времени в Европе протокол медикаментозного прерывания беременности в сроке до 42 дней (6 нед), считая от первого дня последней менструации и диаметре плодного яйца до 11 мм (так называемый «французский» протокол) [19].

По протоколу беременным женщинам после первичного приема и УЗИ для подтверждения маточной беременности сроком не более 6 нед назначались отечественные препараты Миропристон, содержащий мифепристон, в дозе 600 мг (3 таблетки по 200 мг) и спустя 36–48 ч препарат Миролют с мизопроустолом в дозе 400 мкг (2 таблетки по 200 мкг). Оба препарата применены внутрь. Миролют – первый мизопроустол, который был официально разрешен для совместного применения с мифепристомом (Миропристон) в протоколе медикаментозного аборта, что сделало саму процедуру полностью легитимной. Оценка

эффективности медикаментозного прерывания беременности по данным клинического обследования и повторного УЗИ органов малого таза по примененной методике составила 98% [20, 21].

Мифепристон – синтетическое вещество, конкурирующее с прогестероном и глюкокортикоидами за связь с их рецепторами. Наиболее выражена конкуренция с прогестероном. Кроме того, мифепристон стимулирует высвобождение провоспалительного интерлейкина – ИЛ-8, повышая чувствительность клеток миометрия и децидуальной оболочки матки к простагландинам. В результате действия антипрогестагена происходит расслоение и отторжение функционального слоя эндометрия с плодным яйцом, повышается сократительная активность матки.

Блокада рецепторов прогестерона мифепристоном носит временный и обратимый характер, поэтому в дальнейшем не наблюдается каких-либо неблагоприятных последствий для репродуктивной системы.

Препарат Миролют содержит синтетический аналог простагландина E<sub>1</sub>, поэтому повышает частоту и силу сокращений миометрия и гладкой мускулатуры кишечника. Способность мизопростола стимулировать сокращения матки облегчает раскрытие шейки и удаление содержимого полости матки. Наряду с этим препарат обладает гастропротекторным свойством за счет увеличения образования защитной слизи и гидрокарбоната, усиления кровотока в слизистой оболочке, подавления базальной, ночной и стимулированной секреции соляной кислоты при уменьшении базальной продукции пепсина. Препарат быстро абсорбируется при пероральном приеме, полностью всасываясь через 1,5 ч. Максимальная концентрация активного метаболита (мизопростоловой кислоты) в плазме крови достигается через 15 мин, действие препарата продолжается не менее 3–6 ч.

Эффективный медикаментозный аборт требует сбалансированной комбинации

антигестагена и простагландина, причем этот баланс дозозависим: чем ниже доза одного компонента комбинации препаратов, тем выше должна быть доза второго компонента и наоборот.

Сегодня медикаментозный аборт является рутинной процедурой по меньшей мере в 35 странах (рис. 4). Проведение медикаментозного аборта не имеет возрастных ограничений, его следует предлагать как альтернативу хирургическому методу там, где это возможно [22–25].

На российском фармакопейном рынке сегодня представлено несколько компаний-производителей мифепристона: Миропристон («ООО Штада Маркетинг, Россия»), Мифегин («Макор Лаборатуар», Франция, дистрибуция «Изварино Фарма»), Пенкрофтон и Мифепристон («Пенкрофт-Фарма», Россия, «Бейджинг Зижу Фармасьютикал Ко., ЛТД», Китай, дистрибуция «Пенкрофт-Фарма»), Мифолиан (Шанхай Хуа Лиан Фармасьютикал Ко., ЛТД», Китай) и Мифепрекс (ЗАО «Московская фармацевтическая фабрика», Россия). Инструкции по медицинскому применению, утвержденные Минздравом России, у всех препаратов регламентируют режим дозирования мифепристона для медикаментозного аборта 600 мг (3 таблетки), за исключением инструкции Мифепристона («Бейджинг Зижу Фармасьютикал Ко., ЛТД», Китай), позволяющей применять 1 (одну) таблетку для медикаментозного аборта.

Метаанализ применения французского мифепристона (Мифегин) для прерывания ранней беременности показал, что использование 200 мг вместо 600 мг сопровождается увеличением числа сохранившихся беременностей до 2,8%, в то время как при применении дозы мифепристона 600 мг прогрессирующая беременность после медикаментозного аборта встречается менее чем у 1% женщин [26]. В рамках еще 4 исследований, сравнивавших

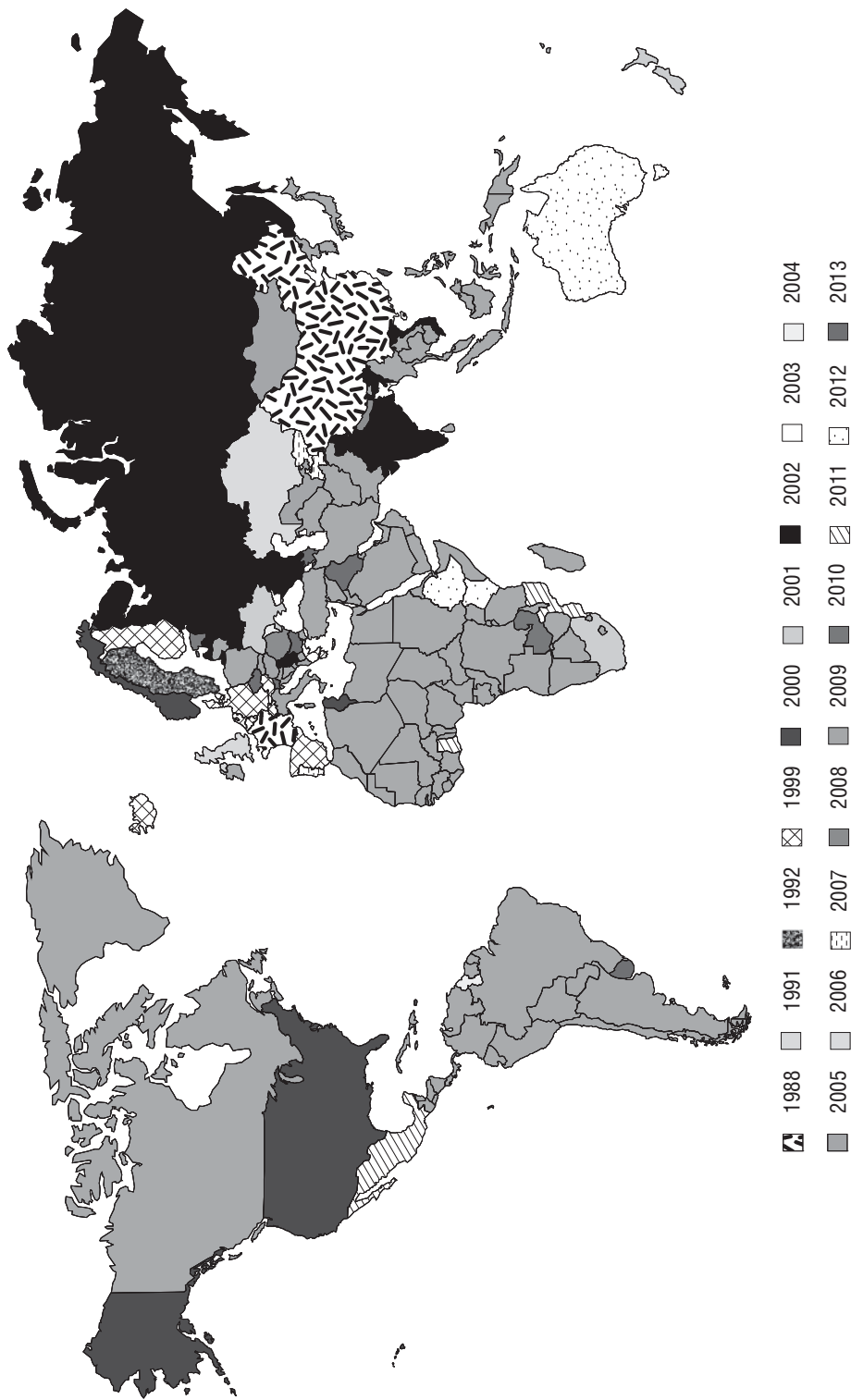


Рис. 4. Карта мира. Цветами обозначены года получения разрешения на использование мифепристона для медикаментозного аборта (для России – 2002 г.)



**Таблица 3.** Побочные эффекты при различных способах применения мизопростола после 200 мг мифепристона для медикаментозного аборта

Побочный эффект	400 мкг внутрь	800 мкг вагинально	p
Тошнота	39,6	41,6	–
Лихорадка	15	26,9	≤0,0001
Озноб	25,9	43,5	≤0,0001
Боль, средний балл	5,8	6,7	0,001
Переносимость боли	84,6	75,1	≤0,003
Предпочтения пациентки	94	38	–

эффективность дозировки мифепристона 200 мг с дозировкой 600 мг, относительный риск неэффективности лечения составил 1,07 (ДИ 95%, 0,87–1,32) [27].

В России в последние несколько лет активно позиционируется схема прерывания ранней беременности с использованием 200 мг мифепристона с 400 мкг мизопростола перорально. Накопленный опыт представлен в обобщенных публикациях, в которых эффективность использования 200 мг препарата Мифепристон («Пенкрофт-Фарма») составляет 96–98% [28, 29].

В то же время компания-производитель «Мифепристона» (Бейджинг Зижу Фарма-сютикал Ко., ЛТД), представившая при государственной регистрации препарата в России в 2011 г. результаты клинического исследования III фазы применения 200 мг мифепристона в 30 медицинских центрах Китая с участием 4493 беременных женщин, указала 77,4% эффективность препарата.

В июне 2015 г. в Нью-Йорке проведено 17-е Ежегодное международное собрание Gynuity: «Мифепристон в реальном мире: трудности и возможности», на котором среди правовых и этических аспектов медикаментозного аборта вновь были затронуты вопросы выбора целесообразной дозы мифепристона и мизопростола и пути введения последнего для медикаментозного прерывания беременности «в условиях нехватки ресурсов» [36].

Сторонники использования всего 200 мг мифепристона ратуют за снижение стоимости при одинаковом эффекте 200

и 600 мг. Притом нежелательные эффекты рассматриваются как менее приоритетный критерий по сравнению с эффективностью. Эксперты ВОЗ одобрили уменьшенную дозу мифепристона (200 мг перорально) в целях обеспечения экономической доступности метода для развивающихся стран с высоким уровнем рождаемости и материнской смертности [30, 31]. Вместе с тем эксперты ВОЗ рекомендуют использовать однократно 200 мг мифепристона в комбинации с мизопростолом в удвоенной дозе (800 мкг) или гемепростом в дозе 1 мг и вводить аналог простагландина E<sub>1</sub> спустя 24–48 ч во влагалище, так как пероральный прием большей дозы сопряжен с увеличением побочных реакций и неблагоприятных осложнений (табл. 3) [27]. С. Shannon и соавт. приводят убедительные доказательства зависимости частоты побочных эффектов от дозы и пути введения мизопростола [32], притом что эффективность рекомендованной схемы указана в разбросе от 95 до 99%.

Наиболее неприятные ощущения пациенткам доставляют резко болезненные сокращения матки. На 11-й конференции Международной федерации по абортам и контрацепции (FIAPAC), прошедшей в Любляне в 2014 г., был поднята проблема «менеджмента боли» при медикаментозном аборте и предложено комплектовать упаковку с препаратами для медикаментозного аборта таблетками НПВС и, на случай очень сильной боли, таблетками с кодеином. При этом, по данным клинических исследований, проведенных в России, где доза мизопростола не превышала 400 мкг

перорально, назначение обезболивающих препаратов пациенткам не требовалось вообще, так как болевой синдром отсутствовал или был слабо выражен [35]. Необходимо отметить, что зачастую болевой порог ниже, а эмоциональная лабильность выше у юных пациенток. В этой связи для таких пациенток следует применять минимально возможную дозу простагландина.

В формулярные документы Комитета по медицинским продуктам для человека Европейского медицинского агентства (ЕМА СНМР) от 2007 г. внесено предупреждение о рисках нелегитимного и незарегистрированного вагинального введения мизопростол. Было указано, что при влагалищном введении существует риск фатально-токсического шока.

ЕМА, так же как FDA в США (последнее обновление 19.07.2011) и HAS во Франции утверждено, что пероральное применение на 1-й день 600 мг мифепристона и на 3-й день 400 мкг мизопростол следует считать основным протоколом для медикаментозного прерывания беременности раннего срока [33, 34].

При неполном аборте или продолжающейся беременности, оцененной на

10–14-й день после приема мифепристона, обязательно проводят вакуум-аспирацию с последующим гистологическим исследованием аспирата. Сохранять беременность после применения мизопростол опасно, так как подтверждена связь между частотой и видом врожденных аномалий и применением мизопростол.

С учетом представленных данных хочется предостеречь акушеров-гинекологов, к которым обратятся с вопросом о возможности медикаментозного аборта юные женщины. Нужен очень взвешенный подход к выбору его схемы с учетом возраста, социального статуса, возможных рисков болевого шока, кровотечения и пролонгирования беременности. Врач обязан предупредить пациентку о том, что при проведении медикаментозного аборта с использованием 200 мг мифепристона у нее возрастает риск такого осложнения, как пролонгированная беременность, и, соответственно, это потребует проведения последующего хирургического вмешательства и наркоза (с учетом срока беременности на момент диагностики осложнения), что особенно нежелательно для репродуктивного здоровья юных.

## Литература

1. Основные показатели здоровья матери и ребенка, деятельность службы охраны детства и родовспоможения в Российской Федерации. М., 2013. 200 с.
2. Социально-демографический портрет России: По итогам всероссийской переписи населения 2010 г. / Федеральная служба государственной статистики. М.: ИИЦ «Статистика России», 2012. 183 с.
3. Репродуктивное здоровье населения России. 2011 г. Итоговый отчет. М., 2013. 284 с.
4. Фролова Н.И., Белокриницкая Т.Е., Белозерцева Е.П., Лопатина Д.В. // Репродукт. здоровье детей и подростков. 2015. № 1. С. 17–23.
5. Мурзабаева С.Ш., Павлова Ю.В. // Репродукт. здоровье детей и подростков. 2015. № 1. С. 11–16.
6. Patton G., Coffey C., Sawyer S., Viner R., Haller D., Bose K., Vos T., Ferguson J., Mathers C.D. Global patterns of mortality in young people: a systematic analysis of population health data // Lancet. 2009. Vol. 374. С. 881–892.
7. Всемирная статистика здравоохранения 2014 г. Женева : Всемирная организация здравоохранения, 2014.
8. Здоровье подростков мира. Доклад ВОЗ (май 2014 г.) // Информационный бюллетень ВОЗ. 2014. № 348.
9. Уварова Е.В. Современные возможности медицинской профилактики незапланированной беременности у молодежи /В кн.: Репродуктивные планы: сохранить и приумножить потенциал. Итоги встречи российских врачей с руководством Европейского общества гинекологов и Европейского общества по контрацепции и репродуктивному здоровью (Москва, 12–13 марта 2013 г.) // Т.С. Рябинкина, Х.Ю. Симоновская, С.А. Маклецова. М. : Редакция журнала StatusPraesens, 2013. С. 8–12.

10. Дикке Г.Б., Ерофеева Л.В. Современные особенности национальной контрацепции: информированность, применение и эффективность // *Вопр. гин., акуш. и перинатол.* 2014. № 13 (5). С. 63–71.
11. Дикке Г.Б., Яроцкая Е.Л., Ерофеева Л.В. Стратегическая оценка политики, программ и услуг в сфере непланируемой беременности, абортов и контрацепции в Российской Федерации. Совместное исследование МЗ и СР РФ и ВОЗ // *Пробл. репродукции.* 2010. № 3. С. 92–108.
12. *Emergency Contraception: A guideline for service provision in Europe, ECESC, 2013.* Электронный ресурс. Режим доступа: <http://www.ec-ec.org>
13. Уварова Е.В. Комбинированная гормональная контрацепция у сексуально активных подростков и молодежи // *Рус. мед. журн.* 2008. № 19. С. 1232.
14. Федеральный закон № 323 «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» (Принят Государственной Думой 1 ноября 2011 г., одобрен Советом Федерации 9 ноября 2011 г.), в редакции от 21 июля 2014 г.
15. Приказ Минздравсоцразвития России № 572н от 12 ноября 2012 г. «Порядок оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий) с изменениями, внесенными Приказом Минздрава России № 25н от 17 января 2014 г. (зарегистрировано в Минюсте России 02 апреля 2013 г. № 27960).
16. Постановление Правительства РФ от 6 февраля 2012 г. № 98 «О социальном показании для искусственного прерывания беременности».
17. *Безопасный аборт: Рекомендации для систем здравоохранения по вопросам политики и практики.* Женева : Всемирная организация здравоохранения, 2004. 138 с.
18. *WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems.* 2nd ed. World Health Organization, 2012. 123 p.
19. Разрешение ФС по надзору в сфере здравоохранения и соцразвития на применение новой медицинской технологии «Медикаментозный аборт на ранних сроках беременности» № 2009/339-ФС от 16.10.2009.
20. Кузмин А.А. Фармакологический аборт в медицинской практике. Фарматека. 2010. № 1. С. 42–45.
21. *Аборт в I триместре беременности / Под ред. В.Н. Прилепской, А.А. Кузмина.* М. : ГЗОТАР-Медиа, 2010. 246 с.
22. *World Health Organisation Task Force on Post-ovulatory Methods of Fertility Regulation. Comparison of two doses of mifepristone in combination with misoprostol for early medical abortion: a randomized trial // BJOG.* 2000. Vol. 107. P. 524–530.
23. *World Health Organization. Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems.* Geneva: WHO, 2012.
24. Grimes D.A., Raymond E.G. Medical abortion for adolescents // *BMJ.* 2011. Vol. 342. P. d2185.
25. Moreau C., Trussell J., Desfreres J., Bajos N. Medical vs. surgical abortion: the importance of women's choice // *Contraception.* 2011. Vol. 84 (3). P. 224–229.
26. Lievre M., Sitruk-Ware R. Meta-analysis of 200 or 600 mg mifepristone in association with two prostaglandins for termination of early pregnancy // *Contraception.* 2009. Vol. 80. P. 95–100.
27. Kulier R., Kapp N., Gulmezoglu A.M., Hofmeyr G.J., Cheng L., Campana A. Medical methods for first trimester abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2011 (11): CD002855
28. Дикке Г.Б. Медикаментозный аборт : Руководство для врачей / Под ред. В.Е. Радзинского. М. : МЕДпресс-информ, 2015. 344 с.
29. Липман А.Д., Левина И.С., Кочев Д.М. Использование мифепристона для медикаментозного прерывания беременности и других целей // *Сибирск. мед. журн.* Т. 17, № 4. 2004. С. 46–63.
30. Grossman D. Медикаментозный аборт в первом триместре беременности: Комментарий БПЗ (последняя редакция: 3 сентября 2004 г.). Библиотека репродуктивного здоровья ВОЗ. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2004.
31. von Hertzen H., Piaggio G., Wojdyla D., et al. Two mifepristone doses and two intervals of misoprostol administration for termination of early pregnancy: a randomised factorial controlled equivalence trial // *BJOG: Int. J. Obstet. Gynaecol.* 2009. Vol. 116 (3). P. 381–389.
32. Shannon C., Wiebe E., Jacot F., Guilbert E., Dunn S., Sheldon W.R., Winikoff B. Regimens of misoprostol with mifepristone for early medical abortion: a randomised trial // *BJOG: Int. J. Obstet. Gynaecol.* 2006. Vol. 113 (6). P. 621–628.
33. HAS 2010 – Interruption volontaire de grossesse par methode medicamenteuse. Haute Autorite de Sante. 2010. 58 p.
34. *Mifeprex (mifepristone) Information.* Электронный ресурс. Режим доступа: <http://www.fda.gov/drugs/drugsafety/postmarketdrugsafetyinformationforpatientsandproviders/ucm111323.htm>
35. Сухих Г.Т., Серов В.Н., Прилепская В.Н. и др. Медикаментозное прерывание беременности в I триместре (клинический протокол) // *Журн. акуш. и жен. бол.* 2014. Т. LXIII, выпуск 6. С. 66–86.
36. *Gynuity health projects.* <http://gynuity.org/resources/read/medical-abortion-guidebook-2nd-ed-ru/>

## References

1. Key indicators of maternal and child health, child healthcare protection and obstetrics service activities in the Russian Federation. Moscow, 2013: 200 p. (in Russian)
2. Socio-demographic portrait of Russia: Following the results of the National Population Census 2010/ Federal Service of State Statistics. Moscow: IITs «Statistika Rossii», 2012. 183 p. (in Russian)
3. Reproductive health of the Russian population. 2011. Final Report. Moscow, 2013. 284 p. (in Russian)
4. Frolova N.I., Belokrinitskaya T.Ye., Belozertseva Ye.P., Lopatina D.V. Reproductivnoe zdorove detey i podrostkov [Pediatric and Adolescent Reproductive Health]. 2015; Vol. 1: 17–23. (in Russian)
5. Murzabayeva S.SH., Pavlova Yu.V. Reproductivnoe zdorove detey i podrostkov [Pediatric and Adolescent Reproductive Health]. 2015; Vol. 1: 11–6. (in Russian)
6. Patton G., Coffey C., Sawyer S., Viner R., Haller D., Bose K., Vos T., Ferguson J., Mathers C.D. Global patterns of mortality in young people: a systematic analysis of population health data. *Lancet*. 2009; Vol. 374: 881–92.
7. World Health Statistics 2014 Geneva: World Health Organization, 2014. (in Russian)
8. Adolescent's health in the whole world. WHO report (May 2014). Здоровье подростков мира. Доклад ВОЗ (май 2014 г.). *Informatsionnyy byulleten' VOZ*. [WHO Bulletin]. 2014; Vol. 348. (in Russian)
9. Uvarova E.V. Modern possibilities of medical prevention of unwanted pregnancy in young women / In: Reproductive plans: how to preserve and increase the capacity. Results of the meeting of Russian doctors with the leadership of the European Society of Gynecology and the European Society of Contraception and Reproductive Health (Moscow, 12–13 March 2013) / T.S. Ryabinkina, H.Yu. Simonovskaya, S.A. Makletsova. Moscow: Redaktsiya zhurnala StatusPraesens, 2013: 8–12. (in Russian)
10. Dicke GB, Yerofeyeva LV. Modern features of National Contraceptive Awareness, use and efficiency. *Voprosy ginekologii, akusherstva i perinatologii* [Problems of Gynaecology, Obstetrics and Perinatology]. 2014; Vol. 13 (5): 63–71. (in Russian)
11. Dicke G.B., Yarotskaya Ye.L., Yerofeyeva L.V. Strategic evaluation of policies, programs and services in the question of unplanned pregnancy, abortion and contraception in the Russian Federation. A cooperative study of Ministry of Health of the Russian Federation and WHO. *Problemy reproduktivnoy* [Problems of Reproduction]. 2010; Vol. 3: 92–108. (in Russian)
12. Emergency Contraception: A guideline for service provision in Europe, ECEC, 2013. Electronic Resource Access mode: <http://www.ec-ec.org>.
13. Uvarova E.V. Combined hormonal contraception in sexually active adolescents and young adults. *Russkiy meditsinskiy zhurnal* [Russian Medical Journal]. 2008; Vol. 19: 1232. (in Russian)
14. Federal Law N 323 «On the basis of the health protection of citizens of the Russian Federation» (Adopted by the State Duma on November 1, 2011, the Federation Council approved November 9, 2011), as amended on July 21, 2014. (in Russian)
15. Order of the Health Ministry of Russia N 572n of 12 November 2012. «The order of medical care on the profile of «Obstetrics and Gynecology»(except for the use of assisted reproductive technologies), as amended by Order of the Russian Ministry of Health N 25n of 17 January 2014 (registered Ministry of Justice of Russia on 02 April 2013. N 27960). (in Russian)
16. Government Decree of 6 February 2012 N 98 «On social grounds for abortion». (in Russian)
17. Safe abortion: Guidance for Health Systems Policy and Practice. Geneva: World Health Organization, 2004. 138 p. (in Russian)
18. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. 2nd ed. World Health Organization, 2012. 123 p.
19. FS Resolution on Supervision in Healthcare and Social Development for the use of new medical technology «medical abortion in early pregnancy» N 2009/339-FS from 16.10.2009. (in Russian)
20. Kuzemin A.A. Pharmacological abortion in medical practice. *Farmateka* [Pharmateca]. 2010; Vol. 1: 42–5. (in Russian)
21. Abortion in the I trimester of pregnancy / Ed. V.N. Prilepskaya, A.A. Kuzemin. Moscow: GEOTAR-Media, 2010. 246 p. (in Russian)
22. World Health Organisation Task Force on Post-ovulatory Methods of Fertility Regulation. Comparison of two doses of mifepristone in combination with misoprostol for early medical abortion: a randomized trial. *BJOG*. 2000; Vol. 107: 524–30.
23. World Health Organization. Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems. Geneva: WHO, 2012.
24. Grimes D.A., Raymond E.G. Medical abortion for adolescents. *BMJ*. 2011; Vol. 342: d2185.
25. Moreau C., Trussell J., Desfreres J., Bajos N. Medical vs. surgical abortion: the importance of women's choice. *Contraception*. 2011; Vol. 84 (3): 224–9.