

Статья поступила в редакцию 27.11.2015 г.

Кравченко Е.Н., Коломбет Е.В., Куклина Л.В.
Омский государственный медицинский университет,
БУЗОО «Родильный дом № 2»,
г. Омск

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ В ПОЗДНИЕ СРОКИ

Представленный литературный обзор освещает вопросы актуальности и статистики аборт в поздние сроки, регламентирующие документы, методы прерывания беременности во втором триместре, осложнения при их проведении, отмечает безопасность методов индуцированного аборта.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: методы прерывания беременности; поздние сроки; второй триместр.

Kravchenko E.N., Kolombet E.V., Kuklina L.V.
Omsk State Medical University,
Maternity hospital N 2, Omsk

CONTEMPORARY ISSUES ABORTION LATER DATE

Presented literature review covers issues of relevance and statistics of abortions in later stages, regulatory documents, methods of abortion in the second trimester, complications of their conduct, said the security methods of induced abortion.

KEY WORDS: methods of abortion; later date; the second trimester.

Искусственное прерывание беременности является одним из наиболее значимых медико-социальных факторов, оказывающих негативное влияние на репродуктивное здоровье женщин. Осложнения абортов приводят к серьезным нарушениям репродуктивного здоровья женщин и обуславливают гинекологические заболевания, эндокринные нарушения, бесплодие, невынашивание беременности и, в ряде случаев, материнскую смерть.

Медицинский аборт — искусственное прерывание беременности, выполненное обученным медицинским персоналом с соблюдением всех требований используемой технологии. Искусственное прерывание беременности регламентировано Федеральным законом РФ от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах здоровья граждан в Российской Федерации» (ст. 56) [13]. В соответствии с законом, искусственное прерывание беременности осуществляют по желанию женщины при ее информированном добровольном сог-

ласии. Искусственное прерывание беременности проводят по желанию женщины до 12 недель, по социальным показаниям — до 22 недель, при медицинских показаниях — независимо от срока беременности.

Социальные показания к искусственному прерыванию беременности определены постановлением Правительства РФ от 6 февраля 2012 г. № 98. В соответствии с приказом № 1661-н от 27 декабря 2011 г. «О внесении изменений в приказ МЗ и СР РФ от 3 декабря 2007 г. № 736 «Об утверждении перечня медицинских показаний для искусственного прерывания беременности», определен перечень медицинских показаний для искусственного прерывания беременности.

В России было проведено исследование, включившее качественную оценку системы медицинской помощи по вопросам непланируемой беременности, аборт и контрацепции, организованное МЗ РФ при поддержке ВОЗ [6, 12]. Целью исследования было определить возможные стратегические изменения и создание программ, направленных на улучшение качества медицинской помощи при прерывании беременности и на снижение количества абортов. Рекомендации, основанные на выводах, сделанных в процессе исследования, указывают на необходимость замены устаревших методов прерывания в I и II триместрах.

Корреспонденцию адресовать:

КУКЛИНА Лариса Владимировна,
644043, г. Омск, ул. Ленина, д. 12,
ГБОУ ВПО ОмГМА Минздрава России.
Тел.: +7-908-103-22-22.
E-mail: kyklinalara@mail.ru

Серьезные шаги в этом направлении были сделаны в связи с утверждением Приказа МЗ России № 572-н от 12.11.2012 г. [10]. Приказ определил приоритетные технологии прерывания беременности в I и во II триместрах. Безусловно, имеются определенные трудности перехода от устаревших методов прерывания беременности во II триместре к современным технологиям, в этой связи ознакомление практических врачей с особенностями методов в настоящее время имеет большое значение для охраны репродуктивного здоровья женщин [4].

Основная часть прерываний беременности выполняется в I триместре (95,8 % в 2012 году), в то же время имеется потребность в этой процедуре и во II триместре (4,2 %) [9]. Это связано с поздней диагностикой врожденных пороков развития плода, возникновением медицинских показаний со стороны матери, а также несвоевременным (поздним) выявлением нежелательной беременности при наличии медицинских или социальных показаний к ее прерыванию [2, 4, 6].

В последние годы сформировался положительный тренд по снижению общего количества аборт в России в целом, однако продолжает увеличиваться доля самопроизвольных абортов и прерываний беременности по медицинским показаниям, а вместе с ними и материнская смертность, что отражает частоту и тяжесть осложнений, возникающих в основном при абортах, выполняемых в поздние сроки. На протяжении последнего десятилетия более одной трети летальных исходов (в 2009 году – 49,5 %) наступало при аборте по медицинским показаниям, и более половины женщин (53,8 %) погибали при абортах в сроках 22-27 недель [8].

Изменение соотношения абортов в сроке менее 22 недель (рост числа абортов) и прерываний беременности в 22-27 недель (снижение) в связи с вступлением в силу Приказа МЗ России № 1687-н от 27.12.2011, согласно которому критерием рождения установлен срок беременности 22 недели, произошло в 2012 г. [9]. Если в 2011 году число прерываний беременности в сроке 22-27 недель (рассматривавшихся как «поздний аборт») составляло 11316 из числа беременных женщин, состоявших на учете в женских консультациях, то в 2012 году, когда эти прерывания стали регистрироваться как роды, число их существенно уменьшилось и составило лишь 7168; снизилась более чем в 1,5 раза и доля их в структуре всех законченных беременностей – с 0,66 % до 0,40 %. При этом число абортов в сроке до 22 недель увеличилось как в абсолютных значениях (с 59128 до 63441, или на 7,3 %), так и в относительных – с 3,45 % до 3,5 %. Наибольший прирост числа абортов в сроке 12-21 не-

дели произошел в отношении абортов по медицинским показаниям – на 39,5 %, среди последних – преимущественно в связи с врожденными пороками развития плода (на 72,4 %). Число прерываний беременности по материнским показаниям увеличилось на 15,5 %. Годовой прирост числа самопроизвольных абортов в этом сроке составил 19,1 %. Число всех остальных абортов (по социальным показаниям, криминальных и неуточненных внебольничных) сократилось за 2011-2012 годы на 58,7 %, 21,5 % и 6,0 %, соответственно, продолжая устойчивую тенденцию прежних лет [9].

Для прерывания беременности сроком более 12 недель МЗ России, ВОЗ, Королевская коллегия (RCOG) рекомендуют как хирургический (дилатация и эвакуация) (уровень доказательности А), так и медикаментозные (уровень В) методы. Лечебно-профилактические учреждения должны предлагать хотя бы один, а в идеале оба метода (уровень В, настоятельность рекомендаций высокая) [10, 24, 25]. Эти рекомендации поддерживают ведущие российские ученые, что отражено в Клинических рекомендациях по акушерству и гинекологии, разработанных Российским обществом акушеров-гинекологов и Ассоциацией медицинских обществ по качеству [11]. В то же время, остается много дискуссионных вопросов [1].

В высоко развитых странах дилатация и эвакуация и медикаментозная стимуляция с применением мифепристона и мизопростола (или только мизопростола в тех странах, где мифепристон недоступен) стали наиболее распространенными технологиями аборта во II триместре, однако относительная распространенность их по странам различается [6]. В США, например, преобладает метод дилатации и эвакуации, применяемый в 99 % случаев при сроке беременности 13-15 недель, в 95 % при сроке 16-20 недель и в 85 % при сроке 21 неделя или более [7]. Аналогично этот метод является предпочтительным при прерывании 75 % абортов при сроке беременности 13 недель в Англии и Уэльсе, и также широко распространен в Нидерландах, Франции, Австралии. Напротив, в странах Скандинавии, Шотландии и Вьетнаме большинство абортов во II триместре выполняется медикаментозным методом. В Канаде медикаментозный аборт доступен ограниченно и лишь с использованием мизопростола, так как применение мифепристона не утверждено в установленном порядке. В Китае широко используют медикаментозный аборт, а также дилатацию и эвакуацию [19].

Интраамниальное введение гипертонического раствора, интра- и экстраамниальное введение простагландинов, внутривенное введение больших доз окситоцина с последующим выскабливанием полости матки

Сведения об авторах:

КРАВЧЕНКО Елена Николаевна, доктор мед. наук, профессор, зав. кафедрой акушерства и гинекологии, ГБОУ ВПО ОмГМУ Минздрава России, г. Омск, Россия. E-mail: kravchenko-e@mail.ru

КОЛОМБЕТ Екатерина Валерьевна, врач акушер-гинеколог, БУЗОО «Родильный дом № 2»; аспирант, кафедра акушерства и гинекологии, ГБОУ ВПО ОмГМУ Минздрава России, г. Омск, Россия. E-mail: katkolombet@yandex.ru

КУКЛИНА Лариса Владимировна, канд. мед. наук, ассистент, кафедра акушерства и гинекологии, ГБОУ ВПО ОмГМУ Минздрава России, г. Омск, Россия. E-mail: kyklinalara@mail.ru

большой кюреткой в настоящее время не рекомендуются [10, 24, 25]. В то же время в России эти методы продолжают использоваться [17], при этом имеют распространение методы дилатации и эвакуации. Медикаментозный метод пока применяется весьма ограниченно, в основном в рамках научно-исследовательских программ [5, 6], в клинической практике — в единичных лечебно-профилактических учреждениях на основе местных нормативных документов.

Дилатация и эвакуация предполагают эвакуацию содержимого полости матки с помощью абортных щипцов после предварительного расширения шейки матки с использованием медикаментозных средств (мифепристон или мизопропростол), механических (расширители Гегара) или осмотических (ламинарии, дилапан) расширителей [15, 22, 24, 25]. При этом могут наблюдаться различные осложнения.

Из осложнений чаще всего наблюдается избыточная кровопотеря, возникающая вследствие травмирования матки или шейки, неполного завершения процедуры или недостаточного сокращения матки после удаления плода. Частота этого осложнения составляет, по данным мировой литературы, не более 0,9 %, из них необходимость в переливании крови возникает в 0,09-0,7 % случаев. Процент случаев, потребовавших повторного хирургического вмешательства после неполного аборта — 0,05-0,4 %, частота кровотечений, связанных с разрывом шейки матки, составляет 0,1-0,2 %. Риск кровотечения возрастает с увеличением срока беременности. С целью снижения кровопотери включают применение препаратов, стимулирующих сокращение матки: окситоцин или производные спорыньи, а также местных сосудосуживающих средств. Окситоцин (0,5-1,0 мл) или метилэргометрин (1 мл) могут вводиться в виде болюсной внутримышечной, внутривенной или интрацервикальной инъекции в начале или в конце операции.

Другое серьезное осложнение хирургического аборта во II триместре — перфорация матки (0,2-0,4 %), требующее лапаротомии и в отдельных случаях гистерэктомии. Применение ультразвукового контроля при дилатации и эвакуации способствует снижению частоты перфораций. Кроме того, для его профилактики важно адекватное расширение шейки матки и внимательное наблюдение за правильным положением инструментов. Недооценка срока беременности также связана с возможностью перфорации, поэтому необходимо его точное определение.

Доля инфекционных осложнений метода составляет 0,8-2 %. Использование «бесконтактной» технологии (методика «неприкосновения» инструментария к окружающим нестерильным тканям) и профилактическое назначение антибиотиков способствуют зна-

чительному снижению относительного риска инфекции (0,58; 95% ДИ 0,47-0,71).

Большое значение в проведении позднего индуцированного аборта имеет обезболивание. Хирургический аборт во II триместре должен выполняться с внутривенным введением седативных средств легкого или глубокого воздействия, либо с применением местной анестезии, вводимой пара- или интрацервикально, в сочетании с пероральным введением нестероидных противовоспалительных препаратов, наркотиков или анксиолитиков. Уровень серьезных осложнений анестезиологического пособия оценивается как 0,72 на 100 абортов при общей анестезии.

На основании многочисленных исследований, проведенных в последние годы, были разработаны, изучены и рекомендованы ВОЗ (2012 г.) [25] схемы медикаментозного прерывания беременности для использования в странах, где аборт разрешен законом, в сроках беременности до 22 недель. Один из режимов рекомендован до 49 дней задержки менструации: мифепристон 200 мг орально, мизопропростол 400 мкг орально (или вагинально, буккально, сублингвально) через 24-48 часов (уровень доказательности А, настоятельность рекомендаций высокая). Следующий режим рекомендован до 50-63 дней задержки менструации: мифепристон 200 мг орально, мизопропростол 800 мкг вагинально (или под язык или буккально) через 36-48 часов (уровень доказательности А, настоятельность рекомендаций высокая). Режим для женщин с задержкой менструации 64-84 дня: мифепристон 200 мг орально, мизопропростол 800 мкг вагинально через 36-48 часов и далее по 400 мкг вагинально или под язык каждые 3 часа до 4 доз (уровень доказательности В, настоятельность рекомендаций низкая). Последняя схема рекомендована для беременных в сроках 13-22 недели: мифепристон 200 мг орально, мизопропростол 800 мкг вагинально или 400 мкг внутрь через 36-48 часов и далее по 400 мкг вагинально или под язык каждые 3 часа до 4 доз (уровень доказательности В, настоятельность рекомендаций высокая).

Представленные схемы объединили исследования, основанные на доказательствах, и клинические руководства таких авторитетных организаций, как Американское общество акушеров-гинекологов АСОГ (США, 2011), Королевская коллегия RCOG (Великобритания, 2011), Национальная федерация абортов NAF (США, 2011), Европейское медицинское агентство (ЕМЕА, 2007) [14, 18, 24]. Эффективность применения мифепристона с использованием рекомендованных схем составляет по данным разных авторов до 98,9 %. Учитывая особую значимость препаратов для эффективного прерывания нежелательной бере-

Information about authors:

KRAVCHENKO Elena Nikolaevna, doctor of medical sciences, professor, head of the department of obstetrics and gynecology, Omsk State Medical University, Omsk, Russia. E-mail: kravchenko-e@mail.ru

KOLOMBET Ekaterina Valerievna, obstetrician-gynecologist, Maternity Hospital N 2; post-graduate student, department of obstetrics and gynecology, Omsk State Medical University, Omsk, Russia. E-mail: katkolombet@yandex.ru

KUKLINA Larisa Vladimirovna, candidate of medical sciences, assistant, department of obstetrics and gynecology, Omsk State Medical University, Omsk, Russia. E-mail: kyklinalara@mail.ru

менности, ВОЗ включила мифепристон (с 2005 г.) и мизопростол (с 2009 г.) в перечень основных лекарственных средств (Model List of Essential Medicines) [27]. Согласно международным клиническим рекомендациям, протокол прерывания беременности поздних сроков (13-22 недели) предусматривает прием препарата мифепристон в дозе 200 мг (1 таблетка) однократно внутрь под контролем врача. Динамическое наблюдение за пациенткой осуществляется в течение 36-48 часов. Через 36-48 часов проводится осмотр пациентки и, если аборт не произошел, с целью усиления эффекта мифепристона вводят препарат мизопростол 400 мкг внутрь или 800 мкг однократно во влагалище, затем мизопростол вводят повторно в дозе 400 мкг сублингвально каждые 3 часа (максимальное число доз – 4). Динамическое наблюдение за пациенткой осуществляется врачом до изгнания плода (в стационарных условиях).

Средний интервал между началом стимуляции и абортом составляет 5,9-6,6 часов. Он увеличивается с возрастанием срока беременности (95% ДИ от – 2,52 до 0,89, $p = 0,0001$), с увеличением возраста ($p = 0,0001$) и у первобеременных женщин (95% ДИ от 0,25 до 1,01, $p = 0,0001$) [26]. Положительный эффект достигается в среднем в 97-98 % случаев. У 0,2-0,4 % женщин аборт происходит после введения исключительно мифепристона.

После медикаментозного аборта во II триместре рутинное хирургическое выскабливание полости матки не требуется. Его следует проводить лишь в случае, когда имеются клинические признаки неполного аборта (уровень В) [23, 25]. В проведенных исследованиях такая необходимость была в 8,1 % [21] и 9,4-11,5 % случаев [24]. Если аборт не происходит в течение 24 часов, в соответствии с некоторыми протоколами, мифепристон вводится повторно, после чего вновь вводится мизопростол вагинально. Пациентки, у которых аборт не происходит в течение вторых суток, получают третью дозу мифепристона с последующим введением простагландина. Для тех женщин, у которых аборт не наступает на вторые или третьи сутки, следует завершить прерывание беременности путем дилатации и эвакуации.

Вполне ожидаемым побочным эффектом при проведении индуцированного позднего аборта является кровотечение, которое, как правило, не бывает чрезмерным. Обильное кровотечение (более 500 мл), требующее переливания крови, встречается с частотой около 0,7 %. Разрывы шейки матки при медикаментозном аборте возможны, как и в случаях использования дилатации и эвакуации, с той же частотой (0,1-0,2 %). Разрыв матки встречается редко, однако медицинские работники должны знать о том, что такой риск есть (1 случай на 1000 вмешательств) [23, 24] и обычно возникает при необходимости завершения процедуры хирургическим вмешательством.

До недавнего времени вопрос о необходимости профилактической антибиотикотерапии при медикаментозном аборте рассматривался отрицательно. Риск восходящей инфекции патогенными микроорганизмами непосредственно во время аборта, выполненно-

го в лечебном учреждении, ничтожно мал. Однако недавно было показано, что базовый риск серьезной инфекции при медикаментозном аборте с 0,093 % был снижен до 0,006 % при рутинной антибиотикопрофилактике. В целом применение доксицилина во время медикаментозного аборта способствовало снижению относительного риска инфекций на 76 %. Публикации 2011-2012 годов и в особенности рекомендации RCOG [24] подтверждают необходимость такой меры (уровень С). Однако не все исследователи разделяют эту точку зрения, признавая необходимость рутинной антибиотикопрофилактики лишь для женщин с высоким риском инфекционных заболеваний, передаваемых половым путем, и развития инфекционных осложнений.

Изучение показателей смертности, связанной с абортами, на уровне стран позволяет получить представление о сравнительной безопасности метода [6]. Так, летальность в США при прерывании беременности путем стимулирования родовой деятельности (гипертонический раствор, окситоцин, простагландины) и дилатации и эвакуации составила 7,1 и 3,7 на 100 тыс. процедур, соответственно. В США, где смертность, связанная с абортом, достаточно низкая, было обнаружено, что риск смертельного исхода значительно возрастает с увеличением срока беременности [24]. Так, общее количество случаев 0,7 на 100000 вмешательств в первом триместре, 5,1 – во втором, 8,9 – более 20 недель [25]. Хотя абсолютный риск смерти при аборте, выполненном при сроке 21 неделя или позже, был более чем в 75 раз выше, чем риск, связанный с абортом; 85 % смертельных случаев были вызваны прямыми причинами – преимущественно кровотечением и инфекцией, 15 % из них были связаны с косвенными причинами, такими как эмболия и осложнения анестезии [3, 25].

Исследования показали [3, 6, 16, 20, 22, 23], что дилатация и эвакуация имеют преимущества по сравнению с методами стимуляции матки и по другим показателям безопасности. Так, по сравнению со стимуляцией родовой деятельности путем интраамниотического введения физиологического раствора или простагландина альфа, как показали результаты когортных исследований в рамках Совместной программы изучения абортотерапии при Совете по народонаселению (UN Population Council), Центра контроля и профилактики заболеваемости (CDC, USA), дилатация и эвакуация имеют меньший относительный риск, который составил соответственно 1,9 (95% ДИ 1,2-3,1), 2,6 (95% ДИ 1,9-3,6) и 5,7 (95% ДИ 2,1-15,3). При условии подготовки шейки матки перед вмешательством, хирургические абортотерапии во втором триместре безопаснее, быстрее и экономически эффективнее, чем методики стимуляции, применявшиеся ранее.

В сравнении с современными режимами медикаментозного аборта и дилатации и эвакуации, ни по показателям приемлемости, ни по уровню удовлетворенности и частоте осложнений, статистически значимых различий выявлено не было [6]. Тем не менее, женщины, прервавшие беременность медикаментозным способом, чаще испытывали один и более по-

бочных эффектов (относительный риск 6,0; 95% ДИ 0,9-40,3; $p = 0,05$ против 0,1; 95% ДИ 0,0-0,3 при дилатации и эвакуации) [3,4]. Таким образом, относительный риск осложнений выше во II триместре, абсолютный риск невелик, когда прерывание беременности выполняется (в случае хирургического аборта) или наблюдается (в случае медикаментозного) квалифицированными медицинскими работниками [3]. В целом медикаментозный аборт рассматривается международными экспертами как существенный резерв в снижении материнской смертности при прерывании беременности во всех сроках [22].

Для сравнения используемых в настоящее время медикаментозных (мифепристон в сочетании с мизопростолом) и хирургических методов выполнения аборта для прерывания беременности во втором триместре необходимо проведение исследований доста-

точной статистической мощности [6]. Предварительный клинический опыт прерывания беременности в поздних сроках современными методами в научно-исследовательских учреждениях России в рамках научных программ, а также практический опыт ряда медицинских учреждений в регионах по протоколам, утвержденным местными органами самоуправления, демонстрирует перспективность этих методов для снижения осложнений и материнской смертности среди женщин, вынужденных прервать беременность в сроках более 12 недель [16]. Необходимы детализирующие документы, позволяющие привести нормативную базу лечебных учреждений в соответствие с требованиями времени и внедрить современные методы в целях улучшения качества оказания медицинской помощи женщинам при вынужденном прерывании беременности в поздние сроки.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Артымук, Н.В. 10 контраргументов искусственного прерывания беременности в Российской Федерации /Н.В. Артымук //Status presens. – 2014. – № 2(19). – С. 102-112.
2. Аспекты прерывания беременности у женщин с активным туберкулезом легких /Е.Н. Кравченко, А.В. Мордык, Г.А. Валева, Л.В. Пузырева //Акушерство и гинекология. – 2014. – № 8. – С. 100-105.
3. Гемзель-Дэнилссон, К. Медикаментозный аборт во втором триместре с применением мифепристона и мизопростала: обзор методов и ведение /К. Гемзель-Дэнилссон, С. Лалиткумар //Проблемы репродуктивного здоровья. – 2008. – С. 88-99.
4. Гроссман, Д. Осложнения после хирургического и медикаментозного аборта во втором триместре беременности /Д. Гроссман, К. Блэнчард, П. Блументаль //Проблемы репродуктивного здоровья. – 2008. – С. 100-110.
5. Дикке, Г.Б. Современные методы прерывания беременности в поздние сроки /Г.Б. Дикке, И.В. Сахаутдинова //Акушерство и гинекология. – 2014. – № 1. – С. 83-88.
6. Дикке, Г.Б. Стратегическая оценка политики, программ и услуг в сфере непланируемой беременности, абортов и контрацепции в Российской Федерации. Совместное исследование МЗ и СР РФ и ВОЗ /Г.Б. Дикке, Е.Л. Яроцкая, Л.В. Ерофеева //Проблемы репродукции. – 2010. – № 3. – С. 92-108.
7. Лор, П.А. Хирургический аборт во втором триместре беременности /П.А. Лор //Проблемы репродуктивного здоровья. – 2008. – С. 76-87.
8. О материнской смертности в Российской Федерации в 2009 году: Письмо МЗ и СР РФ от 21 февраля 2011 г. № 15-4/10/2-1694.
9. Основные показатели здоровья матери и ребенка, деятельность службы охраны детства и родовспоможения в Российской Федерации. – М., 2013.
10. Приказ Минздрава России от 12 ноября 2012 г. № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)».
11. Серов, В.Н. Акушерство и гинекология. Клинические рекомендации /В.Н. Серов, Г.Т. Сухих. – М.: Геотар-Медиа, 2015. – 1024 с.
12. Сухих, Г.Т. Стратегический подход к решению проблемы непланируемой беременности в России /Г.Т. Сухих, Е.Л. Яроцкая //Современные медицинские технологии. – 2010. – № 5. – С. 96-99.
13. Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
14. A clinician's guide to medical and surgical abortion: NAF's textbook. – ACOG.; 2012.
15. Cervical preparation for first trimester surgical abortion [Электронный ресурс] /N. Kapp, P.A. T.D., Lohr, J.L. Ngo Hayes. – 2010. Режим доступа: <http://www.cochrane.org/cochrane-reviews>.
16. Cheng, L. Сравнение хирургических и медикаментозных методов индуцированного аборта во втором триместре: Комментарий БРЗ (последняя редакция: 28 сентября 2011 года) /L.Cheng //ВОЗ (Библиотека репродуктивного здоровья ВОЗ). – Женева.
17. Countries abortion profile [Электронный ресурс] – ICMA. Режим доступа: <http://www.medicalabortionconsortium.org/country/>.
18. European Medicines Agency in 2007. Summary of the thirteenth annual report of the EMEA [Электронный ресурс] Режим доступа: <http://www.ema.europa.eu>.
19. Grossman, D. Медикаментозные методы проведения аборта в первом триместре: Комментарий БРЗ (последняя редакция: 3 сентября 2003 г.) /D. Grossman //ВОЗ (Библиотека репродуктивного здоровья ВОЗ). – Женева.
20. Lalitkumar, S. Mid-trimester induced abortion: a review /S. Lalitkumar, M. Bygdeman, K. Gemzell-Danielsson //Hum. Reprod. Update. – 2007. – N 13. – P. 37-52.
21. Late abortion: a review of the evidence [Электронный ресурс] /S. Sheldon. Режим доступа: http://www.prochoiceforum.org.uk/pdf/PCF_late_abortion08.pdf.
22. Lohr, P.A. Surgical versus medical methods for second trimester induced abortion /P.A. Lohr, J.L. Hayes, K. Gemzell-Danielsson //Cochrane Database Syst. – Rev. 2008; (1).
23. Midtrimester medical termination of pregnancy: a review of 1002 consecutive cases /P.W. Ashok, A. Templeton, P.T. Wagaarachchi, G.M. Flett //Contraception. – 2004. – N 69(1). – P. 51-58.
24. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). The care of women requesting induced abortion [Электронный ресурс] London (England): Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). – 2011. – Nov. – 130 p. Режим доступа: <http://www.rcog.org.uk>.
25. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. 2nd ed. [Электронный ресурс] – World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research. – 2012. Режим доступа: <http://www.who.int/>.
26. Tang, O.S. A prospective randomized study on the measured blood loss in medical termination of early pregnancy by three different misoprostol regimens after pretreatment with mifepristone /O.S. Tang, S.W. Lee, P.C. Ho //Hum. Reprod. – 2002. – N 17. – P. 2865-2868.
27. WHO. Model list of essential medicines [Электронный ресурс] – 18th ed. Geneva: WHO. – 2013. Режим доступа: <http://mednet3.who.int/EMLib/>.

