

Практика применения медикаментозного аборта в мире

© Е.И. БАРАНОВСКАЯ

УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск, Республика Беларусь

В статье представлены данные о применении в разных странах искусственного аборта с последовательным использованием двух фармакологических средств — блокатора прогестероновых рецепторов мифепристона и синтетического аналога простагландина E1 мизопростола (MS2-Step). Данные собраны за период 2016—2023 гг. из базы PubMed по ключевому слову mifepristone; использованы открытые документы официальных Web-порталов, национальные руководства.

В странах, где общество толерантно относится к искусственному аборту, наблюдается возрастающая приверженность медикаментозному способу, частота применения которого составляет 87—98% от числа всех абортов. В странах Западной Европы, США, Австралии имеются схожие законодательные основы для применения абортов, но частные вопросы юридического регулирования различны. Особенности практики применения MS2-Step, регламентируемые национальными руководствами, касаются показаний к использованию мифепристона и его дозы, порядка выдачи и получения пациенткой фармакологического средства, предоставления консультационного сопровождения, сертификации персонала-поставщика медицинских услуг, условий для проведения самоуправляемого аборта. Важным преимуществом процедуры MS2-Step, проводимой как самоуправляемый аборт, являются удобство, конфиденциальность, доступность. Срок беременности для самоуправляемого аборта ограничен 9 неделями в Австралии, 10 неделями в Финляндии, 12 неделями в Великобритании. Нормативными документами Великобритании, Финляндии устанавливается, что допустимо прерывание беременности по медицинским показаниям в сроках от 22 до 24 нед, в том числе с использованием мифепристона, в этих случаях предусмотрен фетцид.

Ключевые слова: беременность, аборт, мифепристон, мизопростол.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРЕ:

Барановская Е.И. — <https://orcid.org/0000-0002-2116-4675>, e-mail: elena_baranovska@mail.ru

Автор, ответственный за переписку: Барановская Е.И. — e-mail: elena_baranovska@mail.ru

КАК ЦИТИРОВАТЬ:

Барановская Е.И. Практика применения медикаментозного аборта в мире. *Российский вестник акушера-гинеколога*. 2025;25(1):19–24. <https://doi.org/10.17116/rosakush20252501119>

The practice of using medical abortion in the world

© E.I. BARANOVSKAYA

Belarusian State Medical University, Minsk, Republic of Belarus

The article presents data on the use of artificial abortion in different countries with the sequential use of two pharmacological agents — the progesterone receptor blocker mifepristone and the synthetic prostaglandin E1 analog misoprostol (MS2-Step). The data were collected for the period 2016–2023 from the PubMed database using the keyword «mifepristone», as well as open documents from official Web portals and national guidelines. In countries where society is tolerant of artificial abortion, there is an increasing adherence to the drug method, the frequency of which is 87–98% of all abortions. In the countries of Western Europe, the USA, and Austria, there are similar legislative bases for the use of abortion, but the particular issues of legal regulation are different. The specifics of the practice of using MS2-Step, regulated by national guidelines, relate to indications for the use of mifepristone and its dose, the procedure for issuing and receiving a pharmacological remedy by a patient, providing consulting support, certification of medical service provider personnel, conditions for self-managed abortion. An important advantage of the MS2-Step procedure, performed as a self-administered abortion, is convenience, confidentiality, and accessibility. The gestation period for self-managed abortion is limited to 9 weeks in Australia, 10 weeks in Finland, and 12 weeks in the UK. The regulatory documents of Great Britain and Finland allow termination of pregnancy for medical reasons in the period from 22 to 24 weeks, including with the use of mifepristone, in these cases feticide is provided.

Keywords: pregnancy, abortion, mifepristone, misoprostol.

INFORMATION ABOUT THE AUTHOR:

Baranovskaya E.I. — <https://orcid.org/0000-0002-2116-4675>, e-mail: elena_baranovska@mail.ru

Corresponding author: Baranovskaya E.I. — e-mail: elena_baranovska@mail.ru

TO CITE THIS ARTICLE:

Baranovskaya E.I. The practice of using medical abortion in the world. *Russian Bulletin of Obstetrician-Gynecologist*. 2025;25(1):19–24. (In Russ.). <https://doi.org/10.17116/rosakush20252501119>

Введение

Искусственный аборт — противоречивая тема, затрагивающая разные стороны жизни общества, включая социальные, демографические, юридические, религиозные, права женщин и др. В центре медицинских аспектов искусственного аборта находится безопасность выполнения процедуры с выбором оптимального способа. В настоящее время с целью искусственного прерывания беременности приемлемы два вида вмешательства — хирургическая дилатация цервикального канала с эвакуацией плодного яйца (dilatation and evacuation, D&E) и применение фармакологических средств для индукции аборта.

Для медикаментозного аборта в I триместре беременности Всемирная организация здравоохранения определила как наиболее эффективную и безопасную комбинацию мифепристона и мизопростала [1]. Мифепристон — синтетический стероид, который в низких дозах конкурентно связывает внутриклеточные рецепторы прогестерона и блокирует их, а в высоких дозах блокирует глюкокортикоидные рецепторы. Мизопростол — синтетический аналог простагландина E1.

После официального разрешения в 2000 г. стала стремительно увеличиваться частота применения комбинации мифепристона и мизопростала для искусственного аборта в странах с толерантным отношением общества к абортам. По данным Института здравоохранения и социального обеспечения Финляндии, доля медикаментозного способа прерывания беременности в 2000 г. составляла 11%, в 2010 г. — 89%, в 2020 г. — 98,4% [2]. В Англии и Уэльсе в 2021 г. 99% абортс финансировались Национальной службой здравоохранения, а 87% абортс были медикаментозными [3].

Цель работы — представить опыт выполнения искусственного медикаментозного аборта в разных странах по данным литературы и официальных открытых источников.

Материал и методы

За период 2016—2023 гг. проведен поиск опубликованных источников в базе данных PubMed по ключевому слову *mifepristone*. Применены следующие фильтры: полный свободный доступ, книги и документы, клинические испытания, метаанализы, рандомизированные контролируемые испытания, обзоры и систематические обзоры. Поиск завершен 28.11.2023. Всего найдено 98 источников. Удалены публикации без фактических данных, удовлетворяющих цели обзора. В обзор включены 15. Дополнительно были включены данные официальных Web-порталов, национальных руководств, статьи из актуальных гиперссылок — всего 21 ссылка.

Термины. *Медикаментозный аборт* — нехирургическая процедура прерывания беременности (до срока жизнеспособности плода) с применением фармакологических препаратов.

MS2-Step — процедура медикаментозного аборта с применением двух фармакологических препаратов (мифепристон и мизопростол), выполняемая в 2 шага.

Самоуправляемый аборт (self-managed abortion, SMA) — самостоятельное управление пациенткой своим состоянием в процессе медикаментозного аборта и после его завершения вне лечебного учреждения.

Фетицид — инъекция дигоксина или хлорида калия плоду в сердце или инъекция дигоксина в амниотическую полость с целью остановки сердца плода перед абортом.

Опыт выполнения искусственного медикаментозного аборта в различных странах

История. Создание и продвижение на рынке мифепристона подвержено социальному, политическому, экономическому влиянию и неразрывно связано с противоречиями в общественных движениях за и против абортов.

Мифепристон — непатентованное наименование фармацевтического препарата, которому изначально было присвоено наименование RU-486 по названию компании Roussel-Uclaf, где он был синтезирован группой исследователей в 1980 г., с добавлением трех последних цифр его серийного номера — 38486. После клинических испытаний RU-486 официально был разрешен в 1988 г. к применению во Франции для прерывания беременности ранних сроков. Коммерциализация RU-486 совпала по времени с началом общественных кампаний против абортов. Уже месяц спустя после выпуска в продажу фармакологического средства оно было отозвано под давлением общества, выступившего против обыденности применения аборта во Франции. Это стало сдерживающим фактором распространения RU-486 на рынке Германии, где располагается Hoechst, являющаяся материнской компанией Roussel-Uclaf. Лишь в 2000 г. по разрешению Агентства по лекарственным средствам Германии мифепристон появился на фармацевтическом рынке, и к концу этого же года был вынесен вердикт о его экономической нецелесообразности, так как медикаментозный аборт получил мощное сопротивление со стороны общества и церкви [4]. Напротив, в США в ответ на судебные решения по ограничению производства абортов, принятые в 1989—1992 гг. в отдельных штатах, возникла реакция общества в защиту фундаментальных прав женщин, и с 1993 г. в США отношение к абортам стало либеральным. Нарастание производства RU-486 и его распространение в США вызвали заинтересованность Совета по народонаселению (Population Council) доступностью безопасного аборта для жителей развивающихся стран. Компания-разработчик Roussel-Uclaf передала патентные права на RU-486 Совету по народонаселению и отказалась от ответственности за качество продукта [5].

После клинических испытаний, проведенных в 90-х годах прошлого века в США, оригинальный мифепристон впервые в 2000 г. был одобрен Управлением по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов США (US Food and Drug Administration, FDA) для прерывания беременности в сроке до 49 дней. В последующем рекомендации FDA расширялись: в 2016 году мифепристон был разрешен к применению в сроке беременности до 70 дней, в 2019 году одобрен дженерик мифепристона [6, 7]. Спустя 22 года, в январе 2023 г. возник судебный процесс, в котором Альянс медицины Гиппократ (Alliance for Hippocratic Medicine) выдвинул обвинение в адрес FDA в несоблюдении Федерального закона США о пищевых продуктах, лекарствах и косметических средствах и на основании этого требовал отозвать с рынка мифепристон. В результате судебной тяжбы было приостановлено действие разрешения для дистанционного заказа мифепристона и его приобретения через почтовые услуги [8].

Применение. Согласно инструкции к применению оригинального средства в США, пересмотренной в 2016 г., мифепристон назначается для прерывания беременности в сроке до 70 дней в комбинации с мизопростолом (MS2-Step) [9]. Наибольшая эффективность и безопасность MS2-Step подтверждена при применении в сроки беременности 49–70 дней [6, 7, 10–15].

Порядок получения мифепристона/мизопростола пациенткой, место проведения медикаментозного аборта регламентируют национальные нормативные документы. В большинстве стран, разрешающих применение MS2-Step, медицинские работники получают специальное обучение и сертификат на выполнение медикаментозного аборта, включая предоставление подробной информации пациентке, выдачу фармакологического средства, консультационное сопровождение, контролирование безопасности и эффективности. Для самоуправляемого медикаментозного аборта возможны два варианта приема пациенткой фармакологического средства: 1) мифепристон и мизопростол без присмотра врача; 2) мифепристон в присутствии медицинского работника, а затем мизопростол самостоятельно дома [1].

Согласно рекомендации производителя лекарственного средства с целью прерывания беременности раннего срока следует принять внутрь 200 мг мифепристона, а затем в интервале 24–48 ч принять мизопростол однократно 4 таблетки по 200 мкг буккально, положив по 2 таблетки в каждый защечный мешок до полного их рассасывания. Мизопростол пациентка может принять дома, имея дистанционную связь с медицинским работником. Действие простагландина инициирует сокращения матки, отторжение и экспульсию плодного яйца, что может занимать значительное время, сопровождается тазовой болью и наружным кровотечением. Возможны побочные эффекты действия простагландина: плодное яйцо может частично остаться в матке, что вызовет необходимость хирургического его удаления, а в 3–5% случаев метод MS2-Step бывает неэффективным, и беременность продолжает развиваться [7, 12, 14, 15].

В США мифепристон применяется в рамках программы стратегии оценки и снижения рисков (risk evaluation and mitigation strategy — REMS), названной Mifepristone REMS Program, измененной FDA в январе 2023 г. Мифепристон может быть выдан пациентке только врачом, имеющим сертификат, или сертифицированной аптекой, в которую был направлен рецепт. Врач обязан дать пациентке подробные разъяснения о режиме приема таблеток, возможных побочных реакциях, сообщить контакты с поставщиком медицинской помощи и заключить с пациенткой соглашение [16].

В Австралии медикаментозный аборт выполняют в сроке до 9 нед, режим приема фармакологического средства аналогичен рекомендациям производителя оригинального средства. До выполнения MS2-Step необходимо посетить сертифицированного специалиста, которым может быть врач общей практики, получивший специальное обучение и зарегистрированный для назначения мифепристона и мизопростола. По состоянию на 2021 г. в Австралии зарегистрированы 2850 из 41 тыс. врачей общей практики для назначения MS2-Step [17]. В системе здравоохранения Австралии приобретение мифепристона субсидируется государственной программой Pharmaceutical Benefits Scheme, а оставаясь вне лечебного учреждения в процессе

аборта, пациентка может получить сопровождение в формате телемедицины [18].

В Великобритании действует Закон об абортах — Abortion Act 1967, требования которого приведены в соответствии с современным здравоохранением [19], а также профессиональные рекомендации, включая руководство Национального института здравоохранения и совершенствования медицинской помощи (National Institute for Health and Care Excellence, NICE) о порядке выполнения аборта Abortion care [20–22]. В соответствии с национальным законодательством Великобритании искусственный аборт может быть предпринят в сроке не больше 24 нед по основаниям, которые установили два добросовестных врача. Возможен SMA методом MS2-Step в сроке до 10 нед, причем в Англии и Уэльсе с 2020 г. временно было разрешено принимать дома оба фармакологических средства и в 2021 г. в 52% случаев от всех абортов оба средства пациентки принимали дома. С 2022 г. это разрешение стало постоянным [3]. Руководство Королевского общества акушеров и гинекологов Великобритании (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists) допускает MS2-Step до 12 нед в домашних условиях с использованием средств телемедицины для консультаций пациентки, а также по медицинским показаниям в сроке до 24 нед с выполнением процедуры в больнице [23]. Согласно инструкции по применению в Великобритании существует 4 показания для использования мифепристона: 1) медикаментозное прерывание развивающейся внутриматочной беременности в сроке до 63 дней аменореи; 2) размягчение и расширение шейки матки перед D&E в I триместре; 3) подготовка к действию аналогов простагландинов при прерывании беременности по медицинским показаниям после I триместра; 4) индукция родов при антенатальной смерти плода [24].

В Финляндии согласно действующему законодательству искусственный аборт может быть выполнен по заявлению пациентки в сроке $\leq 12^{+0}$ нед или по решению двух врачей при угрозе жизни пациентки в любом сроке. По показаниям с разрешения Государственной контрольно-надзорной службы социального обеспечения и здравоохранения (Valvira) беременность может быть прервана в сроке от 12^{+1} до 20^{+0} нед, а в случае аномалий развития плода возможно прерывание беременности до 24^{+0} нед [2, 25]. На всех сроках разрешено использование MS2-Step, но проведение SMA возможно до 10 нед, и в этом случае пациентка принимает мифепристон в больнице в присутствии медицинского работника, а последующий прием мизопростола может быть дома или в больнице. После приема мизопростола в больнице продолжается наблюдение за пациенткой в течение 4 ч [2]. В нормативных документах Финляндии, Великобритании предусмотрено введение фетицида, если беременность прерывается в сроке $\geq 22^{+0}$ нед [2, 3, 20].

В Германии аборт разрешен, и законодательство снижает ограничения: 96,7% абортов выполняются амбулаторно; в 2020 г. в связи с пандемией коронавирусной инфекции был использован опыт Великобритании при применении телемедицины; в 2022 г. Бундестаг отменил статью уголовного наказания за публичное распространение информации об абортах. При этом по статистическим данным за 2021 г. медикаментозные аборт с применением мифепристона составляли 32,3% от общего числа абортов, MS2-Step проводился амбулаторно в сроке до 49 дней, и мизопростол женщина могла принимать дома [26].

В Российской Федерации и Республике Беларусь в показаниях к назначению дженерика мифепристона входят следующие: медикаментозное прерывание беременности при совместном назначении аналогов простагландинов, а также подготовка и индукция родов (как при мертвом, так и при живом плоде). В обеих странах для прерывания беременности в сроке до 42 дней аменореи одинаково регламентированы доза двух компонентов MS2-Step и способ введения второго компонента в отличие от оригинального средства: мифепристон 600 мг однократно внутрь, затем через 36–48 ч мизопростол 400 мг интравагинально [27, 28].

Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.10.2020 №1130н предусмотрено выполнение медикаментозного аборта в сроке до 12 нед, который «проводится врачом акушером-гинекологом в амбулаторных условиях или в условиях дневного стационара с обязательным наблюдением женщины не менее 1,5–2 ч после приема лекарственных препаратов». Искусственное прерывание беременности по медицинским показаниям во II триместре в сроках до 22 нед выполняется только в стационаре. Допустимо также искусственное прерывание беременности сроком более 22 нед с проведением фетотомии [29]. Клинический протокол, утвержденный постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь 19.02.2018 №17, регламентирует медикаментозное прерывание беременности с назначением мифепристона и мизопростола в сроках до 21⁺⁶ нед [30].

Преимущества медикаментозного аборта и риски, связанные с его выполнением

Веские преимущества применения MS2-Step связаны с выполнением самоуправляемого аборта, когда пациентка остается дома, что обеспечивает конфиденциальность, домашний комфорт, получение сопровождения или консультаций специалиста on-line, меньшую стоимость процедуры. Один из аргументов в пользу SMA — доступность медицинского аборта в странах с ограниченными ресурсами. Кокрейновский отчет об оценке эффективности и безопасности медикаментозного аборта в сроке гестации до 9 нед включил всего 18 исследований, найденных в базах данных с даты их создания и до 10.07.2019, из которых 16 исследований были выполнены в 9 странах Азии, Африки, Европы с низким или средним уровнем дохода населения, и 2 исследования во Франции, где уровень доходов высокий. Данный отчет с участием 11 043 беременных показал одинаково высокую успешность MS2-Step при поддержке поставщиками медицинских услуг (96%) или пациентками самостоятельно (93–97%) [31]. При этом поставщиками медицинских услуг наряду с гинекологами были терапевты, медсестры, студенты-бакалавры медицины, парамедики, обученные ведению MS2-Step. Примечательно, что все 16 нерандомизированных исследований, включенных в Кокрейновский отчет, имели очень низкую достоверность доказательств и серьезные риски предвзятости.

Медикаментозный аборт в I триместре

Эффективность и безопасность применения процедуры MS2-Step тем выше, чем меньше срок беременности, с максимальным эффектом в сроке до 49 дней [7, 12–15, 32].

В связи с этим проблематично предварительное подтверждение по данным ультразвукового исследования (УЗИ) локализации плодного яйца для исключения эктопической беременности. Выполнение УЗИ предполагает дополнительные визиты к врачу, тогда как SMA относят к вескому преимуществу MS2-Step. В рамках разработки руководства NICE Abortion care эксперты Великобритании не нашли различий по частоте трех возможных событий: пропущенной внематочной беременности, продолжающейся беременности и успешно заверщенного искусственного аборта при сравнении методов D&E и MS2-Step у пациенток с применением и без применения УЗИ. Поэтому рекомендации NICE допускают возможность использования MS2-Step без доказательства внутриматочной беременности с помощью УЗИ при условии отсутствия симптомов эктопической беременности и последующего подтверждения свершившегося аборта путем визуализации хориона, с информированием пациентки о возможной необходимости дополнительного визита к врачу [33]. При выполнении MS2-Step имеется риск обильного кровотечения и развития инфекции, частота которых зависит от срока гестации. Хирургическое вмешательство в связи с кровотечением требуется в 0,5% наблюдений при медикаментозном аборте в сроки 57–63 дня и в 2,5% — в сроки 64–70 дней [14]. Частота гемотрансфузии составляет от 0,05% [7] до 0,4% [14]. Инфекция как осложнение медикаментозного аборта диагностирована с частотой от 0,5–0,9% [7] до 4,4% [14].

В 2018 г. Американский колледж акушеров и гинекологов (ACOG) рекомендовал применение MS2-Step при остановке развития эмбриона для индукции выкидыша аналогично медикаментозному аборту [34].

Медикаментозный аборт во II триместре

Применение мифепристона и мизопростола для прерывания беременности во II триместре не обозначено в инструкции к применению оригинального средства, однако используется в ряде стран в соответствии с национальными руководствами. Оценка безопасности медикаментозного аборта в сроки 12–28 нед, сделанная на основании рандомизированных исследований из 23 стран и 6 регионов разных континентов, показала общую частоту тяжелых осложнений, включающих необходимость госпитализации после аборта, гемотрансфузии, хирургического вмешательства или смерть, равную 1,7% (106 наблюдений из 6313). Разрыв матки произошел у одной пациентки из 172 с рубцом на матке (0,06%) [34].

Однократная доза мифепристона 200 мг может быть использована в качестве дополнения к осмотическим дилататорам шейки матки при выполнении искусственного аборта в сроке от 19 до 23⁺⁶ нед [35]. Этот метод ставит целью подготовку шейки матки для инструментальной эвакуации продукта зачатия и сокращает время хирургического вмешательства [36].

Заключение

На ранних сроках беременности медикаментозный аборт с применением двух фармакологических средств — мифепристона и мизопростола (MS2-Step) — является эф-

фективной и безопасной альтернативой для пациенток. Важным преимуществом способа MS2-Step, проводимого как самоуправляемый аборт, являются удобство, конфиденциальность, доступность. В странах с толерантным отношением к искусственному аборту женщины предпочитают

медикаментозный способ прерывания беременности. Перспективным направлением при использовании мифепристона является изучение его эффективности при гинекологических заболеваниях, контрацепции, а также безопасности применения для индукции родов.

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Author declare lack of the conflicts of interests.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Medical management of abortion. Geneva: World Health Organization; 2018.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK536779/> Access date 20.12.2023
2. Finnish National guideline on Induced abortion. Working group of the Finnish Medical Society Duodecim, the Finnish Society of Obstetrics and Gynaecology. Published: 09.01.2023.
<https://www.kaypahoito.fi/hoi27050> Access date 29.01.2024
3. Abortion statistics for England and Wales: 2021. Updated 02.10.2023.
<https://www.gov.uk/government/statistics/abortion-statistics-for-england-and-wales-2021/abortion-statistics-england-and-wales-2021> Access date 30.01.2024
4. Tufts A. Abortion pill withdrawn in Germany after financial losses. *Br Med J*. 2000;321:7268:1041.
5. Pinho Elizabeth. The Story of RU-486 in the United States (2001 Third Year Paper). Harvard Library Office for Scholarly Communication.
<https://nrs.harvard.edu/urn-3:HUL.InstRepos:8889480> Access date 20.12.2023
6. Tanne JH. US federal court upholds limits on abortion drug mifepristone. *Br Med J*. 2023;382:1924.
<https://doi.org/10.1136/bmj.p1924>
7. Beaman J, Prifti C, Schwarz EB, Sobota M. Medication to Manage Abortion and Miscarriage. *J Gen Intern Med*. 2020;35:8:2398-2405.
<https://doi.org/10.1007/s11606-020-05836-9>
8. United States District Court for the Northern District of Texas Amarillo Division. Alliance for Hippocratic Medicine, et al., Plaintiffs, v. U.S. Food and Drug Administration, et al., Defendants. Case No. 2:22-cv-00223-Z.
<https://www.justice.gov/file/1563091/download>. Access date 22.12.2023
9. Highlights of prescribing information mifeprex® (mifepristone) tablets, for oral use Initial U.S. Approval: 2000/
https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2016/020687s020tbl.pdf. Access date 20.12.2023
10. Leichombam R, Bawiskar D. Exploring the safety and efficacy of medical termination of pregnancy: A Comprehensive review. *Cureus*. 2023;15:10:e46444.
<https://doi.org/10.7759/cureus.46444>
11. Shimels T, Getnet M, Shafie M, Belay L. Comparison of mifepristone plus misoprostol with misoprostol alone for first trimester medical abortion: A systematic review and meta-analysis. *Front Global Women's Health*. 2023;4:1112392.
<https://doi.org/10.3389/fgwh.2023.1112392>
12. Zhang J, Zhou K, Shan D, Luo X. Medical methods for first trimester abortion. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2022;5:5:CD002855.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD002855.pub5>
13. Abubeker FA, Lavelanet A, Rodriguez MI, Kim C. Medical termination for pregnancy in early first trimester (≤ 63 days) using combination of mifepristone and misoprostol or misoprostol alone: a systematic review. *BMC women's health*. 2020;20:1:142.
<https://doi.org/10.1186/s12905-020-01003-8>
14. Kapp N, Eckersberger E, Lavelanet A, Rodriguez MI. Medical abortion in the late first trimester: a systematic review. *Contraception*. 2019;99:2:77-86.
<https://doi.org/10.1016/j.contraception.2018.11.002>
15. Schmidt-Hansen M, Pandey A, Lohr PA, Nevill M, Taylor P, Hasler E, Cameron S. Expulsion at home for early medical abortion: A systematic review with meta-analyses. *Acta Obstet Gynecol Scandinavica*. 2021;100:4:727-735.
<https://doi.org/10.1111/aogs.14025>
16. U.S. Food and Drug. Drug Safety and Availability. Update 23.03.2023.
<https://www.fda.gov/drugs/drug-safety-and-availability> Access date 22.12.2023
17. Bateson D, McNamee K, Harvey C. Medical abortion in primary care. *Australian Prescriber*. 2021;44(6):187-192.
<https://doi.org/10.18773/austprescr.2021.050>
18. Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists. The use of mifepristone for medical abortion. Melbourne: RANZCOG; Review due: March 2022 [cited 2024 Jan 03].
<https://ranzcog.edu.au/wp-content/uploads/2022/05/The-use-of-mifepristone-for-medical-abortion.pdf>. Access date 03.01.2024
19. Guidance in Relation to Requirements of the Abortion Act 1967. Department of Health and Social Care UK. Published 23 May 2014.
<https://www.gov.uk/government/publications/guidance-for-doctors-on-compliance-with-the-abortion-act>. Access date 29.01.2024
20. Abortion care. NICE guideline [NG140]. Published: 25 September 2019.
<https://www.nice.org.uk/guidance/ng140/chapter/Recommendations>. Access date 29.01.2024
21. National Guideline Alliance (UK). Misoprostol after mifepristone for inducing medical abortion between 10⁺¹ and 24⁺⁰ weeks' gestation: Abortion care. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); September 2019.
22. National Guideline Alliance (UK). Simultaneous versus delayed mifepristone + misoprostol administration for medical abortion up to 10⁺⁰ weeks' gestation: Abortion care: Evidence review H. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); September 2019.
23. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Best practice in abortion care. Best Practice Paper. Updated March 2022.
<https://www.rcog.org.uk/media/geify5bx/abortion-care-best-practice-paper-april-2022.pdf>. Access date 29.01.2024
24. Electronic medicines compendium NICE. Date of revision of the text 21.11.2022.
Available from: <https://www.medicines.org.uk/emc/product/3783/smpc>. Access date 29.01.2024

25. Act (1097/2022) amending the law on termination of pregnancy [Laki (1097/2022) raskauden keskeyttämisestä annetun lain muuttamisesta. (In Finnish)] Published: 20.12.2022.
<https://finlex.fi/fi/laki/alkup/2022/20221097>. Access date 30.01.2024
26. Prütz F, Hintzpeter B, Krause L. Abortions in Germany — Current data from the statistics on terminations of pregnancy. *J Health Monitor*. 2022;7:2:39–47.
<https://doi.org/10.25646/9956>
27. Государственный реестр лекарственных средств Российской Федерации.
<https://grls.rosminzdrav.ru/GRLS.aspx>. Дата доступа 06.02.2024
State Register of Medicines of Russia. (In Russ.).
28. Государственный реестр лекарственных средств Республики Беларусь.
https://www.rceth.by/Refbank/reestr_lekarstvennih_sredstv/results. Дата доступа 06.02.2024
State Register of Medicines of Belarus. (In Russ.).
29. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.10.2020 № 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» (Зарегистрирован 12.11.2020 №60869).
<https://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202011130037>
Дата доступа 06.02.2024
Order of the Ministry of Health of the Russian Federation dated October 20, 2020 No. 1130n “On approval of the Procedure for providing medical care in the field of obstetrics and gynecology” (Registered November 12, 2020 No. 60869). (In Russ.).
30. Клинический протокол «Медицинское наблюдение и оказание медицинской помощи женщинам в акушерстве и гинекологии» (утвержден постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 19.02.2018 № 17).
<https://minzdrav.gov.by/ru/dlya-spetsialistov/standarty-obsledovaniya-i-lecheniya/akusherstvo-ginekologiya.php> Дата доступа 10.02.2024
Guidelines “Medical care to women in obstetrics and gynecology” (approved by Order of the Health Ministry of Belarus dated February 19, 2018 No. 17). (In Russ.).
31. Gambir K, Kim C, Necastro KA, Ganatra B, Ngo TD. Self-administered versus provider-administered medical abortion. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2020;3:3:CD013181.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD013181.pub2>
32. Schmidt-Hansen M, Lord J, Hasler E, Cameron S. Simultaneous compared to interval administration of mifepristone and misoprostol for medical abortion up to 10⁺⁰ weeks’ gestation: a systematic review with meta-analyses. *BMJ Sex Reprod Health*. 2020;46:4:270–278.
<https://doi.org/10.1136/bmjsex-2019-200448>
33. Schmidt-Hansen M, Cameron S, Lord J, Hasler E. Initiation of abortion before there is definitive ultrasound evidence of intrauterine pregnancy: A systematic review with meta-analyses. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2020;99:4:451–458.
<https://doi.org/10.1111/aogs.13797>
34. Boos EW, Horta M, Thompson I, Dusetzina SB, Leech AA. Trends in the Use of Mifepristone for Medical Management of Early Pregnancy Loss From 2016 to 2020. *JAMA*. 2023;330:8:766–768.
<https://doi.org/10.1001/jama.2023.13628>
35. Ralph JA, Shulman LP. Adjunctive agents for cervical preparation in second trimester surgical abortion. *Advances Ther*. 2019;36:6:1246–1251.
<https://doi.org/10.1007/s12325-019-00953-2>
36. Whitehouse K, Brant A, Fonhus MS, Lavelanet A, Ganatra B. Medical regimens for abortion at 12 weeks and above: a systematic review and meta-analysis. *Contraception: X*. 2020;2:100037.
<https://doi.org/10.1016/j.conx.2020.100037>

Поступила 20.02.2024

Received 20.02.2024

Принята к печати 25.03.2024

Accepted 25.03.2024