

УДК 618.39-039.11-06:618.17/.5-082-084-085-035

К.Д. Бодашевська

Вплив артифіційних абортів на стан репродуктивного здоров'я жінок фертильного віку. Результати когортного дослідження

Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, м. Київ

Ukrainian Journal Health of Woman. 2024. 2(171): 57-62; doi: 10.15574/HW.2024.171.57

For citation: Bodashevska KD. (2024). The influence of artificial abortions on the reproductive health state of fertile women. Results of a cohort study. Ukrainian Journal Health of Woman. 2(171): 57-62; doi: 10.15574/HW.2024.171.57.

Дані щодо негативного впливу артифіційних абортів у ранніх термінах на репродуктивне здоров'я жінки є суперечливими. Змінні, які можуть впливати на результати, включають дизайн дослідження, гестаційний вік на момент переривання вагітності, тривалість проведення спостереження і тип процедури.

Мета — проаналізувати вплив артифіційних абортів у ранніх термінах вагітності на стан репродуктивного здоров'я жінок.

Матеріали та методи. Проведено ретроспективне когортне дослідження, до якого залучено 549 послідовно набраних жінок, із них 119 респонденток зі штучними абортами в анамнезі становили досліджувану групу, 430 жінок без штучного переривання вагітності — групу порівняння. Проаналізовано гінекологічний та акушерський анамнези. Статистичну обробку даних проведено за допомогою програми «SPSS 21».

Результати. Встановлено, що наявність артифіційних абортів в анамнезі асоціюється зі збільшенням частоти непліддя, кольпіту, дисплазії шийки матки, сальпінгоофориту, запальних захворювань матки, звичного невиношування вагітності, а також із підвищенням частоти акушерських ускладнень (мимовільних викиднів у ранньому терміні, загрози переривання вагітності, передчасних пологів, абдомінального оперативного розродження, плацентарних ускладнень).

Висновки. Аналіз наслідків артифіційних абортів свідчить про наявність різноманітних порушень стану репродуктивного здоров'я жінок фертильного віку.

У наведеному дослідженні не передбачено проведення будь-яких експериментів на тваринах або людях.

Автор заявляє про відсутність конфлікту інтересів.

Ключові слова: артифіційний аборт, вагітність, репродуктивне здоров'я, жінки.

The influence of artificial abortions on the reproductive health state of fertile women. Results of a cohort study

K.D. Bodashevska

Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv

Data on the negative impact of artificial abortions in the early stages on a woman's reproductive health are contradictory. Variables that may affect the results include study design, gestational age at the time of abortion, duration of follow-up, and procedure's type.

Aim — to analyze the impact of early artificial abortions on the reproductive women's health.

Materials and methods. A retrospective cohort study was conducted, which included 549 consecutively recruited women, of which: 119 respondents with a history of induced abortions made up the experimental group, 430 without artificial termination of pregnancy — the comparison group. An analysis of the gynecological and obstetrical anamnesis was carried out. Statistical data processing was carried out using the SPSS 21 program.

Results. It was established that the presence of artificial abortions in the anamnesis is associated with an increase in the frequency of infertility, colpitis, cervix dysplasia, salpingo-oophoritis, uterus inflammatory diseases, habitual miscarriage, and also increase in the obstetric complications frequency (spontaneous miscarriages at an early stage, the threat of termination of pregnancy, premature births, abdominal surgical delivery, placental complications).

Conclusions. Analysis of the artificial abortions consequences indicates the presence of various disorders in reproductive system of fertile women.

This study did not involve any experiments on animals or humans.

No conflict of interests was declared by the authors.

Keywords: artificial abortion, pregnancy, reproductive health, women.

За два останні десятиріччя з'явилося багато нових технологій і медичних доказів безпечного переривання вагітності, а також посилилося обґрунтування надання комплексних послуг із безпечного переривання вагітності з точки зору прав людини [2,18]. Світова статистика свідчить, що близько 50% вагітностей, які наступають щоденно, є незапланованими, 25% — небажаними, до 150 тис. із них закінчуються абортom, що становить до 55 млн штучних абортів щорічно, тобто з кожних 1000 ва-

гітних штучно переривають вагітність 35 жінок [20]. Зокрема, у США майже кожна четверта жінка робить аборт протягом репродуктивного життя [7].

Показник переривання вагітності у світі становить щороку 35 на 1000 жінок віком від 15 до 44 років [17]: у країнах із високим рівнем доходів — 27 на 1000, у країнах з обмеженими ресурсами — 37 на 1000. При цьому, незважаючи на максимальний доступ до інформації щодо методів контрацепції, близько 22 млн ста-

новлять небезпечні аборти, що спричиняють 47 тис. випадків смертності та 5 млн випадків інвалідності серед жінок [21].

Аборти, які виконуються із застосуванням небезпечних методик, призводять до різних порушень репродуктивного здоров'я жінок, зокрема, фертильності жінки, перебігу наступних вагітностей, пологів, і завдають значних економічних збитків [15,22].

Упровадження концепції безпечного абортів є пріоритетним у всьому світі, що суттєво впливає на зниження рівня ускладнень. Використання нових науково обґрунтованих технологій переривання небажаної вагітності дають змогу забезпечити жінку і зберегти її репродуктивне здоров'я. Так, одним із варіантів безпечного переривання вагітності в I триместрі є медикаментозний аборт, серйозні побічні явища якого трапляються рідко. У дослідженні понад 200 тис. процедур серйозні несприятливі явища (госпіталізація, переливання крові, лікування у відділенні невідкладної допомоги, внутрішньовенне введення антибіотиків, інфекція та смерть) зареєстровано в 0,16% випадків, при цьому лікування у відділенні невідкладної допомоги або госпіталізації — у 0,1% і 0,06% жінок, відповідно [3]. Іншим варіантом безпечної практики штучного переривання вагітності на ранніх термінах є метод мануальної вакуум-аспірації, частота серйозних ускладнень якого (підозра на перфорацію, позаматкову вагітність, крововилив, сепсис) також є доволі низькою — 0,71 на 1000 випадків [5].

Аналіз літератури засвідчує суперечливість існуючих даних щодо впливу артіфіційного абортів в ранніх термінах вагітності на репродуктивне здоров'я [1,10], а також на результати майбутніх вагітностей, що обумовило мету і завдання цього дослідження.

Мета дослідження — проаналізувати вплив артіфіційних абортів на стан репродуктивного здоров'я жінок фертильного віку.

Матеріали та методи дослідження

Проведено ретроспективне когортне дослідження серед 549 послідовно набраних жінок фертильного віку від 18 до 45 років (у середньому — $28,29 \pm 5,64$ року, медіана — 27 років, інтерквартильний інтервал — від 24 до 32 років), які звернулися по медичну допомогу до Київського міського центру репродуктивної та перинатальної медицини з грудня 2020 року по січень 2022 року. З'ясовано, що на кожну учасницю

дослідження припадало 1,65 дітонароджень і 0,22 абортів.

119/549 (21,7%) жінок зі штучним(и) аборт(ами) в анамнезі становили досліджувану групу, 430/549 (78,3%) респонденток без анамнестичного штучного переривання вагітності — групу порівняння.

Під час аналізу медичної документації вивчено репродуктивну функцію: вік менархе; гінекологічний анамнез з особливою увагою до непліддя, невиношування; вивчено акушерський анамнез, у тому числі інформацію про вагітність, пологи та їхні особливості.

Статистичну обробку отриманих даних проведено за допомогою статистичного пакету для медичних і біологічних досліджень («SPSS», версія 20, «IBM»). Дані наведено у вигляді $M \pm \sigma$ (середнє значення \pm середнє квадратичне відхилення). Для порівняння кількісних даних (після перевірки на нормальний розподіл) у незв'язаних вибірках застосовано двобічний t-критерій Стьюдента або критерій Манна–Вітні для двох сукупностей. Для знаходження відмінностей частот використано метод визначення χ^2 (Пірсона), визначено співвідношення шансів (СШ) та 95% довірчий інтервал (ДІ). Статистично значущими прийнято відмінності при $p < 0,05$ (95% рівень значущості).

Результати дослідження та їх обговорення

З'ясовано, що жінки дослідної групи мали статистично значуще більший вік — $29,63 \pm 6,07$ року, ніж особи групи порівняння — $27,92 \pm 5,47$ року ($p = 0,003$). Жінки обох груп не мали відмінностей щодо місця проживання, сімейного статусу, даних соматичного анамнезу та результатів антропометричного дослідження.

За результатами вивчення репродуктивної функції з'ясовано, що середній вік менархе в жінок досліджуваної групи становив $13,73 \pm 1,09$ року, а групи порівняння — $13,57 \pm 0,88$ року, що не мало значущих відмінностей.

У гінекологічному анамнезі переважали: непліддя, порушення оваріоменструального циклу, кольпіт, анормальні маткові кровотечі, пов'язані з гіперпластичними процесами ендометрія та функціональними кістами яєчників (табл. 1).

За результатами порівняння даних гінекологічного анамнезу встановлено, що в досліджуваній групі жінок частіше траплялися непліддя (СШ: 1,96; 95% ДІ: 1,08–3,55; $p = 0,024$), кольпіт (СШ: 2,77; 95% ДІ: 1,46–5,25; $p = 0,001$),

Таблиця 1

Відмінності груп за частотою гінекологічних захворювань

Показник	Група порівняння (n=430)	Досліджувана група (n=119)	Співвідношення шансів і довірчий інтервал (95%)
	абс. (%)	абс. (%)	
Непліддя	38 (8,9)	19 (16,0)*	1,96 [1,08–3,55]
Порушення оваріоменструального циклу	38 (8,8)	13 (10,9)	1,27 [0,65–2,24]
Кольпіт	26 (6,0)	18 (15,1)*	2,77 [1,46–5,25]
Аномальні маткові кровотечі	23 (5,3)	9 (7,6)	1,45 [0,65–3,22]
Дисплазія шийки матки	18 (4,2)	16 (13,4)*	3,56 [1,75–7,21]
Сальпінгофорит	17 (3,9)	13 (10,9)*	2,98 [1,4–6,33]
Пухлиноподібні утворення яєчників	16 (3,7)	4 (3,4)	0,9 [0,3–2,74]
Ендометріоз	9 (2,1)	2 (1,7)	0,8 [0,17–3,75]
Склерополікістоз яєчників	8 (1,9)	4 (3,4)	1,84 [0,54–6,2]
Звичне невиношування	6 (1,4)	6 (5,0)*	3,75 [1,19–11,85]
Лейоміома матки	5 (1,2)	2 (1,7)	1,45 [0,28–7,58]
Запальні захворювання матки	4 (0,9)	11 (9,2)*	10,85 [3,39–34,73]

Примітка: * — рівень значущості відмінностей показників порівняно з іншою групою $p < 0,05$.

Таблиця 2

Відмінності між групами за особливостями акушерського анамнезу

Показник	Група порівняння (n=430)	Досліджувана група (n=119)	Співвідношення шансів та довірчий інтервал (95%)
	абс. (%)	абс. (%)	
Вагітність	1,87±1,16	2,88±1,32*	–
Мимовільні викидні: у ранньому терміні	6 (1,4)	7 (5,9)*	3,48 [1,15–10,57]
у пізньому терміні	16 (3,7)	1 (0,8)	0,17 [0,23–1,31]
Паритет >2	78 (18,1)	24 (20,2)	1,14 [0,68–1,9]
Плацентарні ускладнення	109 (25,3)	42 (35,3)*	1,61 [1,04–2,48]
Загроза переривання вагітності	14 (3,3)	16 (13,4)*	4,62 [2,18–9,76]
Загроза передчасних пологів	70 (16,3)	21 (17,6)	1,1 [0,64–1,88]
Передчасний розрив плодових оболонок	57 (13,3)	22 (18,5)	0,86 [0,86–2,55]
Передчасні пологи	19 (4,4)	11 (9,2)*	2,2 [1,02–4,77]
Вагінальна кровотеча	14 (3,3)	4 (3,4)	1,03 [0,33–3,2]
Вагінальне оперативне розродження	8 (1,9)	6 (5,0)	2,2 [0,75–6,49]
Абдомінальне оперативне розродження	74 (17,2)	30 (25,2)*	1,62 [1,03–2,63]

Примітки: * — рівень значущості відмінностей показників порівняно з іншою групою $p < 0,05$.

дисплазія шийки матки (СШ: 3,56; 95% ДІ: 1,75–7,21; $p < 0,001$), сальпінгофорит (СШ: 2,98; 95% ДІ: 1,4–6,33; $p = 0,003$), запальні захворювання матки (СШ: 10,85; 95% ДІ: 3,39–34,73; $p < 0,001$). На особливу увагу заслуговує звичне невиношування вагітності, частота якого становила 5,0% (6/119) у досліджуваній групі проти 1,4% (6/430) у групі порівняння (СШ: 3,75; 95% ДІ: 1,19–11,85; $p = 0,016$).

У процесі порівняння перебігу вагітностей і пологів з'ясовано, що середня кількість вагітностей у досліджуваній групі жінок була в 1,5 раза більшою, ніж у групі порівняння ($2,88 \pm 1,32$ проти $1,87 \pm 1,16$, відповідно; $p < 0,001$). Однак, хоча відносна кількість вагітностей у жінок досліджуваної групи зі штучним абортom в анамнезі становила 2,88 на 1 жінку, але відносна кількість пологів у цих жінок дорівнювала лише 1,22.

У досліджуваній групі жінок також частіше спостерігалися мимовільні викидні в ран-

ньому терміні (СШ: 3,48; 95% ДІ: 1,15–10,57; $p = 0,02$), загроза переривання вагітності (СШ: 4,62; 95% ДІ: 2,18–9,760; $p < 0,001$), передчасні пологи (СШ: 2,2; 95% ДІ: 1,02–4,77; $p = 0,040$), абдомінальне оперативне розродження (СШ: 1,62; 95% ДІ: 1,03–2,630; $p = 0,048$). Частота плацентарних ускладнень загалом (хронічна фетоплацентарна недостатність, затримка внутрішньоутробного росту плода, різні варіанти аномальної плацентациї) була значуще вищою в досліджуваній групі, ніж у групі порівняння (35,3% проти 25,3%, відповідно; СШ: 1,61; 95% ДІ: 1,04–2,48; $p = 0,032$) (табл. 2).

Серед численних параметрів, які характеризують репродуктивний потенціал жінок, важливе значення має артифіційний аборт [12]. Несприятливий вплив такого абортu на стан здоров'я фертильних жінок є встановленим фактом, проте дані про частоту і характер цього впливу є вкрай суперечливими, що, імовірно, залежить від обраних технологій переривання вагітності, термінів гестації, об'єк-

тивної оцінки результатів, наявності й обсягу реабілітаційної програми тощо.

Аборт супроводжується глибокими гормональними зрушеннями в організмі жінки, так званім «гормональним зривом» у системі «гіпоталамус–гіпофіз–яєчники», які, за даними літератури, проявляються переважно у віддалені терміни в 17–68% жінок [9,10,16].

Зв'язок хірургічного абортів з несприятливими результатами вагітності неодноразово описаний у низці досліджень. Зрештою в метааналізі за участю більш ніж 900 тис. жінок із хірургічним перериванням вагітності в анамнезі автори представили докази асоціації хірургічного абортів з підвищеним ризиком передчасних пологів, низькою масою тіла при народженні та народженням малих для гестаційного віку немовлят [16]. Але також існують дослідження, які не виявили жодного впливу хірургічного абортів на перебіг і наслідки наступних вагітностей і пологів, зокрема, на частоту передчасних пологів, аномальної плацентації та загальної частоти перинатальних ускладнень [6,8].

Найменш небезпечним для жіночого репродуктивного здоров'я вважається, альтернативний хірургічному, медикаментозний аборт. Однак повідомлення щодо його ролі в розвитку ускладнень при подальших вагітностях також істотно варіюються — від заперечення причетності до зростання ризику мимовільного викидня, позаматкової вагітності, недоношування або маловагості при народженні порівняно з хірургічним [4] до констатації ризику вагінальної кровотечі при перериванні вагітності та ускладненнях, хірургічних втручаннях [19].

За отриманими нами даними, наявність артіфіційних абортів в анамнезі асоціюється з підвищенням частоти акушерських ускладнень (мимовільних викиднів у ранньому терміні, загрози переривання вагітності, передчасних пологів, абдомінального оперативного розродження, плацентарних ускладнень). Слід визнати, що обмеженням дослідження була відсутність врахування методу переривання вагітності під час аналізу структури та наслідків останнього. Хоча слід зазначити, що в кількох дослідженнях повідомлялося про подібний ризик несприятливих акушерських наслідків серед пацієнток із медикаментозними та жінок із хірургічними абортами в анамнезі [10,16].

Не менш важливим аспектом проблеми є пізні післяабортні зміни в органах малого таза, які нерідко приймають затяжний хронічний пе-

ребіг і призводять до виражених анатомічних змін геніталій. Так, отримані нами дані свідчать про зв'язок артіфіційних зі збільшенням частоти непліддя, кольпіту, дисплазії шийки матки, сальпінгоофориту, запальних захворювань матки, звичного невиношування вагітності. Результати нашого дослідження співвідносяться з висновками інших досліджень. Так, за даними офіційної статистики України, частота безпліддя в жінок, які перенесли аборт, становить 80%, порушення менструальної функції — 35%, запальні захворювання статевих органів — 25% [12]. За даними центру планування сім'ї ДУ «Інститут педіатрії акушерства і гінекології НАМН України», у жінок із вторинним непліддям зі штучним перериванням вагітності в анамнезі як етіологічний фактор переважають хронічні сальпінгоофорити — 93,5%, спайковий процес органів малого таза — 62,5%, генітальний ендометріоз — 37,5%, які зумовлюють основну причину непліддя [20].

Штучний аборт мали в анамнезі 10,3–44% жінок, прооперованих із приводу позаматкової вагітності, 13,7–50% із невиношуванням вагітності та істміко-цервікальною недостатністю, 73,3% з ознаками хронічного ендометриту, на тлі якого залозисті поліпи спостерігалися в 40% пацієнток і в 40% — проста й комплексна неатипова гіперплазія ендометрія [11,12,14,20]. Проведений аналіз репродуктивних втрат у жінок, які перенесли штучне переривання першої вагітності в терміни до 12 тижнів, свідчить, що майже в кожній п'ятій жінки після перенесеного абортів в подальшому вагітності втрачаються [20].

Одним із серйозних наслідків переривання вагітності є підвищення ризику онкологічних захворювань — раку молочної залози, шийки матки, щитоподібної залози, пухлини черевної порожнини. Так, наприклад, ризик розвитку раку грудей підвищується до 150% у дівчат, які перенесли аборт до 18 років.

Підводячи підсумок аналізу впливу артіфіційних абортів у ранніх термінах вагітності на стан репродуктивного здоров'я жінок і базуючись на отриманих результатах, можна зробити висновок щодо надзвичайної актуальності впровадження державних програм, спрямованих на збереження репродуктивного потенціалу України, попередження небажаної вагітності шляхом впровадження сучасних методів контрацепції, планування сім'ї та зменшення кількості абортів.

Висновки

Відносна кількість вагітностей у жінок зі штучним(и) аборт(ами) в анамнезі становить 2,88 на 1 жінку, але відносна кількість пологів у цих жінок дорівнює лише 1,22.

Аналіз наслідків артіфіційних абортів свідчить про наявність різноманітних порушень стану репродуктивного здоров'я жінок фертильного віку.

Наявність артіфіційних абортів в анамнезі асоціюється зі збільшенням частоти непліддя (СШ: 1,96; 95% ДІ: 1,08–3,55), кольпіту (СШ: 2,77; 95% ДІ: 1,46–5,25), дисплазії шийки матки (СШ: 3,56; 95% ДІ: 1,75–7,21), сальпінгофориту (СШ: 2,98; 95% ДІ: 1,4–6,33), запальних захворювань матки (СШ: 10,85; 95% ДІ: 3,39–34,73), звичного невиношування вагітності (СШ: 3,75; 95% ДІ: 1,19–11,85).

Встановлено, що під час вагітностей і пологів після артіфіційних абортів відбувається підвищення частоти акушерських ускладнень, зокрема: мимовільних викиднів у ранньому терміні (СШ: 3,48; 95% ДІ: 1,15–10,57), загрози переривання вагітності (СШ: 4,62; 95% ДІ: 2,18–9,76), передчасних пологів (СШ: 2,2; 95% ДІ: 1,02–4,77), абдомінального оперативного розродження (СШ: 1,62; 95% ДІ: 1,03–2,63), плацентарних ускладнень (хронічна фетоплацентарна недостатність, затримка внутрішньоутробного росту плода, різні варіанти аномальної плацентації) (СШ: 1,61; 95% ДІ: 1,04–2,48).

Перспективою подальших досліджень є проведення порівняльного аналізу клінічної ефективності й безпечності сучасних методів артіфіційного переривання вагітності в ранньому терміні.

Автор заявляє про відсутність конфлікту інтересів.

References/Literature

1. ACOG. (2020). Medication Abortion Up to 70 Days of Gestation. ACOG Practice Bulletin, Number 225. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins — Gynecology, Society of Family Planning. *Obstet Gynecol.* 136(4): e31–e47.
2. Bearak J, Popinchalk A, Ganatra B, Moller AB, Tunçalp Ö, Beavin C et al. (2020). Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990–2019. *Lancet Glob Health.* 8(9): e1152–e1161.
3. Cleland K, Creinin MD, Nucatola D, Nshom M, Trussell J. (2013). Significant adverse events and outcomes after medical abortion. *Obstet Gynecol.* 121(1): 166–171.
4. Elul B, Ellertson C, Winikoff B, Coyaji K. (2019). Side effects of mifepristone-misoprostol abortion versus surgical abortion. Data from a trial in China, Cuba and India. *Contracept.* 59(2): 107–14.
5. Hakim-Elahi E, Tovell HM, Burnhill MS. (1990). Complications of first-trimester abortion: a report of 170,000 cases. *Obstet Gynecol.* 76(1): 129–135.
6. Jackson JE, Grobman WA, Haney E, Casele H. (2007). Mid-trimester dilation and evacuation with laminaria does not increase the risk for severe subsequent pregnancy complications. *Int J Gynaecol Obstet.* 96(1): 12–15.
7. Jones RK, Jerman J. (2017). Abortion Incidence and Service Availability In the United States, 2014. *Perspect Sex Reprod Health.* 49(1): 17–27.
8. Kalish RB, Chasen ST, Rosenzweig LB, Rashbaum WK, Chervenak FA. (2002). Impact of midtrimester dilation and evacuation on subsequent pregnancy outcome. *Am J Obstet Gynecol.* 187(4): 882–885.
9. Männistö J, Mentula M, Bloigu A, Gissler M, Niinimäki M, Heikinheimo O. (2014). Medical termination of pregnancy during the second versus the first trimester and its effects on subsequent pregnancy. *Contracept.* 89(2): 109–115.
10. Männistö J, Mentula M, Bloigu A, Hemminki E, Gissler M et al. (2013). Medical versus surgical termination of pregnancy in primigravid women—is the next delivery differently at risk? A population-based register study. *VJOG.* 120(3): 331–337.
11. Mogilevkina I. (2008). Strategic Assessment of policy programme and research issues related to unintended pregnancy in Ukraine: lessons learned. *Entre Nous. The European Magazine for Sexual and Reproductive Health.* 67: 6–7.
12. Podolsky VIV. (2013). Abort ta yoho naslidky dlia reproduktyvnoho zdorovia u zhinok fertylnoho viku. *Zdorove zhenshchyni.* 10(86): 32–34. [Подольський ВлВ. (2013). Аборт та його наслідки для репродуктивного здоров'я у жінок фертильного віку. *Здоров'я жінки.* 10(86): 32–34].
13. Podolsky VIV. (2015). Clinical and epidemiological characteristics of fertile aged women residents of the industrial region of Ukraine who have had an artificial abortion and features of their usage of contraceptive methods. *Health of woman.* 3(99): 110–114. [Подольський ВлВ. (2015). Клинико-эпидемиологическая характеристика женщин фертильного возраста — жительниц промышленного региона Украины, перенесших артіфіціальний аборт, и особенности использования ими методов контрацепции. *Health of woman.* 3(99): 110–114].
14. Revenko OO. (2009). Stan reproduktyvnoho zdorovia v zhinok pislia shtuchnoho pereryvannia vahitnosti. *Zdorove zhenshchyni.* 1: 157–159. [Ревенко ОО. (2009). Стан репродуктивного здоров'я в жінок після штучного переривання вагітності. *Здоров'я жінки.* 1: 157–159].
15. Romero M, Gomez Ponce de Leon R, Vaccaro LF, Carroli B, Mehrtash H, Randolino J et al. (2021). Abortion-related morbidity in six Latin American and Caribbean countries: findings of the WHO/HRP multi-country survey on abortion (MCS-A). *BMJ Glob Health.* 6(8): e005618.

-
16. Saccone G, Perriera L, Berghella V. (2016). Prior uterine evacuation of pregnancy as independent risk factor for preterm birth: a systematic review and metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol.* 214(5): 572–591.
 17. Sedgh G, Bearak J, Singh S, Bankole A, Popinchalk A, Ganatra B et al. (2016). Abortion incidence between 1990 and 2014: global, regional, and subregional levels and trends. *Lancet.* 388(10041): 258–267.
 18. The Lancet Global Health. (2020). Headway and hindrances for sexual and reproductive health and rights. *Lancet Glob Health.* 8(8): e973.
 19. Virk J, Zhang J, Olsen J. (2021). Medically-induced abortion and risk of reproductive failures in subsequent pregnancy. *Ugeskr Laeger.* 179: 4363–4365
 20. Vovk IB, Tymchenko OI, Revenko OO, Revenko OM. (2014). Abort — predyktor porushen reproduktyvnoho zdorovia zhinky. *Zdorovia Ukrainy. Tematychnyi nomer. Berezen.* 44–47. [Vovk IB, Tymchenko OI, Revenko OO, Revenko OM. (2014). Abort — предиктор порушень репродуктивного здоров'я жінки. *Здоров'я України. Тематичний номер. Березень.* 44–47].
 21. World Health Organization. (2012). *Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems.* 2nd ed. Geneva. PMID: 23700650.
 22. World Health Organization. (2022). *Abortion care guideline.* Geneva. [Internet]. URL: <https://www.who.int/publications/item/9789240039483>.
-

Відомості про авторів:

Бодашевська Катерина Дмитрівна — аспірант каф. акушерства, гінекології та репродуктології НУОЗ України ім. П.Л. Шупика. Адреса: м. Київ, вул. Дорогожицька, 9; тел.: (044) 205-49-46. <https://orcid.org/0000-0001-9181-8243>.

Стаття надійшла до редакції 10.01.2024 р.; прийнята до друку 25.03.2024 р.