

Клинический взгляд на методы прерывания беременности в сроке 12–22 нед

П.Н. Веропотвелян¹, Т.Т. Нарытник², Н.П. Веропотвелян¹, Е.П. Смородская¹, И.В. Гужевская²

¹ОКУ «Межобластной центр медицинской генетики и пренатальной диагностики», г. Кривой Рог

²Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца, г. Киев

В статье представлены современные принципы прерывания беременности в сроке 12–22 нед. Проанализировано и изучено множество публикаций доказательных результатов особенностей техники, преимуществах, рисках и эффективности различных методов прерывания беременности, осуществившихся на базах данных королевской коллегии RCOG Великобритании, результатов исследований ВОЗ и американской коллегии акушеров и гинекологов (ACOG, США) 2011–2012 гг. У нас в стране необходимо руководствоваться приказом Минздрава Украины № 423 от 24.05.2013 г. для прерывания беременности на поздних сроках.

Ключевые слова: беременность, методы прерывания в сроке 12–22 нед, медикаментозный аборт, хирургический аборт.

В клинической практике прерывание беременности в поздние сроки является важной проблемой. Негативные последствия аборта и важность дальнейшего сохранения репродуктивной функции обуславливают актуальность вопросов профилактики и ранней коррекции различных нарушений после прерывания беременности [18].

Основной задачей практического врача является внедрение безопасной технологии. Цель нашей работы показать определенные трудности перехода от устаревших методов прерывания беременности в сроке 12–22 нед к современным технологиям.

В основу проведенного исследования был положен приказ № 423 от 24.05.2013 г. «Про затвердження Порядку надання комплексної медичної допомоги вагітній жінці під час небажаної вагітності, форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення», а также изучение многочисленных публикаций, для ознакомления широкого круга врачей акушеров-гинекологов, анестезиологов с особенностями методов прерывания беременности в поздние сроки.

Медико-социальная значимость аборта определяется его высокой распространенностью, значительным удельным весом в структуре причин материнской смертности, гинекологической заболеваемости, в том числе бесплодия, в условиях сложившейся демографической ситуации в стране.

Осуществляется поиск результатов в базах Cochrane Collaboration, PubMed, Medline, на сайтах ВОЗ, Королевской коллегии (RCOG, Великобритания) и Американской коллегии акушеров-гинекологов (ACOG, США), Национальной федерации абортотерапии (NAF, США), Управления по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных препаратов (FDA, США).

Согласно публикаций, по данным официальной статистики, общее число прерывания беременности в странах Европы в I триместре составляет от 32,2% в 2012 г. В России этот показатель достигает до 95,8% [4], в то же время прерывание беременности с 12-й до 22-й недели низкий – всего 4,2%.

Д. Гроссман и соавторы [5] разъясняют, что это связано с задержкой диагностики пороков развития плода, возникнове-

нием медицинских показаний со стороны матери, а также несвоевременным (поздним) выявлением нежелательной беременности при наличии медицинских или социальных показаний к ее прерыванию. В России в сравнительном анализе показано, что за 2011–2012 гг. выявлен наибольший прирост числа абортотерапии в сроке 12–21 нед, при этом по медицинским показаниям – 39,5%, среди последних преимущественно в связи с врожденными пороками развития плода – 72,4%. Число прерываний беременности по материнским показаниям увеличилось на 15,5%, годовой прирост числа самопроизвольных абортотерапии в этом сроке составил 19,1%. Число всех остальных абортотерапии по социальным показаниям, криминальных и внебольничных – сократилось за 2011–2012 гг., соответственно на 58,7%, 21,5% и 6%, продолжая устойчивую тенденцию прежних лет [9]. В Украине в 2013 г. зарегистрировано 2137 случаев прерывания беременности в сроке 12–22 нед беременности, что на 8% меньше по сравнению с 2009 г. (2309 случаев) (рис. 1).

Частота криминальных абортотерапии в Украине за 2013 г. – 5 случаев, что на 70% меньше по сравнению с 2009 г. (13 случаев) (рис. 2).

Особенно часто осложнения возникают после хирургического прерывания беременности во II триместре – осложнения связывают как с механическим повреждением эндометрия и последующей воспалительной реакцией, так и с выраженными гормональными сдвигами, обусловленными вначале физиологическими изменениями, вызванными развивающейся – прогрессирующей беременностью, а затем инструментальным ее прерыванием. Вот поэтому осложнения после медицинского прерывания в позднем сроке имеют столь широкий спектр проявлений, кроме травматических нарушений сократительной способности матки – кровотечений. К наиболее частым осложнениям относят нарушения менструального цикла, бесплодие смешанного генеза, развитие миомы матки, прогрессирование эндометриоза, дисгормональные заболевания грудных желез, формирование и прогрессирование психовегетативного синдрома, метаболических расстройств, депрессию.

Несмотря на то что прерывание беременности в 12–22 нед проведено высококвалифицированным специалистом технически идеально, достаточно часто это приводит к развитию различных осложнений, которые неблагоприятно сказываются на здоровье пациентки [16].

Прерывание беременности в сроке более 12 нед Минздрав Украины, ВОЗ, RCOG рекомендуют как хирургическим (дилатация и эвакуация), так и медикаментозным методами [1].

В развитых странах дилатация, эвакуация и медикаментозная стимуляция с применением мифепристона и мизопростона (или только мизопростона в тех странах, где мифепристон – не доступен) стали наиболее распространенными технологиями абортотерапии во II триместре, тем не менее относительная распространенность их по странам различна [2].

П. Лор [3] отмечает, что в США преобладает метод дилатации и эвакуации, применяемый в 99% в сроке беременности 13–15 нед, в 95% – в сроке 16–20 нед и в 85% – в сроке 21 нед и более.

Г. Дикке, И. Сахаутдинова [9] в своей работе отмечают, что аналогично этот метод является предпочтительным при прерывании 75% аборт в сроке беременности более 13 нед в Англии и Уэльсе, также широко распространен в Нидерландах, Франции и отдельных частях Австралии. Авторы [9] отмечают, что, напротив, в странах Скандинавии, Шотландии и Вьетнаме большинство аборт во II триместре выполняются медикаментозным методом. По данным статистического анализа Countries abortion profile ICMA, в Канаде медикаментозный аборт доступен ограниченно и только с использованием мизопростола, так как применение мифепристона не утверждено нормативными документами.

В Китае широко используют медикаментозный аборт, а также дилатацию и эвакуацию [6]. В России [1, 2, 13] несмотря на то, что интраамниальное введение гипертонического раствора, интра- или экстраамниальное введение простагландинов или внутривенное введение высоких доз окситоцина с последующим выскабливанием полости матки большой кюреткой в настоящее время не рекомендуется, эти методы в некоторых лечебных учреждениях продолжают практиковаться.

Медикаментозный метод пока применяют ограниченно, в основном в рамках научно-исследовательских программ, а в клинической практике – в единичных лечебно-профилактических учреждениях на основе местных нормативных документов [9].

При анализе результатов ряда исследований Р. Lohr и соавторы [7], N. Карр и соавторы [8] продемонстрировали, что **дилатация и эвакуация** означает эвакуацию содержимого полости матки с помощью абортных щипцов после предварительного расширения канала шейки матки с использованием медикаментозных средств (мифепристон и мизопростол), механических (расширители Гегара) или осмотических расширителей (ламинарии, дилапан). Осложнения могут возникнуть вследствие травмирования матки или шейки, недостаточного сокращения матки после удаления плода, неполного аборта – кровопотеря (более 500 мл).

По данным мировой литературы, частота такого осложнения составляет не более 0,9%, из них необходимость трансфузии крови возникает в 0,09–0,7% случаев. Повторное хирургическое вмешательство после неполного аборта колеблется в пределах 0,05–0,4%, частота кровотечений, связанных с разрывом шейки матки, составляет 0,1–0,2%.

Безусловно, риск кровотечения возрастает с увеличением срока беременности. Разработанные методы, направленные на снижение кровопотери, включают применение препаратов, стимулирующих сокращение матки, окситоцина или производных спорыньи и, кроме того, местных сосудосуживающих средств.

Таковыми препаратами являются окситоцин (0,5–1,0 мл) или метилэргометрин (1 мл), их можно вводить в виде болюсной внутримышечной, внутривенной или интрацервикальной инъекцией в начале или в конце проведенной операции. Как известно, перед хирургическим вмешательством вводят путем пара- или интрацервикальной инъекции вазопрессин.

Потенциально серьезным осложнением во II триместре хирургического аборта является перфорация матки, которая регистрируется в 0,2–0,4%. Как правило, для устранения данного осложнения необходима лапаротомия, в некоторых случаях – гистерэктомия. Известно, что проведение рутинного метода ультразвукового контроля при дилатации и эвакуации способствует снижению частоты перфораций. А также необходимо учесть, что для его профилактики важно квалифицированное расширение канала шейки матки и наблюдение за правильным положением инструментов.

Следует помнить, что недооценка срока гестации также связана с возможностью перфорации, для этого важно его точное определение.

Частота инфекционных осложнений метода составляет 0,8–2%. В настоящее время в клинической практике использование бесконтактной технологии (методика «неприкосновения» инструментария к окружающим нестерильным тканям) и профилактическое назначение антибиотиков способствует значительному снижению относительного риска инфекции (0,58; 95% ДИ 0,47–0,71).

По мнению Г. Дикке и соавторов [9], хирургический аборт во II триместре следует выполнять с внутривенным введением седативных средств легкого или глубокого воздействия либо с применением местной анестезии, вводимой пара- или интрацервикально, в сочетании с противовоспалительными препаратами, наркотиками или анксиолитиками. Уровень серьезных осложнений анестезиологического пособия составляет 0,72 на 100 аборт при общей анестезии и 0,31 на 100 аборт при местной анестезии.

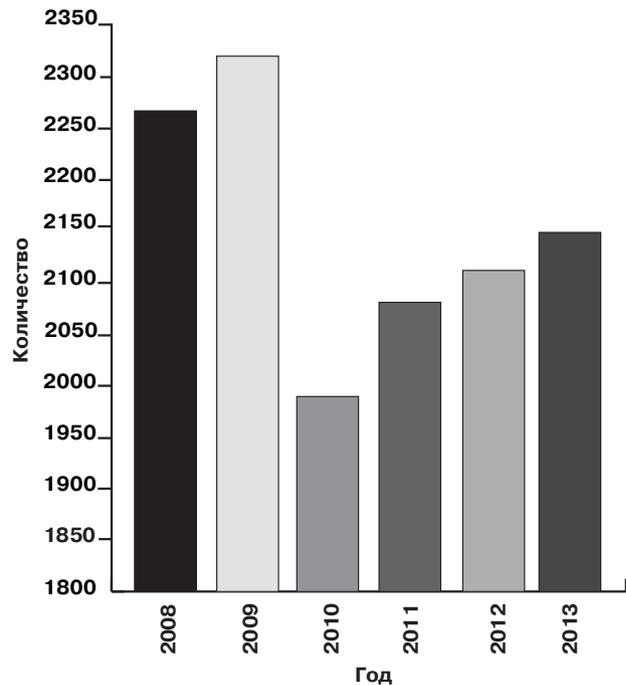


Рис. 1. Частота медицинских аборт в Украине в сроке 12–22 нед за 2008–2013 г.

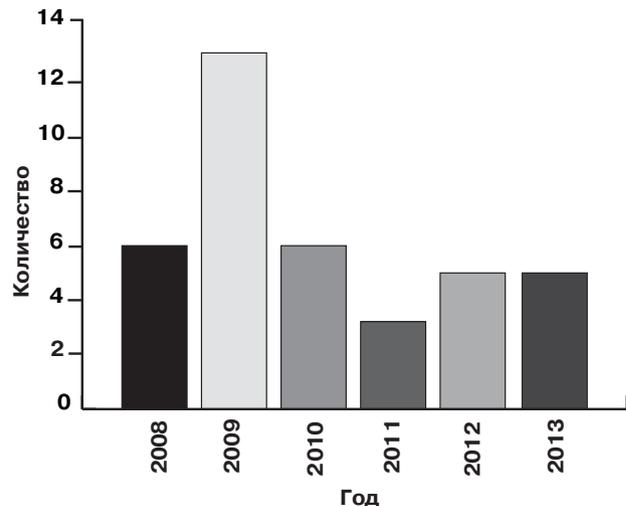


Рис. 2. Частота криминальных аборт в Украине за 2008–2013 г.

Современные схемы медикаментозного аборта в I и II триместрах (до 22 нед беременности), имеющие доказанную эффективность (ВОЗ, 2012 г.) [9]

Режимы	Сроки	Критерии доказательности	Настоятельность рекомендаций
Мифепристон 200 мг перорально Мизопростол 400 мкг перорально (или вагинально, буккально, сублингвально) через 24–48 ч	До 49 дней	A	Высокая
Мифепристон 200 мг перорально Мизопростол 800 мкг вагинально (или под язык, или буккально) через 36–48 ч	50–63 дней	A	Высокая
Мифепристон 200 мг перорально Мизопростол 800 мкг вагинально через 36–48 ч и далее по 400 мкг вагинально или под язык каждые 3 ч до 4 доз	64–84 дней	B	Низкая
Мифепристон 200 мг перорально. Мизопростол 800 мкг вагинально или 400 мкг внутрь через 36–48 ч и далее по 400 мкг вагинально или под язык каждые 3 ч до 4 доз	13–22 недели	B	Высокая

Медикаментозный метод ВОЗ (2012) [2]. Проведены многочисленные исследования, на основании которых были разработаны рекомендованные схемы медикаментозного прерывания беременности для использования в странах, где аборт разрешен законом, в сроках до 22 нед беременности.

Основанием этих рекомендаций являются доказательства и клинические руководства таких авторитетных организаций, как ACOG, A clinician’s guide to medical and surgical abortion: NAF’s textbook, 2012) [10], и European Medicines Agency in 2007 (Европейское Медицинское Агентство) [11].

По результатам исследования разных авторов, эффективность применения мифепристона с использованием рекомендованных схем составляет до 98,9%. ВОЗ рекомендует как хирургический (дилатация и эвакуация) – уровень доказательности A (доказательства, основанные на рандомизированных контролируемых исследованиях), так и медикаментозные методы – уровень доказательности B (доказательства, основанные на других надежных экспериментальных или наблюдательных исследованиях). Современные схемы проведения медикаментозного аборта в I и II триместрах в сроке до 22 нед представлены в таблице.

ВОЗ Женева 2013 г. [12], учитывая значимость препаратов мифепристон (с 2005 г.) и мизопростол (с 2009 г.) для эффективного и безопасного прерывания непланируемой беременности, включила в перечень основных лекарственных средств.

Исходя из многочисленных публикаций и международных клинических рекомендаций, основанных на доказательствах и протоколах, прерывание беременности в сроки 13–22 нед предусматривает прием препарата мифепристон в дозе 200 мг (1 таблетка) однократно внутрь под контролем врача.

В течение 36–48 ч осуществляли динамическое наблюдение

за пациенткой. Затем через 24–48 ч проводят осмотр женщины, и если аборт не произошел, вводят препарат мизопростол 400 мг внутрь или 800 мкг однократно интравагинально, после чего мизопростол вводят повторно в дозе 400 мкг сублингвально каждые 3 ч (максимальное число пероральных доз – 5). Врач в условиях стационара проводит динамическое наблюдение за пациенткой до изгнания плода. Средний интервал между началом стимуляции и абортом составляет 5,9–6,6 ч [9]. O. Tang и соавторы [13] сообщают, что интервал увеличивается с увеличением срока беременности (95% ДИ от 2,52 до 0,89, $p=0,0001$), с увеличением возраста ($p=0,0001$) и у первобеременных пациенток (95% ДИ от 0,25 до 1,01, $p=0,0001$).

Достижимый положительный эффект в среднем составляет 97–98% случаев после введения исключительно мифепристона аборт происходит приблизительно у 0,2–0,4% пациенток.

Во II триместре после медикаментозного аборта хирургическое выскабливание полости матки не требуется. P. Ashok и соавторы [14] следует проводить только в том случае, когда имеются клинические признаки неполного аборта (уровень B).

O. Tang и соавторы [13] в своих исследованиях отмечают, что такая необходимость была в 8,1–11,5% случаев.

В тех случаях, когда аборт не происходит в течение 24 ч мифепристон вводят повторно, после чего повторно вводят вагинально мизопростол. Пациентки, у которых аборт не происходит в течение вторых суток, получают третью дозу мифепристона с последующим введением простагландина. Если аборт у пациентки не наступает в конце вторых суток или на третьи сутки, следует завершить прерывание путем дилатации и эвакуации. Такое побочное осложнение, как кровотечение, в большинстве случаев, не бывает чрезмер-

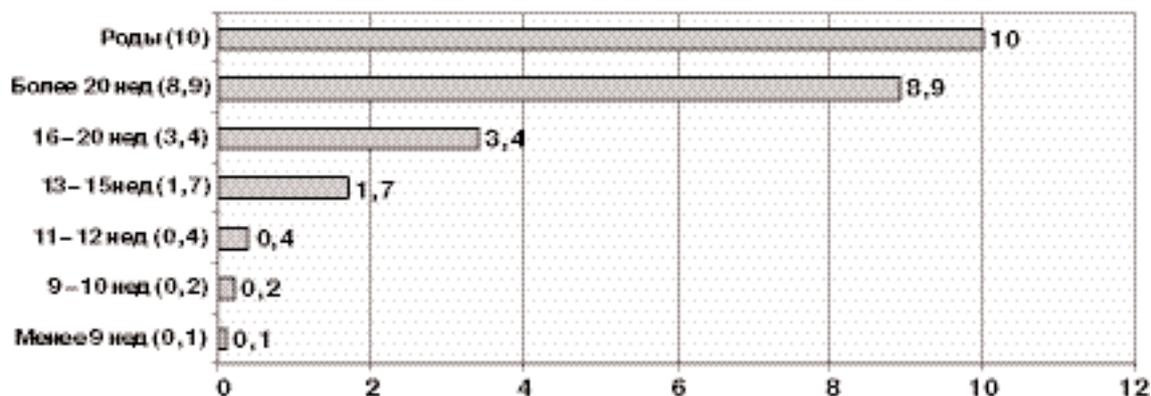


Рис. 3. Уровень смертности в США, 2008 г. (общее количество случаев – 0,7 на 100 000 вмешательств в I триместре, 5–1 – II триместр, 8–9 – более 20 нед)

ным. Кровотечение более 500 мл, требующее переливание крови, наблюдается с частотой около 0,7% [9].

Травматизация (разрыв) шейки матки при медикаментозном аборте, как и при дилатации и эвакуации, составляет не более 0,1–0,2%.

Согласно данным литературы [1, 14], в клинической практике разрыв матки встречается редко (1 случай на 1000 вмешательств) и, как правило, завершаются хирургическим вмешательством.

В публикациях сообщается, что проведение профилактической антибиотикотерапии при медикаментозном аборте не обязательно. Тем не менее, имеются исследования, что базовый риск серьезной инфекции при медикаментозном аборте с 0,093% был снижен до 0,006% при антибиотикопрофилактике.

Применение доксицилина или юнидокс-солютаба во время медицинского аборта, способствовало снижению относительного риска инфекций на 76%.

Множество литературных сообщений 2011–2013 гг. и в особенности рекомендации RCOG подтверждают необходимость такой тактики (уровень С) [1]. Но в тоже время определенный круг исследователей не разделяет такое направление и считают, что антибиотикопрофилактика необходима только для пациенток с высоким риском инфекционных заболеваний, передаваемых половым путем, и развития инфекционных осложнений. Рассмотрение показателей смертности, связанной с абортами, на уровне стран демонстрирует представление о сравнительной безопасности метода.

Необходимо обратить внимание на то, что число женщин, умерших после прерывания беременности, исследователи продемонстрировали в отчетной статистической форме, которое распределено по видам аборта, возрастным группам женщин и срокам беременности.

Об этом свидетельствуют исследования в США, где смертность, связанная с абортом, достаточно низкая. Также было выявлено, что риск смертельного исхода значительно возрастает с увеличением срока беременности (рис. 3). [2]

Из приведенных литературных источников видно [1, 5], что абсолютный риск смертности был достаточно низким, относительный риск смерти при проводимом аборте в сроке 21 нед или позже был более чем в 75 раз выше, чем риск, связанный с абортом в сроке 8 нед.

В этих исследованиях установлено, что 85% смертельных случаев были вызваны различными факторами, а именно: преимущественно кровотечением и инфекцией и приблизительно 15% связаны с косвенными факторами – в основном с эмболией и осложнениями после анестезии [1, 5].

Сравнительные исследования ряда авторов [7, 15, 16] свидетельствуют что дилатация и эвакуация имеют преимущества по сравнению с методами стимуляции матки и по другим показателям безопасности.

Клінічний погляд на методи переривання вагітності в терміні 12–22 тиж

**П.М. Веропотвелян, Т.Т. Наритнік,
М.П. Веропотвелян, І.В. Гужевська**

У статті представлені сучасні принципи особливостей переривання вагітності в терміні 12–22 тиж. Проаналізована і вивчена багаточисельна кількість публікацій доказових результатів особливостей техніки, переваг, ризиків та ефективності різних методів переривання вагітності на базах даних королівської колегії RCOG Великої Британії, результатів досліджень ВОЗ і американської колегії акушерів і гінекологів (ACOG, США) 2011–2012 рр. У нас в країні необхідно керуватися наказом МОЗ України № 423 від 24.05.2013 р. для переривання вагітності на пізніх термінах.

Ключові слова: вагітність, методи переривання у терміні 12–22 тиж, медикаментозний аборт, хірургічний аборт.

Г. Дикке, И. Сахаутдинова [9] считают, что по сравнению со стимуляцией родовой деятельности путем интраамниотического введения физиологического раствора или простагландина F2-альфа, как показали результаты когортных исследований в рамках Совместной программы изучения аборт при Совете по народонаселению (U.N. Population Council) и центра контроля и профилактики заболеваемости (СДС, США), 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 (95,5% ДИ 2,1–15,3). При условии подготовки шейки матки перед вмешательством хирургические аборты во II триместре безопаснее, быстрее и экономически эффективнее, чем методика стимуляции, применявшаяся ранее.

При проведении сравнения различных методов медикаментозного аборта, дилатации и эвакуации по показателям эффективности и частоте осложнений статистически значимых различий выявлено не было [9].

Однако, как указывают Д. Гроссман [5] и К. Гемзель-Дэнилссон [17], пациентки, прерывавшие беременность медикаментозным способом, чаще испытывали один или более побочных 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).

По данным некоторых авторов, несмотря на то, что относительный риск во II триместре осложнений выше, однако абсолютный риск невелик, когда прерывание беременности выполняют (в случае хирургического аборта) или наблюдают (в случае медикаментозного) квалифицированные врачи [5].

Р. Lohr и соавторы [7] отмечают, что в целом медикаментозный аборт рассматривается международными экспертами как существенный резерв в снижении материнской смертности при беременности во всех сроках. Медикаментозный аборт более безопасен и является альтернативой хирургическому прерыванию и в большинстве случаев позволяет избежать риска, связанного с анестезиологическим пособием.

Таким образом, используемые в настоящее время медикаментозные препараты (мифепристон в сочетании с мизопростолом) и хирургические методы выполнения аборта для прерывания беременности во II триместре требуют дальнейших исследований, которые помогут в изучении эффективности, механизма действия и безопасности того или другого метода и, безусловно, достоверности достаточной статистической мощности.

В данный период, основываясь приказом Минздрава Украины № 423 от 24.05.2013, необходимо внедрить современные методы в целях улучшения качества оказания медицинской помощи пациенткам при прерывании беременности в сроке 12–22 нед.

Clinical view of the methods used to interrupt pregnancies of 12–22 weeks

**P.N. Veropotvelyan, T.T. Narytnik, N.P. Veropotvelyan,
E.P. Smorodskaya, I.V. Guzhevskaya**

In article presented the modern principles of peculiarities of abortion in term 12–22 weeks. It was analyzed and learned a lot of publication about evidentiary results of using especially technology, privileges, risks and efficiency of different methods of abortion on base of dates of royal College RCOG of Great Britain, results of American College of Obstetricians and Gynecologist (ACOG, USA) 2011–2012 years. In our country we have to follow the order Ukrainian Ministry of Health № 423 from 24.05.2013 for abortion on later terms.

Key words: pregnancy, methods of abortion in later terms on 12–22 weeks, medicament abortion, surgical abortion.

Сведения об авторах

Веропотвелян Петр Николаевич – ОКУ «Межобластной центр медицинской генетики и пренатальной диагностики», 50000, г. Кривой Рог, пл. Освобождения, 3а; тел.: (0564) 92-36-09. E-mail: genetika@ukrpost.ua

Нарытник Татьяна Теодоровна – Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца, 03150, г. Киев, ул. Предславинская, 9; тел.: (050) 547-33-66. E-mail: naritniktt@bigmir.net

Веропотвелян Николай Петрович – ОКУ «Межобластной центр медицинской генетики и пренатальной диагностики», 50000, г. Кривой Рог, пл. Освобождения, 3а; тел.: (0564) 92-49-30. E-mail: genetika@ukrpost.ua

Смородская Елена Петровна – ОКУ «Межобластной центр медицинской генетики и пренатальной диагностики», 50000, г. Кривой Рог, пл. Освобождения, 3а; тел.: (0564) 92-49-30. E-mail: genetika@ukrpost.ua

Гужевская Ирина Витальевна – Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца, 03150, г. Киев, ул. Предславинская, 9; тел.(050) 394-95-50. E-mail: gujevskaja.i@ukr.net

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). The care of women requesting induced abortion. London (England): Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG); 2011. Nov. 130 p. (Evidence-based Clinical Guideline; no. 7). <http://www.rcog.org.uk>
- Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. 2nd ed. World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research; 2012. Available at: <http://www.who.int/>
- Лор П.А. Хирургический аборт во втором триместре беременности // Проблемы репродуктивного здоровья. – 2008: 76–87.
- Основные показатели здоровья матери и ребенка, деятельность службы охраны детства и родовспоможения в Российской Федерации. – М., 2013.
- Гроссман Д., Блэнчард К., Блументаль П. Осложнения после хирургического и медикаментозного аборта во втором триместре беременности // Проблемы репродуктивного здоровья. – 2008: 100–10.
- Оuntries abortion profile. ICMA. Available at: <http://www.medicalabortionconsortium.org/country/>
- Lohr P.A., Hayes J.L., Gemzell-Danielsson K. Surgical versus medical methods for second trimester induced abortion. Cochrane Database Syst. Rev. 2008; (1): CD006714.pub2.
- Kapp N., Lohr P.A., Ngo T.D., Hayes J.L. Cervical preparation for first trimester surgical abortion. 2010. Available: <http://www.cochrane.org/cochrane-reviews>
- Дикке Г.Б., Сахаутдинова И.В. Современные методы прерывания беременности в поздние сроки. // Журнал Акушерство и гинекология. – 2014, № 1. – С. 83–88.
- ACOG. A clinician's guide to medical and surgical abortion: NAF's textbook. 2012.
- European Medicines Agency in 2007. Summary of the thirteenth annual report of the EMEA. Available at: <http://www.ema.europa.eu>
- WHO. Model list of essential medicines. 18th ed. Geneva: WHO; 2013. Available at: <http://mednet3.who.int/EMLib/>
- Tang O.S., Lee S.W., Ho P.C. A prospective randomized study on the measured blood loss in medical termination of early pregnancy by three different misoprostol regimens after pretreatment with mifepristone. Hum. Reprod. 2002; 17: 2865–8.
- Ashok P.W., Templeton A., Wagaarachchi P.T., Flett G.M. Midtrimester medical termination of pregnancy: a review of 1002 consecutive cases. Contraception. 2004; 69(1): 51–8.
- Lalitikumar S., Bygdeman M., Gemzell-Danielsson K. Mid-trimester induced abortion: a review. Hum. Reprod. Update. 2007; 13: 37–52.
- Cheng L. Сравнение хирургических и медикаментозных методов индуцированного аборта во втором триместре: Комментарий БРЗ (последняя редакция: 28 сентября 20011 года). Женева: Всемирная организация здравоохранения. (Библиотека репродуктивного здоровья ВОЗ)
- Гемзель-Дэнилссон К., Лалиткумар С. Медикаментозный аборт во втором триместре с применением мифепристона и мизопростала и только мизопростала: обзор методов и ведение // Проблемы репродуктивного здоровья, 2008: 88–99.
- Веропотвелян П.Н., Нарытник Т.Т., Веропотвелян Н.П., Гужевская И.В., Пухальская И.Н. Особенности течения беременности и ранних преждевременных родов на сроке 22–27 недель. // Медицинские аспекты здоровья женщины, 2013, № 7/2 (60). – С. 21–27.

Статья поступила в редакцию 19.03.2014