



КАЗАХСТАНСКАЯ  
АССОЦИАЦИЯ  
ПО ПОЛОВОМУ И  
РЕПРОДУКТИВНОМУ  
ЗДОРОВЬЮ

# МЕДИКАМЕНТОЗНЫЙ АБОРТ

вопросы и ответы

для медицинских работников

Алматы 2009

**Руководство для медицинских работников составлено  
Шакаралиевой Э.М., Гребенниковой Г.А.**

Данное руководство составлено с учетом данных доказательной медицины и рекомендаций Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), содержит ответы на часто задаваемые вопросы по медикаментозному аборту. Предназначено для медицинских работников, оказывающих медицинскую помощь в рамках выполнения медикаментозного аборта, с целью улучшения качества консультирования до и после медикаментозного аборта.

**Рецензент:** Калиева Л.К. - д.м.н.,  
зав.кафедрой акушерства и гинекологии № 2,  
Казахский национальный медицинский университет  
им. С.Д. Асфендиярова.

## Введение

Охрана репродуктивного здоровья определена Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) на глобальном уровне, как приоритетная область развития и является приоритетной задачей государства. Казахстанским законодательством гарантирован свободный репродуктивный выбор, необходимый для сохранения здоровья матери и ребенка, возможность реализации общечеловеческих прав на воспитание и образование детей. Все эти права закреплены на национальном уровне в законах и Кодексе об охране здоровья и системе здравоохранения.

Право на искусственное прерывание беременности - одно из репродуктивных прав человека. По данным ООН, в 2007 году в 97% государств мира аборты разрешены, в том числе и в Казахстане. Аборты полностью запрещены в пяти странах (Чили, Сальвадор, Мальта, Никарагуа, Бангладеш и Ватикан). Несмотря на то, что за последние три десятилетия наблюдается значительный рост применения методов контрацепции, по оценкам ВОЗ ежегодно в мире производится примерно 46 млн. абортов. Из них примерно 5 млн. женщин попадают в больницы из-за непрофессионально проведенных абортов. В 2000 году в мире при родах погибли 529 тыс. женщин, в том числе 68 тыс. стали жертвами непрофессионально проведенных абортов. (Lancet.—2007.—Vol.370.—P.1338—1345.)

Во всем мире индуцированный аборт является распространенным методом медицинского вмешательства. С 1960-х годов аборт на сроке до 63 дней беременности проводили методом дилатации и кюретажа или методом вакуумной аспирации. В последние десятилетия в дополнение к хирургическим видам аборта появился альтернативный метод прерывания беременности в первом триместре - медикаментозный аборт: с 1970-х гг. - посредством простагландинов, и в 1980-х гг. - антипрогестеронов. Наиболее широко распространенные препараты - это простагландины, мифепристон, метотрексат.



**Медикаментозный аборт** означает прерывание беременности, вызванное лекарственными средствами вместо хирургического вмешательства. Зарубежные социолого-медицинские исследования показали, что многие женщины предпочитают медикаментозный аборт хирургическому, поскольку он лучше, чем хирургический, обеспечивает тайну его проведения (не требуется больничный лист, пребывание в стационаре), является более щадящим для организма и лучше психологически переносится. Почти все женщины, которые подверглись медикаментозному аборту, удовлетворены этим методом, намерены рекомендовать другим женщинам, и предпочли бы его вновь, если возникнет необходимость в новом аборте. Эффективность фармакологического аборта с применением Мифепристона и Мизопростола в ранней стадии первого триместра беременности высокая и составляет около 98%. Применение мифепристона было апробировано миллионами женщин по всему миру с 1988 г. и показало свою безопасность, эффективность и хорошую переносимость.

### 1. Когда впервые был синтезирован препарат для медикаментозного аборта?

В 70-е годы исследовательским центром Романвилья во Франции была начата программа исследования стероидов с антигормональным действием. В 1980 г. исследования компании "Roussel Uclaf" привели к созданию мифепристона (RU 486), который представляет собой синтетический стероидный препарат для перорального применения, являющийся антагонистом прогестерона и глюкокортикоидов.

Первое клиническое исследование лекарства в качестве средства для прерывания беременности было начато в Женеве в 1981 г. В 1985 г. исследователи сообщили, что Мифепристон в комбинации с сокращающими матку препаратами (простагландинами) является эффективным методом аборта. В 1988 г. Франция стала первой страной, выдавшей лицензию на применение Мифепристона совместно с простагландином для проведения аборта на ранней стадии беременности.

### 2. Что такое Мифепристон и как он работает?

**Мифепристон** - это антипрогестин, на который получена лицензия в качестве средства прерывания беременности во многих странах мира. На мифепристон (в других странах) также получена лицензия в качестве средства для размягчения шейки матки перед абортом в первом триместре беременности, размягчения шейки матки для терапевтических целей, для стимуляции абортов во втором триместре и стимуляции родов. В настоящее время в стадии изучения находятся и другие потенциальные области его применения. При оральном применении во время беременности мифепристон блокирует прогестероновые рецепторы, и эндометрий утрачивает способность поддерживать рост эмбриона. Повышает сократительную способность миометрия, стимулируя высвобождение интерлейкинов, повышает чувствительность миометрия к простагландинам. Мифепристон обладает способностью размягчать и расширять шейку матки, тем самым, способствуя проведению аборта. Комбинированное применение мифепристона с простагландином увеличивает эффективность выведения плодного яйца. В настоящее время наиболее предпочтительным простагландином для совместного применения с мифепристоном является мизопростол ввиду его безопасности и лёгкости орального применения.

### 3. Безопасен ли медикаментозный аборт?

Медикаментозный аборт<sup>1</sup> с применением мифепристона, проводимый под наблюдением врача, является безопасным. Миллионы женщин по всему миру эффективно и безопасно применяли мифепристон для ранних медикаментозных абортов. Препарат не оказывает долгосрочного воздействия и не сказывается на здоровье женщины. Метод рекомендован Всемирной организацией здравоохранения как одна из безопасных форм аборта.

<sup>1</sup>«Услуги по выполнению медикаментозного аборта необходимо подкреплять возможностью доступа к выполнению хирургического аборта на случай, если применение медикаментов не приводит к полному аборту. Если в медицинском центре, планирующем предоставлять услуги по медикаментозному аборту, такой возможности нет, следует определить и обеспечить доступ в ближайшие подходящие центры, в которых можно выполнить вакуум-аспирацию и куда можно направить пациентку, нуждающуюся в срочной помощи из-за сложных проблем или осложнений». (1)

#### 4. О чем следует говорить во время консультирования до медикаментозного аборта?

- Обсудить разницу между медикаментозным и хирургическим абортом (см. вопрос 5).
- Помочь выбрать наиболее приемлемый для нее метод прерывания беременности.
- Провести тщательный клинический осмотр женщины для выявления возможных противопоказаний к медикаментозному аборту.
- Предоставить информацию об эффективных методах контрацепции и обеспечить доступ к ним.
- Убедиться, что срок беременности позволяет выполнение медикаментозного аборта. Срок беременности, установленный по дате последней менструации, является достаточно информативным.
- Объяснить схему приема препаратов.
- Провести подробную беседу и предоставить ей четкую информацию о тревожных симптомах и о том, куда можно обратиться в любое время суток для получения неотложной помощи.

#### 5. В чем разница между хирургическим и медикаментозным абортом?

Медикаментозный и хирургический аборт практически не отличаются друг от друга по безопасности и эффективности.

- Хирургический: высокоэффективен, в небольшом проценте случаев требуется повторное вмешательство, во время процедуры используются анестезиологические средства и инструменты вводятся в матку, осложнения (кровотечение, небольшой риск инфицирования во время аборта или повреждения шейки/тела матки) встречаются редко, требуется 2 визита, врач имеет больше возможностей контролировать ситуацию.
- Медикаментозный: высокоэффективен, в небольшом проценте случаев требуется хирургическое вмешательство, во время процедуры редко используются обезболивающие средства, осложнения (кровотечение) встречаются редко, требуется 2 или более визитов, женщина имеет больше возможностей контролировать ситуацию.

Основное преимущество медикаментозного метода прерывания беременности над хирургическим состоит в потенциальном избегании анестезии и таких осложнений, как разрывы шейки матки и перфорация матки. Более того, всю манипуляцию можно выполнить в амбулаторных условиях. В условиях ограниченных ресурсов эти факторы могут быть преимуществом, так как прямые затраты на медицинские услуги ниже, чем в случае хирургической манипуляции. Недостатком использования мифепристона и мизопростола является необходимость наблюдать пациентов, чтобы убедиться в том, что процесс аборта полностью завершен.

По причине высокой эффективности, безопасности и преимуществ медикаментозного прерывания беременности с помощью мифепристона и мизопростола пропорция прерываний беременности в сроке до девяти недель с помощью этого метода в больнице, которая является основной клинической учебной базой в г. Данди (Шотландия), увеличилась с 19% в 1996 г. до 55% в 2005 г.

#### 6. Кому предпочтительнее медикаментозный аборт?

- Желание женщины.
- Ранний срок беременности (до 49-го дня гестации).
- Выраженное ожирение (ИМТ более  $30 \text{ кг/м}^2$ )<sup>2</sup>, в отсутствие других факторов риска атеросклероза, когда возможны технические сложности при выполнении хирургического аборта.
- Пороки развития гениталий или миома матки, хирургические вмешательства на шейке матки в анамнезе, когда возможны технические трудности при выполнении хирургического аборта.
- Нерожавшие женщины.

<sup>2</sup> данных о том, что при ожирении эффективность медикаментозного аборта ниже или требуется менять дозы препаратов, нет (2).



## 7. Какие существуют противопоказания к медикаментозному аборту?

Абсолютные:

- Аллергические реакции на один из препаратов, применяемых для медикаментозного аборта, в анамнезе.
- Наследственные порфирии.
- Хроническая надпочечниковая недостаточность.
- Предполагаемая или доказанная внематочная беременность.

Соблюдение предосторожности при:

- Длительном лечении глюкокортикоидами.
- Нарушении свертываемости крови.
- Тяжелой анемии.
- Сердечно-сосудистых заболеваниях или факторах риска атеросклероза (АГ и курение).
- Противопоказаниях к простагландинам: сердечно-сосудистая патология, гипертензия, глаукома.
- Подтвержденной или подозреваемой внематочной беременности.
- Сексуально-трансмиссивных заболеваниях гениталий в период обострения или в острой стадии.
- ВМС (в случае, когда беременность возникает на фоне ВМС, последнее должно быть извлечено до приема мифепристона).
- Длительном сроке использования рифампицина, армазида, антиэпилептических препаратов, циметидина, простагландин биосинтетических энзимных ингибиторов включая нестероидные.
- Противовоспалительных препаратах (НПВС): аспирин, индометацин и др. барбитуратов.
- Наличии в анамнезе вредных привычек - выкуривание свыше 10 сигарет в день или пристрастие к алкоголю.
- Если нет возможности повторного визита или проживании пациентки в отдаленных районах.

Противопоказания к применению простагландинов:

- Гиперчувствительность к простагландинам.
- Печеночная недостаточность.
- Лактация.
- Воспалительные заболевания кишечника.

## 8. Что следует учитывать, рекомендуя медикаментозный аборт, если женщина кормит грудью?

Мифепристон может попадать в грудное молоко, что вызывает повышение уровней адренкортикотропного гормона и кортизола у плода. Клиническое значение этих изменений не известно. Мизопропрост так же быстро проникает в грудное молоко, влияние на ребенка не изучено. Учитывая, что сывороточная концентрация мизопроста при приеме внутрь быстро снижается, его рекомендуют принимать сразу после кормления грудью, а следующее кормление проводить через 4 часа. Если препарат был введен интравагинально, кормление следует проводить через 6 часов или позже, так как концентрация мизопроста в крови остается высокой дольше.

## 9. Какие схемы используются при проведении медикаментозного аборта?

Женщине с нежелательной беременностью  $\leq 49$  дней гестации можно предложить такую схему:

Мифепристон 200 мг per os, с последующим:

- Мизопропрост 600 мкг вагинально один раз через 36-48 часов. ИЛИ
- Женщинам со сроком беременности  $\leq 49$  дней, которые отдают предпочтение приему внутрь, мизопропрост можно принимать в дозе 400 мкг per os через 36-48 часов после мифепристона. ИЛИ
- Еще одним вариантом для женщин, которые предпочитают не применять препарат вагинально, является прием 800 мкг мизопроста сублингвально через 36-48 часов после мифепристона, однако их следует проконсультировать по поводу побочных эффектов.

## 10. Что относится к типичным побочным эффектам?

---

- Повышение температуры.
- Маточное кровотечение такое же, как при нормальной обильной менструации или сильнее.
- Схваткообразные боли.
- Тошнота, рвота и/или диарея.
- Слабость.

*За исключением сильного кровотечения все эти симптомы являются нормальным явлением и, как правило, быстро проходят.*

## 11. В каких случаях следует связаться с клиникой?

---

- Сильная боль, не купируемая обезболивающими средствами.
- Использует, как минимум, две большие гигиенические прокладки в час, в течение двух часов подряд.
- Повышение температуры в течение 6-ти часов и более.

## 12. Какие осложнения встречаются при проведении медикаментозного аборта?

---

- Обильное кровотечение. Необходимость в серьезных вмешательствах при обильном кровотечении на практике встречается очень редко, всего в 0,1- 0,2% случаев и является меньшей, чем при хирургическом аборте.
- Тератогенные эффекты. Очень низкий процент беременностей может продолжаться после приёма лекарств, вызывающих медикаментозный аборт. Обычно такие случаи возникают крайне редко, примерно у 3% женщин и являются следствием неаккуратного приёма и несоблюдения режима всех этапов данной процедуры. В том случае, если беременность продолжается, а женщина изменила свое решение относительно проведения аборта, она должна быть предупреждена, что есть риск врожденной патологии плода.

- Нет данных о том, что мифепристон оказывает тератогенное воздействие на зародыш и может быть причиной врожденных уродств плода. Однако в литературе сообщается о том, что применение мизопростола может оказывать тератогенное действие. Эпидемиологические данные указывают на низкую величину абсолютного риска врожденных дефектов после применения мизопростола (менее 10 врожденных пороков на 1000 случаев нормальных родов). В процессе консультирования до проведения фармакологического аборта врач должен разъяснить женщине необходимость обязательного завершения аборта хирургическим путём в случае неудачного исхода медикаментозного аборта. Все женщины должны быть поставлены в известность о вероятности врожденных дефектов, если они выберут продолжение беременности после использования препаратов для фармакологического аборта.
- Медикаментозный аборт с применением мифепристона не прерывает внематочной беременности. Тщательное обследование до назначения медикаментозного аборта, а также тщательный контроль симптомов после лечения могут помочь в постановке диагноза женщинам с внематочной беременностью.

## 13. Влияет ли медикаментозный аборт на способность к деторождению?

---

Медикаментозный аборт с применением Мифепристона и Мизопростола не влияет на фертильность женщины. Женщина может забеременеть в первом менструальном цикле после проведенного фармакологического аборта, поэтому она должна использовать контрацепцию.



#### 14. Есть ли какие-то особенности для женщин с резус-отрицательным фактором крови?

После искусственного прерывания беременности (любым методом) женщинам с резус-отрицательной кровью проводят иммунизацию специальным антирезусным глобулином с целью профилактики резус-конфликта при будущих беременностях. При медикаментозном методе прерывания беременности иммунизация рекомендуется во время назначения простагландинов.

#### 15. Как переносится медикаментозный аборт?

Исследования показывают, что медикаментозный аборт хорошо переносится женщинами. Исследования, проведенные во Франции, Шотландии и Швеции показали, что в случае возможности выбора от 60 до 70 % женщин останавливали свой выбор на медикаментозном аборте. Исследования, проведенные в Китае, на Кубе, в Индии, Вьетнаме и Танзании (где частота абортотворения высока), показали, что более 90% женщин были "удовлетворены" или "очень удовлетворены" медикаментозным абортом. В одном из исследований проводился также опрос женщин, имеющих опыт как хирургического, так и медикаментозного аборта, и большинство из них предпочло медикаментозный аборт. Важно отметить, что мнение женщины относительно её абортотворного опыта часто связано с условиями (общей атмосферой) проведения аборта. Если женщина подготовлена к ожиданиям/симптомам, побочным эффектам, то приемлемость метода очень высока.

#### 16. Количество визитов к врачу?

Медикаментозный аборт предусматривает 3 визита к врачу. В том случае, если такой режим посещений невозможен, гораздо лучшей альтернативой будет хирургический аборт.

**1 визит:** в день обращения врач осматривает женщину, выявляет противопоказания к проведению медикаментозного аборта. Проводится УЗИ органов малого таза с целью подтвердить наличие плодного яйца в матке и установить срок беременности.

#### Помимо этого, необходимо провести еще ряд анализов:

- мазок на чистоту влагалища и трихомонады;
- анализ крови на сифилис, ВИЧ;
- определение группы крови и резус-принадлежности.

Перед проведением медикаментозного аборта женщине необходимо подписать информированное согласие на прерывание беременности. Врач обязательно ознакомит с тем, как будет проходить процедура медикаментозного аборта, какие могут быть симптомы и осложнения.

После этого предлагают выпить 200 мг мифепристона в присутствии врача. После приема препарата пациентка может быть отпущена домой. У некоторых женщин (5%) уже в первый день после приема препарата может произойти полный выкидыш.

**2 визит.** Через 36-48 часов после приема препарата необходимо вновь прийти в клинику для приема 3-х таблеток - 600 мкг мизопростола внутрь или вагинально одномоментно или по 200мкг x 3 раза. Данный препарат усиливает маточные сокращения и опорожняет полость матки от отслоившегося плодного яйца. После приема этого препарата у большинства женщин начинаются кровянистые выделения из половых путей. После приема препарата требуется 4 часа наблюдения в клинике. После этого пациентка может быть отпущена домой.

*На данном этапе могут проявиться следующие симптомы (которые легко устранимы):*

- Большинство пациенток (85%) не предъявляет никаких жалоб.
- Боль внизу живота: интенсивность боли варьирует, и при сильных болях возможно применение анальгетиков (парацетамол 1 таб.).

- Повышение температуры – возможно под действием самого препарата. Такое повышение не превышает 38 градусов и не более 2 часов. Возможно применение парацетамола для устранения этого симптома.
- Тошнота и рвота – могут быть вызваны как препаратами, так и беременностью (токсикоз беременных). Применение противорвотных препаратов устраняет эти симптомы (церукал).
- Диарея (жидкий стул) – встречается редко, лечения не требует.
- Кровотечение – прерывание беременности сопровождается кровяными выделениями, несколько более обильными, чем при менструации.

Отторгнувшийся эмбрион выглядит в виде сгустка крови и неспециалистом неотличим. В случае, если кровотечение обильное, необходимо срочно обратиться за помощью в клинику. Обильным считается кровотечение, при котором в течение часа пропитываются две гигиенические прокладки максимального размера, и это продолжается 2 часа и более.

**3 визит** – на 10-14 день после первого визита.

На этот раз визит в клинику необходим для оценки эффективности медицинского прерывания беременности: произошел ли полный аборт, или неполный аборт, или имеет место сохраняющаяся беременность.

Для этого проводится:

- 1) УЗИ. Для исключения необоснованного назначения инструментального обследования полости матки следует правильно трактовать ультразвуковую картину. Особенности эхографической картины: эндометрий имеет толщину 13-16 мм, несколько превышает нормативные показатели, имеет каплевидную форму и повышенную эхогенность по сравнению с эндометрием здоровой женщины в фазе поздней

пролиферации. Однородность структуры не изменена. При продольном сканировании эндометрий не имеет характерных для этой фазы вида трех полосок. Вокруг эндометрия визуализируется незначительное количество гипоехогенных фокусов. При исследовании на 7-8 день следующего менструального цикла не выявляется каких-либо отклонений в состоянии эндометрия.

2) Анализ крови на ХГЧ. Даже если предприняты все меры по исключению внематочной беременности перед проведением медикаментозного аборта, медицинские работники всегда должны помнить о ее возможности. Крайне редко встречается одновременно маточная и внематочная беременность. При подозрении на внематочную беременность (сохранение признаков беременности или боли внизу живота), кроме УЗИ необходимо определение  $\beta$ -ХГЧ.

В случае, если аборт неполный, требуется завершение аборта хирургическим путем, так как нежизнеспособное плодное яйцо в полости матки рано или поздно явится причиной кровотечения и воспалительного процесса (эндометрита).



## 17. Какова эффективность медикаментозного аборта?

Успешный медикаментозный аборт определяется как полное прерывание беременности без необходимости в хирургическом вмешательстве. Медикаментозные методы выполнения аборта в первом триместре как безопасны, так и эффективны. Схемы сочетанного приема мифепристона простагландином, такие как мизопропрост, более эффективны, чем применение одного простагландина. Неудача определяется как необходимость обращения к хирургическому вмешательству, в виду сохранения беременности, неполного изгнания эмбриона, тяжелого кровотечения. У некоторых пациенток плодное яйцо удаляется после применения мифепристона, ещё до приёма мизопростола. У большинства женщин удаление происходит в течение 24 часов после приёма мизопростола, но в некоторых случаях процесс изгнания плодного яйца может продолжаться до 2-х недель.

## 18. Какие факторы могут влиять на эффективность?

График посещения: Необходимо несколько визитов к врачу при проведении медикаментозного аборта. Многие женщины хотят узнать как можно раньше относительно завершенности аборта, они стремятся прийти на консультацию через короткий период времени после приёма препаратов. В то же время, избыточные посещения клиники повышают вероятность бесполезных вмешательств.

Врач, проводящий медикаментозный аборт, может быть стимулирован такими пациентками завершить аборт хирургически, несмотря на отсутствие медицинских показаний, или может сделать ошибочное заключение о неполной завершенности медикаментозного аборта и осуществить хирургическое вмешательство. Врачу или пациенту порою более удобно применять метод, который обеспечивает более быстрые

показатели успеха, в то время как завершение медикаментозного аборта обычно требует больше времени. Опыт врача в области проведения фармацевтического аборта способствует тому, что женщины реже прибегают к хирургическому вмешательству для прерывания беременности.

**Срок беременности:** Схема применения мифепристона работает очень хорошо при сроке беременности до 49 дней гестации.

## 19. Какие методы контрацепции можно применять после медикаментозного аборта?

Как правило, женщины, прервавшие нежелательную беременность, не планируют следующую в ближайшее время, поэтому консультирование по методам планирования семьи является неотъемлемой частью оказываемой медицинской помощи.

Женщины, которым проведен искусственный аборт на ранних сроках беременности, могут забеременеть практически сразу после него, так как овуляция может произойти на 10-й день после искусственного аборта в 1 триместре беременности.

После медикаментозного аборта женщина может использовать любой метод, с учетом противопоказаний. Консультирование по методам планирования семьи и оказание помощи в выборе метода должно проводиться перед искусственным абортом.

Прием комбинированных контрацептивов можно начинать в день приема мизопростола, когда происходит изгнание плодного яйца из полости матки. Можно начать прием низкодозированных трехфазных или монофазных контрацептивов с улучшенным гестагенным компонентом (дезогестрел, гестоден). «Нет доказательств, что многофазные оральные контрацептивы (КОКи) более безопасны или более эффективны чем монофазные КОКи... На сегодняшний день нет оснований рекомендовать многофазные КОКи как более предпочтительный метод контрацепции по сравнению с монофазными».<sup>3</sup>

Применение комбинированных оральных контрацептивов после медикаментозного аборта изучено в двух РКИ. Различий в частоте полного аборта, осложнений и длительности кровотечения не выявлено. При применении чисто прогестиновых оральных контрацептивов нередко возникает кровотечение прорыва, которое можно принять за проявление неполного аборта.

Спермициды, контрацептивные губки следует применять после прекращения кровянистых выделений.

ВМС, ДМПА и хирургическую стерилизацию следует проводить лучше после того, как доказано прерывание беременности. Если выбран один из методов, применять который сразу нельзя, необходимо рекомендовать использовать презервативы до подтверждения прерывания беременности.

### Список использованной литературы:

1. Grossman D. Медикаментозные методы проведения аборта в первом триместре: Комментарий БРЗ (последняя редакция: 3 сентября 2003 г.). Библиотека репродуктивного здоровья ВОЗ; Женева: Всемирная организация здравоохранения.
2. Часто задаваемые клинические вопросы о медикаментозном аборте. По итогам Международной согласительной конференции по медикаментозному аборту в начале первого триместра беременности, 1-5 ноября 2004 г. Белладжио, Италия. Всемирная организация здравоохранения, 2008 г.
3. Shah DS. Монофазные оральные контрацептивы в сравнении с многофазными: Комментарий БРЗ (последняя редакция: 15 декабря 2006 г.). Библиотека репродуктивного здоровья ВОЗ; Женева: Всемирная организация здравоохранения.
4. Д-р Пол Блюменталь, Д-р Шелли Кларк, Д-р Курус Дж. Койаджи Вводное руководство по медикаментозному аборту. Итоги совместной работы в Центре исследований и конференций, г. Белладжио 2004 г., Genuity Health Projects.
5. М.Н. Шарифканова, Г.Н Алимбаева, А.Ш. Джусангалиева, Г.Р. Белеуханова, Ш.Х. Абдуллина. Безопасный аборт. Стратегия ВОЗ, Рекомендации для врачей-курсантов, Алматы 2008 г.
6. Chien P and Thomson M. Медикаментозные методы прерывания беременности в первом триместре в сравнении с хирургическими: Комментарий БРЗ (последняя редакция: 15 декабря 2006 г.). Библиотека репродуктивного здоровья ВОЗ; Женева: Всемирная организация здравоохранения.
7. Kulier R, Gülmezoglu AM, Hofmeyr GJ, Cheng LN, Campana A. Medical methods for first trimester abortion. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007 г., Issue 4. Art. No.: CD002855. DOI: 10.1002/14651858.CD002855.pub3.