

# Сучасний погляд на переривання небажаної вагітності нехірургічним методом

Т.Г. Романенко, О.В. Морозова

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

Стаття присвячена сучасним напрямкам поліпшення якості надання медичної допомоги жінкам при штучному перериванні вагітності, зокрема використанню нехірургічних методів абортів. Одним із найважливіших завдань акушера-гінеколога є зменшення кількості ранніх та пізніх післяопераційних ускладнень, які можливі при проведенні хірургічного аборту, та збереження репродуктивної функції жінки.

Термін «медикаментозний аборт» означає переривання вагітності за допомогою лікарських препаратів, що є альтернативою хірургічному втручанню, оскільки дозволяє уникнути виникнення ризику, пов'язаного з оперативним втручанням та анестезією. Ідея використання лікарських засобів для переривання вагітності існувала протягом багатьох століть, але реальні та безпечні рекомендації щодо застосування схем, методів та умов постійно удосконалюються і наразі ґрунтуються на наукових доказах.

Велика кількість досліджень, що проводяться у всьому світі, свідчить про значну потребу у застосуванні мізопростолу та міфепрестону в акушерстві та гінекології, а також про пошук оптимальних доз цих препаратів для зниження частоти побічних ефектів та визначення віддалених наслідків при проведенні медикаментозного аборту.

У статті описана найбільш ефективна схема, що передбачає використання препаратів міфепрестон та мізопростол для переривання вагітності. Наведено показання, протипоказання та умови, необхідні для успішного та безпечного виконання нехірургічного аборту. Представлено механізми дії препаратів, їхню ефективність, а також можливі побічні ефекти та ускладнення.

Наведені переваги використання медикаментозного переривання вагітності, які включають високу ефективність, низьку вірогідність розвитку ускладнень, відсутність ризику, пов'язаного з анестезією, можливість уникнення хірургічного втручання, можливість амбулаторного застосування.

**Ключові слова:** переривання вагітності, медикаментозний аборт, небажана вагітність, безпечний аборт.

## A modern view on the termination of an unwanted pregnancy by a non-surgical method

T.G. Romanenko, O.V. Morozova

The article is devoted to modern directions for improving of the medical care for women with artificial interruption of pregnancy, in particular, the use of non-surgical methods of abortion. One of the most important tasks of an obstetrician-gynecologist is to reduce possible early and late postoperative complications during surgical abortion, and to preserve the reproductive function of a woman.

The term “medical abortion” refers to the interruption of a pregnancy with medication, which is an alternative to surgery because it avoids the risks which are associated with surgery and anesthesia. The idea of using drugs to terminate pregnancy has existed for many centuries, but real and safe recommendations for the use of regimens, methods and conditions are constantly being improved and are now based on scientific evidence.

A large number of studies all over the world indicate a significant need for the use of misoprostol and mifepristone in obstetrics and gynecology, as well as the search for optimal doses of these drugs to reduce the incidence of side effects and determine long-term effects in medical abortion.

The article describes the most effective regimen, which involves the use of drugs mifepristone and misoprostol for abortion. The indications, contraindications and conditions necessary for the successful and safe performance of non-surgical abortion are presented. The mechanisms of action of drugs, their effectiveness, as well as possible side effects and complications are presented. The advantages of medical abortion, including high efficiency, low risk of complications, no risk associated with anesthesia, the possibility of avoiding surgery, the possibility of outpatient use, are demonstrated.

**Keywords:** termination of pregnancy, medical abortion, unwanted pregnancy, safe abortion.

## Современный взгляд на прерывание нежелательной беременности нехирургическим методом

Т. Г. Романенко, О. В. Морозова

Статья посвящена современным направлениям улучшения качества медицинской помощи женщинам при искусственном прерывании беременности, в частности, использованию нехирургических методов аборта. Одной из важнейших задач акушера-гинеколога является уменьшение количества ранних и поздних послеоперационных осложнений, возможных при проведении хирургического аборта, и сохранение репродуктивной функции женщины.

Термин «медикаментозный аборт» означает прерывание беременности с помощью лекарственных препаратов, что является альтернативой хирургическому вмешательству, поскольку позволяет избежать возникновения риска, связанного с оперативным вмешательством и анестезией. Идея использования лекарственных средств для прерывания бере-

менности существовала на протяжении многих веков, но реальные и безопасные рекомендации по применению схем, методов и условий постоянно совершенствуются и сегодня основываются на научных доказательствах.

Большое количество исследований, проводимых во всем мире, свидетельствует о значительной необходимости в применении мизопростола и мифепристона в акушерстве и гинекологии, а также поиске оптимальных доз этих препаратов для снижения частоты побочных эффектов и определения отдаленных последствий при проведении медикаментозного аборта. В статье описана наиболее эффективная схема, предусматривающая использование препаратов мифепристона и мизопростола для прерывания беременности. Представлены показания, противопоказания и условия, необходимые для успешного и безопасного выполнения нехирургического аборта. Описаны механизмы действия препаратов, их эффективность, а также возможные побочные эффекты и осложнения.

Приведены преимущества использования медикаментозного прерывания беременности, включающие высокую эффективность, низкую вероятность развития осложнений, отсутствие риска, связанного с анестезией, возможность избегания хирургического вмешательства, возможность амбулаторного применения.

**Ключевые слова:** прерывание беременности, медикаментозный аборт, нежелательная беременность, безопасный аборт.

За визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), **медикаментозні методи переривання вагітності** (медикаментозний аборт) – це «використання фармакологічних препаратів для переривання вагітності». Інколи використовується термін «нехірургічний аборт» [1].

Згідно з даними ВООЗ, у світі щороку проводять близько 40–50 млн абортів. Це приблизно 125 тис. на добу. За даними, зібраними довідковим веб-сайтом Worldometer, який відстежує статистичні показники про стан здоров'я населення світу, використання ресурсів та смертність у режимі реального часу, щорічно у всьому світі виконують понад 40 млн абортів. Так, у 2019 р. було здійснено понад 75 тис. абортів; у 2020 р. проведено близько 42,7 млн операцій з переривання вагітності [2, 3].

В Україні штучне переривання вагітності доступне, зокрема, завдяки ст. 3 Конституції. У ній йдеться про те, що «людина, її життя і здоров'я, честь і гідність, недоторканність і безпека визнаються в Україні найвищою соціальною цінністю». Відповідно ніхто не може обмежувати це невід'ємне право людини, а держава має сприяти покращенню життя та здоров'я. У ч. 6 ст. 281 Цивільного кодексу України зазначається, що штучне переривання вагітності може здійснюватися за бажанням жінки у терміні вагітності до 12 тиж. А у випадках, встановлених законодавством, штучне переривання вагітності може бути проведено за наявності вагітності від 12 до 22 тиж. У Постанові Уряду № 144 від 15.02.2006 «Про реалізацію статті 281 Цивільного кодексу України» йдеться про те, що підставами, за наявності яких можливе штучне переривання вагітності, термін якої становить від 12 до 22 тиж, є низка хвороб.

За повідомленням Міністерства охорони здоров'я України, у 2018 р. в Україні було зроблено 46 552 переривання вагітності (рисунок). З них: 1451 – медичні легальні аборти за медичними показаннями після 12 тиж вагітності; 19 878 – медичні легальні аборти до 12 тиж вагітності; 16 664 – аборти методом вакуум-аспірації; 8559 – медикаментозні аборти.

Незважаючи на удосконалення методик переривання небажаної вагітності, аборт залишається головною причиною гінекологічної захворюваності, з ним пов'язують ризик виникнення ранніх ускладнень та віддаленого впливу на репродуктивне здоров'я.



#### Динаміка переривання вагітності в Україні у 2010–2020 рр.

Так, хірургічний аборт – найбільш часто застосовуваний метод переривання вагітності, і він має більш високий відсоток ускладнень, таких, як перфорація матки, внутрішньочеревна кровотеча, травми ендометрія, травматизація шийки матки [4–8]. Щодо віддалених наслідків, то він є причиною істміко-цервікальної недостатності, хронічного запалення слизової оболонки матки, ранніх репродуктивних втрат. Цей метод застосовується до 12 тиж вагітності. Оптимальний період – 8 тиж, саме у цьому терміні плідне яйце невеликих розмірів і технічно легше його виконання та зниження частоти зазначених вище ускладнень. Для переривання вагітності терміном понад 12 тиж ВООЗ, Британська Королівська колегія акушерів-гінекологів (RCOG) та Американський коледж акушерів та гінекологів (ACOG) рекомендують як хірургічний (дильатація та евакуація), так і медикаментозні методи [9, 10].

Вакуум-аспірація вважається більш щадним методом порівняно з хірургічним абортom. Але теж має ризик ускладнень у формі неповної аспірації плідного яйця та прогресування вагітності, загострення хронічного метроендометриту та сальпінгоофориту, гормональних порушень, гематометри та, у виняткових випадках, перфорації матки. У нашій країні цей спосіб виконується не пізніше 10 тиж вагітності [5, 11].

Частоту ранніх ускладнень при хірургічному аборті (за даними баз Кохрейну) можна порівняти з частотою таких при вакуумній аспірації, проте є дані, які свідчать про те, що при кюретажі їхня кількість у 2 рази вища, ніж при вакуумній аспірації. Що стосується медикаментозного аборту ранніх термінів, частота ранніх ускладнень невелика і перевищує 0,1–5,4 %. До ускладнень медикаментозного аборту належать: неповний аборт, плацентарний поліп, тривала або масивна кровотеча, що призводить до анемії, гематометра, вагітність, висхідне інфікування [6, 12].

Основна причина неповного аборту – недостатній ефект застосованих препаратів. Клінічні симптоми відсутні, можливі незначні кров'яністі виділення з порожнини матки. Неповний аборт підтверджується при УЗД. Необхідно повторити застосування мізопростолу. За відсутності ефекту виконують вакуум-аспірацію порожнини матки [6, 7, 8, 13].

Плацентарний поліп – рідкісне ускладнення медикаментозного аборту. Діагностується під час УЗД не раніше ніж через місяць. Можливе призначення повторної дози мізопростолу та контроль за допомогою УЗД [6, 8]. Тривала або масивна кровотеча має ті самі причини, що і при хірургічному аборті. У жінки розвивається больовий синдром та з'являються кров'яні виділення зі статевих органів різної інтенсивності. Кровотеча може бути безперервною або з періодичним відновленням і призводить до анемізації організму. Можуть спостерігатися такі симптоми, як нездужання, слабкість, запаморочення, головний біль, сонливість і блідість шкірного покриву. Діагноз встановлюють після гінекологічного огляду та виконання УЗД. В анамнезі виявляють нещодавно виконаний аборт, під час УЗД підтверджується наявність продуктів гестації (у такому випадку рекомендована вакуум-аспірація). Лікування включає призначення уротоніків. У разі інтенсивної кровотечі показана інфузійна терапія [5, 6, 8, 14].

Гематометра виникає внаслідок порушення відтоку крові з порожнини матки. Це пов'язано із недостатнім

ефектом дії простагландинів на міометрій. Діагноз встановлюють на підставі клінічної симптоматики та результатів УЗД. Необхідно повторити застосування мізопростолу [8].

Прогресуюча вагітність зумовлена недостатнім ефектом застосування лікарських препаратів. Підтверджується під час гінекологічного огляду, за якого виявляють збільшену матку, відповідну терміну гестації. На УЗД візуалізується серцебиття ембріона. За наявності бажання жінки перервати вагітність рекомендується виконання вакуум-аспірації порожнини матки [6, 11].

У сучасному медичному світі для медикаментозного переривання вагітності застосовують два лікарські засоби – міфепристон і мізопростол, дія яких заснована на доказах та клінічних керівництвах та які підтвердили свою ефективність і безпечність згідно з даними ВООЗ, ACOG, RCOG, National Abortion Federation (NAF), Європейського медичного агентства (EMA), Gynuity, Ipras, Міжнародної федерації планування вагітності [1, 9, 10, 15, 16].

В Україні рекомендовано використовувати схеми та дози мізопростолу і міфепристону, регламентовані у діючому клінічному протоколі «Комплексна допомога під час небажаної вагітності» від 31.12.2010 № 1177.

*Міфепристон* – синтетичний стероїдний препарат для перорального застосування, антагоніст прогестеронових рецепторів. Механізм abortивної дії міфепристону заснований на його антипрогестероновому ефекті, зумовленому блокуванням дії прогестерону на рівні рецепторів в ендометрії та міометрії. Це своєю чергою призводить до пригнічення розвитку трофобласта, пошкодження та відторгнення децидуальної оболонки, появи маткових скорочень, розвитку менструальноподібної кровотечі, що клінічно є абортom. Міфепристон зареєстрований більш ніж у 40 країнах та включений ВООЗ до «Типового переліку життєво важливих лікарських препаратів» [17].

*Мізопростол* – синтетичний аналог простагландину E<sub>1</sub>. Механізм abortивної дії пов'язаний з ініціацією скорочення гладком'язових тканин міометрія та розширення шийки матки. Здатність мізопростолу стимулювати скорочення матки полегшує розкриття її шийки та видалення вмісту з порожнини матки. Мізопростол підвищує частоту та силу скорочень міометрія та має слабку стимулювальну дію гладком'язові тканини травного тракту.

Сучасна фармацевтична пропонує використання таких препаратів: Міфетон (міфепристон) (ПП UA/18689/01/01, Наказ МОЗ України від 13.04.2021 № 721) у дозі 200 мг та Мізостол (мізопростол) (ПП UA/18584/01/01, Наказ МОЗ України від 05.03.2021 № 399) у дозі 200 мг, що відповідає рекомендаціям авторитетних організацій для застосування під час небажаної вагітності.

Крім аборту у ранні терміни (до 12 тиж), до показань до медикаментозного завершення вагітності належать: неповний аборт при мимовільному її перериванні, включаючи вагітність, що припинила свій розвиток (викидень, що не відбувся), неповний аборт при індукованому перериванні (хірургічному або медикаментозному) і переривання вагітності у пізні терміни за медичними та соціальними показаннями. У багатьох країнах використовують медикаментозний аборт також до 83 днів аменореї (до 12 повних тижнів) і в пізні терміни, дозволені законодавством, – до 22 тиж (ступінь доказовості B) [9, 10, 18].



**Переваги медикаментозного переривання вагітності:**

- Висока ефективність (95–98 %) та безпека.
- Відсутність ризику, пов'язаного з анестезією.
- Відсутність ризику ускладнень, пов'язаних з хірургічним втручанням: механічне пошкодження ендометрія, міометрія, судин матки, травма каналу шийки матки. При медикаментозному перериванні вагітності шийка матки та слизова оболонка матки не травмуються хірургічними інструментами, що зберігає репродуктивну функцію жінки та суттєво знижує відсоток можливих ускладнень, зокрема – серйозних кровотеч.
- Зниження ризику розвитку висхідної інфекції та пов'язаних з нею ускладнень.

**Показання до застосування клінічного протоколу медикаментозного переривання вагітності:**

- бажання пацієнтки перервати незаплановану вагітність терміном до 9 тиж (до 63 днів від першого дня останньої менструації);
- наявність медичних показань до переривання вагітності (включаючи завмерлу вагітність у термінах до 63 днів аменореї); медикаментозний аборт також може бути використаний, якщо термін вагітності не перевищує допустимий термін для застосування даного методу, а стан здоров'я жінки дозволяє використовувати препарати для медикаментозного переривання вагітності з урахуванням їхніх протипоказань.

**Протипоказання до використання клінічного протоколу переривання вагітності медикаментозним методом:**

- підозра на позаматкову вагітність;
- вагітність терміном більше 63 днів аменореї;
- індивідуальна непереносимість запропонованих препаратів;
- спадкова порфірія;
- міома матки великих розмірів (наявність у пацієнтки міоми матки є фактором ризику кровотечі при медикаментозному аборті. Якщо домінуючий міоматозний вузол не перевищує 4 см, вузли не деформують порожнину матки, то проведення медикаментозного абортів можливе);
- анемія (рівень гемоглобіну менше 90 г/л);
- хронічна ниркова та печінкова недостатність;
- наднирковозалозна недостатність;
- тривале лікування кортикостероїдами;
- бронхіальна астма у стадії загострення;
- тяжкі ССЗ у стадії субкомпенсації та декомпенсації;
- захворювання крові, які загрожують кровотечею;
- терапія антикоагулянтами та порушення системи гемостазу;

- пухлини придатків матки;
- гострі запальні захворювання органів малого таза (переривання вагітності проводять після лікування);
- гострі запальні захворювання іншої локалізації (переривання вагітності проводять після лікування).

**!Рубець на матці після оперативного втручання не є протипоказанням.**

Схема медикаментозного абортів згідно з рекомендаціями ВООЗ, 2014 р., наведена у таблиці.

Згідно з рекомендаціями RCOG, ВООЗ, медикаментозний аборт з використанням 200 мг міфепрестону та 800 мг мізопростолю вважається безпечною технологією і може застосовуватися до 22 тиж вагітності. При цьому слід врахувати, що ефективність медикаментозного абортів суворо корелює з терміном вагітності – чим вищий термін вагітності, тим нижча ефективність методу. Відповідно до протоколу ВООЗ та RCOG, передбачається застосування 200 мг міфепрестону та мізопростолю у дозі 800 мкг вагінально з подальшим використанням повторних доз 400 мкг кожні 3 год (максимальне число доз – 4).

Дослідження, проведені у Європі та США, із застосуванням препаратів із субстанціями міфепрестону та мізопростолю виробника Акме Формулейшн Пвт Лтд (в Україні ці препарати зареєстровані під торговими марками Міфетон та Мізостол) встановили, що значна кількість жінок віддають перевагу нехірургічним методам абортів [13, 14, 18]. В одному з таких повідомлень 77 % жінок, що вже мали в анамнезі хірургічне штучне переривання вагітності, назвали комбінацію Міфепрестон-простагландин (Міфетон в Україні) та Мізопротол (Мізостол в Україні) більш прийнятною, тому що це забезпечувало їм більшу конфіденційність та ефективність процедури з даними препаратами та знижувало частоту ускладнень порівняно з проведенням хірургічного абортів та пов'язаними з ним ризиками анестезії.

Під наглядом на базі жіночої консультації КНП КОР «Київський обласний перинатальний центр» знаходились 110 вагітних, які не бажали продовження вагітності з різних причин та середній вік яких становив 24,3±1,2 року (від 17 до 44 років). Серед них 100 (89,2 %) пацієнток мали затримку менструації до 49 днів, а 10 (10,8 %) – від 49 до 63 днів. Усі вони використовували препарати Міфетон та Мізостол виробництва Акме Формулейшн Пвт Лтд (Індія) для штучного переривання вагітності відповідно до протоколів ВООЗ та RCOG. Процедура медикаментозного абортів проходила без ускладнень та не супроводжувалась побічними вираженими ефектами. Вивчення препаратів продовжується.

Найкращий спосіб запобігти «кримінальному» небезпечному використанню міфепрестону та мізопростолю полягає в тому, щоб зробити їх доступними через

**Схеми медикаментозного абортів у I триместрі, що мають доведену ефективність (ВООЗ, 2014)**

Режим	Термін	Достовірність	Рекомендація
Міфепрестон 200 мг перорально Мізопротол 400 мкг перорально (або вагінально, букально, сублінгвально) через 24–48 год	До 49 днів	A	Висока
Міфепрестон 200 мг перорально Мізопротол 800 мкг вагінально (або сублінгвально, або букально) через 24–48 год	Від 50 до 63 днів	A	Висока

систему охорони здоров'я, коли такі препарати мають офіційну реєстрацію – входять до Державного реєстру лікарських засобів, що застосовуються в Україні, та пройшли необхідну процедуру контролю якості у відповідних державних закладах – Державній службі з лікарських засобів та контролю за наркотиками.

### ВИСНОВКИ

Отже, можна констатувати, що медикаментозний метод завершення вагітності має переваги і приходить на зміну хірургічному способу переривання вагітності. Згідно з літературними даними, встановлено, що ефек-

тивність медикаментозного методу переривання вагітності становить 94–98 %.

Висока ефективність, низька частота побічних ефектів та виникнення ранніх та пізніх ускладнень, доступна економічна складова демонструють перспективність і безпеку даного методу. Це дозволяє рекомендувати його як пріоритетний під час вибору методу переривання вагітності. Медикаментозне переривання вагітності із застосуванням Міфетону (міфепристон) та Мізостолу (мізопропол) виробника Акме Формулейшн ПВТ ЛТД (Індія) сьогодні є сучасним, ефективним і безпечним методом переривання вагітності.

### Відомості про авторів

**Романенко Тамара Григорівна** – Кафедра акушерства та гінекології № 1 Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, м. Київ; тел.: (067) 721-96-19. *E-mail: romanenko.tmr@gmail.com*  
ORCID: 0000-0003-0157-6223

**Морозова Ольга Віталіївна** – Кафедра акушерства та гінекології № 1 Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, м. Київ. *E-mail: morozova.kafedra@gmail.com*  
ORCID: 0000-0002-1363-8869

### Information about the authors

**Romanenko Tamara G.** – Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv; tel.: (067) 721-96-19. *E-mail: romanenko.tmr@gmail.com*  
ORCID: 0000-0003-0157-6223

**Morozova Olga V.** – Shupyk National Healthcare University of Ukraine, 04112, Kyiv. *E-mail: morozova.kafedra@gmail.com*  
ORCID: 0000-0002-1363-8869

### ПОСИЛАННЯ

- World Health Organization. Clinical Practice Handbook for Safe Abortion [Internet]. Geneva: WHO; 2014. 64 p. Available from: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97415/9789241548717\\_eng.pdf;jsessionid=67C8E2D674D423DCDAE7DCEF8BFA436?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97415/9789241548717_eng.pdf;jsessionid=67C8E2D674D423DCDAE7DCEF8BFA436?sequence=1).
- Worldometers. Abortions worldwide this year [Internet]. Available at: <https://www.worldometers.info/abortions/>.
- The Manila Times. Abortion, not Covid-19, was leading cause of deaths in 2020 [Internet]. 2021. Available from: <https://www.manilatimes.net/2021/01/04/opinion/editorial/abortion-not-covid-19-was-leading-cause-of-deaths-in-2020/821955/>.
- World Health Organization. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. Second edition [Internet]. Geneva: WHO; 2012. 132 p. Available from: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70914/9789241548434\\_eng.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70914/9789241548434_eng.pdf?sequence=1).
- Kaminsky W, Pryadko NH, Bulhakova VM. Osoblyvosti vedennya medykamentoznoho abortu. *Zdorove zhenshchyny*. 2015;(6):32-4.
- Dikke GB. Medikamentoznyy abort. Rukovodstvo dlya prakticheskikh vrachev. Moskva: MEDpress-inform; 2015. 344 s.
- Dikke GB, Sakhautdinova IV. Sovremennyye metody preryvaniya beremennosti v pozdnyie sroki. *Akusherstvo i ginekol*. 2014;(1):83-9.
- Apresyan SV, Dimitrova VI, Slyusareva OA. Osobnosti medikamentoznogo preryvaniya beremennosti vo II trimestre. Problemy vnedreniya. *Med sovet*. 2017;(2):2-5. doi: 10.21518/2079-701X-2017-2-20-25.
- American College of Obstetricians and Gynaecologists. A Clinician's Guide to Medical and Surgical Abortion, NAF's textbook [Internet]. Clinical Policy Guidelines (A Clinician's Guide to Medical and Surgical Abortion), NAF's textbook. Washington: ACOG; 2013. Available from: <https://www.prochoice.org>.
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. The care of women requesting induced abortion [Internet]. London (England): RCOG; 2011. 130 p. Available from: <https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/the-care-of-women-requesting-induced-abortion/>.
- Dikke GB. Dosrochnoye zaversheniye beremennosti bez kyuretki. *Prakt med*. 2016;(1):151-7.
- Galushchenko YEM, Petrov YUA, Arndt IG. Medikamentoznyy abort i kontratsepsiya posle nego. *Mezhdunar zhurn prikladnykh i fundamentalnykh issled*. 2019;(4):204-8.
- Mark AG, Wolf M, Edelman A, Castleman L. Whatcan obstetrician/gynecologists do to support abortion access? *Int J Gynaecol Obstet*. 2015;131(Suppl. 1):53-5. doi: 10.1016/j.ijgo.2015.02.011.
- Nautiyal D, Mukherjee K, Perhar I, Banerjee N. Comparative study of misoprostol in first and second trimester abortions by oral, sublingual, and vaginal routes. *J Obstet Gynaecol India*. 2015;65(4):246-50. doi: 10.1007/s13224-014-0587-3.
- European Medicines Agency. The European Medicines Agency in 2007 Summary of the thirteenth annual report of the EMEA [Internet]. London: EMA; 2008. 32 p. Available from: [https://www.ema.europa.eu/en/documents/annual-report/summary-european-medicines-agencys-annual-report-2007\\_en.pdf](https://www.ema.europa.eu/en/documents/annual-report/summary-european-medicines-agencys-annual-report-2007_en.pdf).
- Comendant R, Ramos S. International Consortium for Medical Abortion 2010 Annual Report. Countries Abortion Profile. ICMA [Internet]. Annual Report: ICMA; 2010. 20 p. Available from: [file:///C:/Users/samsung/Downloads/ICMA%202010%20narrative%20Report%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/samsung/Downloads/ICMA%202010%20narrative%20Report%20(2).pdf).
- World Health Organization. Model list of essential medicines. 18th ed. [Internet]. Geneva: WHO; 2013. 47 p. Available from: [http://mednet3.who.int/EMLib/https://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/18th\\_EM\\_L.pdf](http://mednet3.who.int/EMLib/https://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/18th_EM_L.pdf).
- World Health Organization. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems Second edition Share Print. World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research [Internet]. Geneva: WHO; 2012. 132 p. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK138196/>.

Стаття надійшла до редакції 05.01.2022. – Дата першого рішення 07.01.2022. – Стаття подана до друку 28.01.2022

# МІФЕТОН та МІЗОСТОЛ



## ПЕРЕРИВАННЯ ВАГІТНОСТІ БЕЗ ХІРУРГІЧНОГО ВТРУЧАННЯ



- ✓ Відсутність анестезії та ризиків приєднання інфекції\*
- ✓ Можливість переривання вагітності на ранніх строках\*\*
- ✓ Гарна переносимість препаратів пацієнтами\*\*\*
- ✓ Наступні вагітності не обтяжені ускладненнями\*\*\*\*

Представництво в Україні: "Діа Фарма Лімітед", Суррей, Великобританія,  
[www.diapharma.ua](http://www.diapharma.ua)



\*Дозволений до застосування FDA з 2000р

\*\*Virk J., Zhang J., Olsen J. Medical abortion and the risk of subsequent adverse pregnancy outcomes. New Eng. Journal of Med. 2007. 357 (7): p.: 648-653

\*\*\*Комплексна медична допомога під час небажаної вагітності(Протокол)

Розроблено та затверджено. Наказ МОЗ України від 31.12.2012 № 1177

\*\*\*\*Hogue C.J.R., Boardman L.A., Stotland N. Answering questions about long-term outcomes. In: Paul M., Lichtenberg S., Borgatta L., Grimes D.A., Stubble eld P.G., Creinin M.D., eds. Management of Unintended and Abnormal Pregnancy: Comprehensive Abortion Care. West Sussex. UK: Wiley-Blackwell. 2009. 75 p.

САМОЛІКУВАННЯ МОЖЕ БУТИ ШКІДЛИВИМ ДЛЯ ВАШОГО ЗДОРОВ'Я