

УДК 618.39-021.3-008-02-08

ЛАСАЧКО С.А., ШУДРИКОВА Н.В.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

ПРОФИЛАКТИКА ВОЗМОЖНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ И РЕАБИЛИТАЦИЯ ЖЕНЩИН ПОСЛЕ МЕДИЦИНСКОГО АБОРТА

Резюме. В современных социально-демографических условиях стран мира проблема абортот занимает особое место. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения, каждый год из 220 млн беременностей не меньше 46 млн (22 %) заканчиваются искусственным прерыванием беременности. Прерывание нежелательной беременности — одна из основных причин нарушения репродуктивного здоровья женщин в будущем. Медицинский аборт часто приводит как к ранним постабортным осложнениям (перфорация матки, кровотечение, эндометрит), так и к отдаленным серьезным последствиям (хронические воспалительные заболевания женских половых органов, бесплодие, внематочная беременность, нарушение менструальной функции). Частота осложнений, по разным данным, колеблется от 1,6 до 52 %. В последние годы проводятся многочисленные исследования по разработке различных технологий безопасного аборта, направленные на снижение риска данных осложнений. Достаточно широко используется мануальная вакуум-аспирация плодного яйца в ранние сроки беременности, которая менее травматична по сравнению с инструментальным выскабливанием стенок полости матки, но все же является хирургическим вмешательством. Один из современных щадящих методов — медикаментозное прерывание беременности ранних сроков путем применения биологически активных веществ — простагландинов в сочетании с антипрогестинами. Однако прерывание беременности любым способом является серьезным вмешательством, требующим проведения необходимых профилактических и реабилитационных мероприятий. Цель данной работы — краткое освещение современных взглядов на осложнения после медицинского аборта, а также профилактику, реабилитацию и лечение пациенток с данной патологией.

Ключевые слова: медицинский аборт, осложнения, профилактика, лечение, реабилитация.

Показателем общесоциального благополучия страны является состояние здоровья населения, которое отображает уровень и характер социально-экономического развития государства, а состояние здоровья женщин — уровень таких демографических показателей, как рождаемость, младенческая и материнская смертность. Важнейшая предпосылка для благоприятной динамики этих показателей — стабильность состояния репродуктивного здоровья, которую необходимо рассматривать как базис демографических перспектив Украины [6].

Данные статистических отчетов, отобранные в научной литературе, свидетельствуют о критическом состоянии репродуктивного здоровья, которые характеризуются:

— постоянным ухудшением здоровья беременных, что предопределяет высокий уровень материнской и детской смертности по сравнению с экономически развитыми странами;

— ростом числа хронических заболеваний у детей и подростков;

— значительным уровнем общих репродуктивных потерь, особенно в связи с материнской и детской смертностью;

— значительным количеством абортот, которые, к сожалению, все еще являются основным методом регулирования рождаемости, а также удельного веса абортот у первобеременных и женщин юного возраста;

— ростом заболеваемости инфекциями, передающимися половым путем [6, 7, 13].

Проблема безопасности искусственного прерывания беременности нашла свое отражение в рекомендациях Международной федерации гинекологов и акушеров (FIGO, 2000). Их суть заключается в том, что после соответствующего консультирования женщине должно быть предоставлено право на проведение медикаментозного или хирургического (инструментального) искусственного аборта и система здравоохранения обязана оказывать ей такие услуги, стараясь обеспечить при этом максимальную безопасность [6, 14, 16, 22].

Однако в литературе существует большое количество публикаций, описывающих осложнения, связанные

© Ласачко С.А., Шудрикова Н.В., 2013

© «Медико-социальные проблемы семьи», 2013

© Заславский А.Ю., 2013

с любым методом прерывания беременности. Поэтому не менее важным является сведение к минимуму риска возможных осложнений медицинских аборт. Такие обстоятельства заставляют ученых искать пути альтернативного улучшения технологий прерывания беременности и способы профилактики возможных осложнений как до прерывания беременности, так и после [6, 10, 27, 28].

Развитие таких осложнений связывают как с механическим повреждением эндометрия и последующей воспалительной реакцией, так и с выраженными гормональными сдвигами, обусловленными вначале физиологическими изменениями, вызванными развивающейся беременностью, а затем искусственным ее прерыванием. Именно поэтому осложнения после медицинского аборта имеют столь широкий спектр клинических проявлений [12].

Осложнения после аборта согласно определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) подразделяются:

- на ранние (непосредственно во время операции — кровотечения и перфорация матки);
- отсроченные (в течение 1-го месяца после операции — гематометра, эндометрит, остатки плодного яйца, прогрессирование беременности, воспалительные заболевания матки и придатков или обострение хронического воспалительного процесса, нарушения менструального цикла);
- отдаленные (повреждения и рубцовые изменения внутреннего зева и шейного канала, повреждения и дегенерация эндометрия, образование синехий в матке, нарушение проходимости маточных труб, психогенные расстройства, дисфункции гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы) [17].

В последние годы проводятся многочисленные исследования по разработке различных технологий безопасного аборта, направленные на уменьшение риска данных осложнений. Достаточно широко применяется вакуум-аспирация плодного яйца в ранние сроки беременности (так называемый мини-аборт), которая считается менее травматичной по сравнению с инструментальным выскабливанием стенок полости матки, но все же является хирургическим вмешательством. Один из современных методов — медикаментозное прерывание беременности ранних сроков путем применения биологически активных веществ — простагландинов в сочетании с антипрогестинами [23].

Медикаментозный аборт может проводиться с помощью препарата мифепристон, который представляет собой синтетический стероидный препарат, конкурентный ингибитор прогестерона. Связываясь с прогестероновыми рецепторами, мифепристон блокирует действие прогестерона. При этом восстанавливается чувствительность миометрия к окситоцину, потенцируется действие простагландинов, что усиливает сократительную активность миометрия.

О повышенной сократимости миометрия свидетельствует наличие свободных симпластов в составе ретроплацентарной гематомы. Необходимо отметить,

что свободные симпласты, в большом количестве отделяющиеся из ранней плаценты в первые недели беременности, несут в себе плацентарные гормоны и белки, которые обычно уходят в венозные коллекторы плацентарного ложа, затем в систему нижней полой вены. Ввиду сосудистого спазма при приеме мифегина этот процесс нарушается. Ограниченное попадание плацентарных белков в сосудистую систему матери и атравматичность медикаментозного аборта отчасти объясняют меньшее количество гормональных нарушений и более быстрое восстановление менструального цикла у женщин [23].

Несомненно, более травматичным является хирургический аборт, о чем свидетельствует наличие в гистологических препаратах фрагментов переходной зоны эндометрия в миометрий и собственно миометриальной ткани. Помимо функционального слоя эндометриальных желез, удаляются также камбиальные железы, травмируются прилежащие слои миометрия или маточно-плацентарной области [23].

Однако каким бы шадящим ни был способ прерывания беременности, он все равно является серьезной психологической и физической травмой, гормональным стрессом и всегда представляет риск серьезных осложнений, в том числе нарушения менструальной и репродуктивной функций [23].

Микробная контаминация операционной раны неминуема даже в случае идеального соблюдения всех правил асептики и антисептики. Во время завершения операции раневая поверхность на 80–90 % обсеменена разнообразной микрофлорой (чаще стафилококковой). Практически все микроорганизмы, которые присутствуют во влагалище (за исключением лакто- и бифидобактерий), могут вызывать воспалительный процесс [1, 8].

Для профилактики инфекционно-воспалительных осложнений используются как местные, так и системные антибиотики.

К преимуществам местных антибактериальных препаратов для санации относят: 1) отсутствие или минимальное системное действие на организм (минимальный риск побочных действий); 2) непосредственный контакт действующего вещества с возбудителем; 3) высокая концентрация в очаге воспаления, которая уменьшает риск развития устойчивости; 4) быстрое устранение симптомов заболевания, в том числе за счет основы [15].

Антибиотикопрофилактика — это использование антимикробных средств в хирургии у особ без клинических и лабораторных признаков инфекции для предотвращения ее развития, а также при наличии признаков микробной контаминации, когда первоочередным методом лечения является либо предотвращение инфекции, возбудитель которой — экзогенные микроорганизмы, либо предотвращение обострения, рецидива или генерализации латентной инфекции [15].

Назначение современной антибиотикопрофилактики заключается в создании необходимой концентрации препарата в тканях с момента их возможной микробной контаминации и поддержка этого уровня на протяже-

нии всей операции и более 3–4 часов после. Большинство исследователей считают, что введение антибиотиков после операции не предотвращает развитие инфекции и является нерациональным, кроме того, может возникнуть резистентность, нежелательные реакции на лекарства и дополнительные затраты [2, 15, 24].

Использование антибактериальных препаратов с профилактической целью должно быть обоснованным, а показания к их назначению — дифференцированными и взвешенными. Учитывая принцип разумной достаточности, препарат для профилактики воспалительных осложнений должен иметь:

- широкий спектр действия относительно патогенов, которые чаще всего встречаются, в частности аэробных бактерий (в основном грамотрицательных), анаэробных, а также *Trichomonas vaginalis*;

- владеть хорошими фармакокинетическими параметрами, высокой биодоступностью, достаточно продолжительным периодом полувыведения, поскольку суть заключается в достижении необходимой концентрации препарата в тканях до момента их возможной микробной контаминации и поддержки уровня на протяжении всей операции и нескольких часов после нее;

- иметь доказанную безопасность и незначительную вероятность побочных действий;

- минимально взаимодействовать с другими препаратами, в частности с анестетиками и анальгетиками [15, 25, 29].

Учитывая преимущественно смешанный характер генитальных инфекций, клиницисты нередко используют комбинированные антимикробные препараты. Однако фармакокинетика этих лекарственных препаратов неминуемо ухудшается за счет конкуренции составляющих комбинированного препарата, поэтому в комбинированной терапии не рекомендуется использовать два местных препарата и более. Лучших результатов лечения можно достичь в случае объединения местного лечения с системным. При этом отдавать предпочтение следует использованию антисептических препаратов, которые уменьшают риск осложнений [15].

Возникновение дисфункции гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы вследствие аборта можно объяснить, сравнив прерывание беременности с «гормональным ударом», который иногда приводит к катастрофическим разрушениям эндокринной системы. Установлено, что изменения в эндокринной системе, возникшие в результате прерывания беременности, приводят к нарушениям менструальной функции, которые способствуют развитию эндометриоза, миомы матки, гиперпластических процессов в эндометрии, «вторичных» поликистозных яичников, создают условия для формирования метаболического синдрома. При повторных абортах нарушения менструальной функции регистрируются у 25–30 % женщин. Осложнения, связанные с нарушениями менструальной функции, развиваются постепенно, и часто их не связывают с проведенными ранее абортами за счет их поздних клинических признаков [15].

Таким образом, после повторных аборт у 3–4 % женщин отмечаются воспалительные осложнения, у 25–30 % — нарушения менструальной функции, чаще с недостаточностью 2-й фазы цикла, относительной гиперэстрогенией, у части женщин — с ановуляцией. Вслед за дефицитом прогестерона развиваются пролиферативные процессы в репродуктивной системе — эндометриоз, миома матки, гиперплазия эндометрия, рецидивирующие полипы, аденомиоз, гипертекоз, текоматоз и поликистоз яичников, мастопатия. Конечно, осложнения могут быть связаны не только с абортом, но и с другими причинами — генетическими, экологическими, средовыми и др., однако в этих случаях на отягощенном фоне аборт наносит еще более непоправимый вред [20, 21].

Было установлено, что в эндокринной системе после аборта возникают послестрессовые изменения. Повышена выработка кортикоидных гормонов, эстрогенов, фолликулостимулирующего, адренокортикотропного гормонов [11, 20, 21].

Проведено эпидемиологическое исследование по методике «случай — контроль» с целью изучения вероятности влияния искусственного аборта на возникновение спонтанного выкидыша во время последующей беременности. Результаты клинико-эпидемиологического исследования убедительно свидетельствуют, что искусственное прерывание первой беременности в дальнейшем у каждой третьей женщины является причиной последующих репродуктивных потерь. Поэтому необходимо очень тщательно подойти к реабилитации женщин в постабортный период для восстановления репродуктивного здоровья [20].

В последнее время накоплен опыт применения комбинированных оральных контрацептивов (КОК) с целью постабортной реабилитации. Например, монофазные оральные контрацептивы содержат современные прогестагены и низкие дозы эстрогенов (0,15 мг дезогестрела и 0,03 мг этинилэстрадиола) [20].

Существуют определенные правила применения КОК после аборта:

- Начало приема — 1-й день после операции.

- Состав: низкодозированные монофазные КОК.

- Схема приема: 21 + 7-дневный перерыв или 24 + 4.

- Продолжительность: не менее 3 мес.

- При наличии риска развития инфекционных осложнений — курс антибиотиков широкого спектра действия.

- Через 3 мес. — решение вопроса о целесообразности и продолжительности дальнейшего применения данного КОК [3, 4, 12, 18, 26].

В ранний период после аборта применение КОК обеспечивает:

- уменьшение выраженности (устранение) кровотечения;

- угнетение пролиферативных процессов;

- противовоспалительный и регенераторный эффект на уровне эндометрия;

- уменьшение возбудимости гипоталамо-гипофизарной системы и снижение гонадотропной активности;

— устранение дефицита эстрогенов и прогестинов;
— и, наконец, возделенную контрацепцию [11].

Однако существуют противопоказания к применению данных КОК у женщин, которым нежелателен прием эстрогенного компонента. Это пациентки, которые курят (более 15 сигарет в день), в возрасте старше 35 лет, при наличии у них артериальной гипертензии (АД выше 160/100 мм рт.ст.), сосудистых изменений или тромбоэмболических осложнений в настоящее время или в анамнезе, поражений клапанного аппарата сердца, эстрогензависимых опухолей, декомпенсированного сахарного диабета, опухолей печени и других тяжелых заболеваний внутренних органов.

Данной группе женщин могут быть рекомендованы «чисто гестагенные» гормональные контрацептивы, содержащие только прогестаген [11, 18, 26].

По данным исследований некоторых авторов, была доказана эффективность негормональной реабилитации препаратами фитотерапии после медикаментозного прерывания беременности [5]. Полный курс лечения и наблюдения составил 6 мес. В результате этого через 3 мес. в основной группе регулярный менструальный цикл наступил у 98,5 % пациенток, в группе сравнения — у 89,7 %, а через 6 мес. — у 99,7 и 93,1 % соответственно. Также препараты фитотерапии нормализуют уровень половых гормонов и, согласно результатам ультразвуковых исследований, проведенных в первые 6 мес. после аборта, значительно снижают частоту гинекологических заболеваний (миома матки, синдром поликистозных яичников, аднексит, гиперплазия эндометрия) после прерывания беременности [5].

Опасность послестрессового (постабортного) периода заключается в развитии нейроэндокринного (метаболического) синдрома и гиперпластических процессов в репродуктивной системе. Для профилактики нарушения в гипоталамо-гипофизарной системе после аборта наряду с использованием КОК и фитотерапии следует соблюдать принцип рационального питания и физической активности, уменьшить гиподинамию, по возможности избегать неблагоприятных экологических влияний. По рекомендациям некоторых специалистов, дополнительные реабилитационные мероприятия после абортов могут включать физиотерапевтические процедуры (электрофорез, низкоинтенсивный лазер), диетотерапию, адаптогены. Существенную роль в восстановительном лечении играет психотерапия [19, 21].

Таким образом, тактика ведения пациенток после искусственного прерывания беременности должна не только включать стандартную терапию лечения осложнений, но и предусматривать профилактическое применение КОК и фитотерапии для предотвращения каких-либо последствий, которые могут негативно повлиять на здоровье женщины. Только в этом случае уменьшится количество осложнений и смертности, что приведет к значительному подъему репродуктивного здоровья женского населения.

Список литературы

1. Богдашкин Н.Г. Клинико-микробиологические особенности гнойных воспалительных заболеваний придатков матки / Н.Г. Богдашкин // *Эксперим. і кліні. медицина*. — 1999. — № 2. — С. 146-148.
2. Буданов П.В. Профилактика и превентивная терапия инфекционно-воспалительных осложнений внутриматочной хирургии / П.В. Буданов // *Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии*. — 2003. — Т. 2, № 4. — С. 18-21.
3. Вовк И.Б. Профилактика и коррекция дисгормональных нарушений в постабортном периоде: информационное письмо / И.Б. Вовк. — К., 2002. — 3 с.
4. Воронцов О.О. Медична реабілітація після аборту в практиці сімейного лікаря / О.О. Воронцов, Н.И. Корильчук // *Вісник наукових досліджень*. — 2007. — № 4. — С. 41-43.
5. Заболотнов В.А. Негормональная реабилитация после аборта / В.А. Заболотнов, А.Н. Рыбалка // *Здоровье женщины*. — 2005. — № 4. — С. 126-127, 129.
6. Квашенко В.П. К вопросу о сохранении репродуктивного здоровья при прерывании нежелательной и незапланируемой беременности / В.П. Квашенко, С.А. Айкашев // *Здоровье женщины*. — 2010. — № 4. — С. 24-28.
7. Квашенко В.П. Репродуктивне здоров'я жінок та профілактика його порушень в межах планування сім'ї: Автореф. дис... д-ра мед. наук. — Харків, 2002. — 39 с.
8. Колушкина Т.Н. Актуальные вопросы гинекологии / Т.Н. Колушкина. — Минск: Выш. шк., 2000. — 123 с.
9. Кулаков В.И. Новые технологии и научные приоритеты в акушерстве и гинекологии / В.И. Кулаков // *Акушерство и гинекология*. — 2002. — № 5. — С. 3-5.
10. Кулаков В.И. Пути совершенствования акушерско-гинекологической помощи в стране / В.И. Кулаков // *Материалы V Российского форума «Мать и дитя»*. — М., 2003. — С. 3-4.
11. Майоров М.В. Гормональная реабилитация после аборта // *Therapia*. — 2007. — № 5. — С. 42-44.
12. Полякова В.А. Современная гинекология / В.А. Полякова. — Тюмень, 2004. — 105 с.
13. Посохова С.П. Медикаментозный аборт — реальный выбор сохранения репродуктивного здоровья женщины / С.П. Посохова, Л.И. Гуменюк, С.В. Николаева // *Здоровье женщины*. — 2009. — № 6(42). — С. 42-46.
14. Медикаментозное прерывание беременности с помощью препарата Мифепристон / В.Н. Прилепская, Н.И. Вояков, Д.В. Жердев [и др.] // *Планирование семьи*. — 2003. — № 3. — С. 28-31.
15. Ревенько О.О. Сучасна комплексна антибіотикопрофілактика постабортних запальних ускладнень / О.О. Ревенько // *Здоровье женщины*. — 2012. — № 3(69). — С. 11-15.
16. Серова О.Ф. Современные технологии прерывания беременности в ранние сроки / О.Ф. Серова, Т.Н. Мельник, Л.Н. Липовенко // *Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии*. — 2003. — № 2. — С. 45-48.
17. Серов В.Н. Оральная гормональная контрацепция / В.Н. Серов, С.В. Пауков. — М.: Триада-Х, 1998. — 135 с.
18. Савельева И.С. Контрацептивные услуги для женщин после аборта / И.С. Савельева // *Рус. мед. журн.* — 2002. — Т. 10, № 18. — С. 810-815.
19. Савельева И.С. Комбинированная оральная контрацепция как профилактика аборта и лечение его осложне-

ний / И.С. Савельева // Гинекология. — 2002. — Т. 4, № 3. — С. 28-31.

20. Серов В.Н. Гормональная контрацепция как метод реабилитации после аборт / В.Н. Серов // Гинекология. — 2007. — Т. 9, № 6. — С. 25-28.

21. Серов В.Н. Новые возможности лечебного действия комбинированных оральных контрацептивов / В.Н. Серов, С.В. Никитин // Гинекология. — 2000. — Т. 2, № 6. — С. 180-183.

22. Синчихин С.П. Аборт в аспекте сохранения репродуктивной функции женщины / С.П. Синчихин // Астраханский медицинский журнал. — 2007. — № 1. — С. 1-3.

23. Серова О.Ф. Современные подходы к профилактике воспалительных осложнений после аборта / О.Ф. Серова, Т.Н. Мельник // Вестник последипломного медицинского образования. — 2008. — № 1. — С. 30-32.

24. Стрижаков А.Н. Профилактика и превентивная терапия инфекционно-воспалительных осложнений внутриматочной хирургии / А.Н. Стрижаков, А.И. Давыдов, П.В. Буданов // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. — 2003. — Т. 2, № 4. — С. 18-21.

25. Тихомиров А.Л. Значение перинвазивной антибиотикотерапии в профилактике распространенных гинекологических заболеваний / А.Л. Тихомиров // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. — 2001. — № 2. — С. 6-9.

26. Трубникова Л.И., Вознесенская Н.В. Приемлемость гормональной контрацепции у девушек в послеабортном периоде // Гедеон Рихтер в СНГ. — 2004. — № 2. — С. 12-14.

27. ACOG practice bulletin. Clinical management guidelines of obstetrician-gynecologists. № 67, October 2005. Medical management of abortion // Obstet Gynecol. — 2005. — Vol. 106, № 4. — P. 871-882.

28. Womkam A. Acceptance of abortion by doctors and medical students in Cameroon / A. Womkam, S.A. Hurst // Lancet. — 2007. — Vol. 369, № 9578. — P. 1999.

29. Woods R.K. Current guidelines for antibiotic prophylaxis of surgical wounds / R.K. Woods, E.P. Bellinger // American Family Physician J. — 1998. — Vol. 57, № 11. — P. 2731-2740.

Получено 02.08.13 □

Ласачко С.А., Шудрікова Н.В.
Донецький національний медичний університет
ім. М. Горького

ПРОФІЛАКТИКА МОЖЛИВИХ УСКЛАДНЕНЬ І РЕАБІЛІТАЦІЯ ЖІНОК ПІСЛЯ МЕДИЧНОГО АБОРТУ

Резюме. У сучасних соціально-демографічних умовах країн світу проблема абортів займає особливе місце. Згідно з даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, щороку з 220 млн вагітностей у світі не менш 46 млн (22 %) закінчуються штучним перериванням вагітності. Переривання небажаної вагітності — одна з основних умов порушення репродуктивного здоров'я жінки в майбутньому. Медичний аборт часто призводить як до ранніх післяабортних ускладнень (перфорація матки, кровотеча, ендометрит), так і до віддалених серйозних наслідків (хронічні запальні захворювання жіночих статевих органів, безпліддя, позаматкова вагітність, порушення менструальної функції). Частота ускладнень, за різними даними, коливається від 1,6 до 52 %. В останні роки проводиться багато досліджень щодо розробки різноманітних технологій безпечного аборту, направлених на зниження ризику даних ускладнень. Достатньо широко використовується мануальна вакуум-аспірація плідного яйця в ранні строки вагітності, що є менш травматичною порівняно з інструментальним вишкрібанням стінок матки, але все ж таки є хірургічним втручанням. Один із сучасних шадних методів — медикаментозне переривання вагітності на ранніх строках шляхом застосування біологічно активних речовин — простагландинів у поєднанні з антипрогестинами. Однак переривання вагітності будь-яким способом є серйозним втручанням, що вимагає проведення необхідних профілактичних і реабілітаційних заходів. Мета даної роботи — коротке висвітлення сучасних поглядів на ускладнення після медичного аборту, а також профілактику, реабілітацію та лікування пацієнток із даною патологією.

Ключові слова: медичний аборт, ускладнення, профілактика, лікування, реабілітація.

Lasachko S.A., Shudrikova N.V.
Donetsk National Medical University named after M. Gorky,
Donetsk, Ukraine

PREVENTION OF POSSIBLE COMPLICATIONS AND REHABILITATION OF WOMEN AFTER THERAPEUTIC ABORTION

Summary. In the current socio-demographic conditions in countries of the world, problem of abortion has a special place. According to WHO data, each year out of 220 million pregnancies not less than 46 million (22 %) end in abortion. Termination of unwanted pregnancy — is one of major causes of the problems in women's reproductive health in the future. Therapeutic abortion often leads to both early complications after abortion (uterine perforation, bleeding, endometritis), and remote serious consequences (chronic inflammatory diseases of the female genital organs, infertility, ectopic pregnancy, menstrual dysfunction). Frequency of the complications, according to various data, ranges from 1.6 to 52 %. In recent years, many researches are carried out to develop a variety of safe abortion technologies aimed at reducing the risk of these complications. Manual vacuum aspiration of the ovum is widely used in early terms of pregnancy, which is less traumatic in comparison with instrumental curettage of the uterine cavity walls, but it is still surgical intervention. One of the modern sparing methods — therapeutic abortion at early terms through the use of biologically active substances — prostaglandins in combination with antiprogestins. However, abortion in any way is a serious intervention, requiring the necessary preventive and rehabilitative measures. The purpose of this work — brief description of current views on complications after therapeutic abortion, as well as prevention, rehabilitation and treatment of patients with this pathology.

Key words: endocervicitis, cervical dysplasia, intrauterine infection, genferon.