

УДК: 618.39-085

**ОСОБЕННОСТИ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ В
РАЗЛИЧНЫЕ СРОКИ ГЕСТАЦИИ**

Камилова И.А. – DSc, доцент кафедры акушерства и гинекологии Ташкентского государственного медицинского университета.

Мирзаева Мохина – магистрант 1 года обучения кафедры акушерства и гинекологии Ташкентского государственного медицинского университета.

Актуальность. Медикаментозное завершение беременности относится к числу современных подходов, применяемых в акушерско-гинекологической практике при необходимости искусственного прерывания беременности. Результативность данного метода и уровень его безопасности определяются совокупностью факторов, среди которых важное значение имеют гестационный срок, обоснованный выбор лекарственной схемы, тщательность предварительной клинико-лабораторной оценки, а также организация последующего медицинского наблюдения. В настоящей статье проведён анализ актуальных научных источников, рассматривающих использование мифепристона и мизопростола на различных этапах беременности, особенности клинического течения медикаментозного аборта, вероятные осложнения и основные направления их предупреждения. Отдельный акцент сделан на сравнении применения медикаментозного метода в ранние сроки гестации и после 12 недель беременности.

Ключевые слова: медикаментозный аборт, срок гестации, мифепристон, мизопростол, безопасное прерывание беременности, осложнения, репродуктивное здоровье.

Aktualligi. Medikamentoz abort homiladorlikni sun'iy to'xtatishda qo'llaniladigan zamonaviy usullardan biridir. Ushbu usulning klinik samaradorligi va xavfsizligi ko'p jihatdan gestatsiya muddati, dori vositalari sxemasini to'g'ri tanlash, dastlabki tekshiruv sifati va keyingi kuzatuvga bog'liq. Maqolada mifepriston va mizoprostolning turli homiladorlik muddatlarida qo'llanilishi, medikamentoz abortning klinik kechishi, ehtimoliy asoratlari va ularning oldini olish tamoyillariga oid zamonaviy ilmiy ma'lumotlar tahlil qilingan. Erta muddatlarda va 12 haftadan keyingi gestatsiya davrida medikamentoz abortning o'ziga xos jihatlariga alohida e'tibor qaratilgan.

Kalit so'zlar: medikamentoz abort, gestatsiya muddati, mifepriston, mizoprostol, xavfsiz abort, asoratlar, reproduktiv salomatlik.

Abstract. Medical termination of pregnancy is one of the modern methods used in reproductive health care when artificial termination of pregnancy is required. Its clinical efficacy and safety largely depend on gestational age, appropriate selection of the drug regimen, quality of preliminary assessment and post-abortion follow-up. This article reviews current literature data on the use of mifepristone and misoprostol at different gestational ages, clinical features of medical abortion, possible complications and principles of their prevention. Special attention is paid to the comparative assessment of medical abortion in early pregnancy and after 12 weeks of gestation.

Key words: medical abortion, gestational age, mifepristone, misoprostol, safe abortion, complications, reproductive health.

Введение. Медикаментозное прерывание беременности за последние десятилетия заняло важное место в системе репродуктивной медицины и охраны женского здоровья. Появление фармакологических подходов, основанных на

использовании антигестагенных препаратов и аналогов простагландинов, существенно расширило возможности акушерско-гинекологической практики. Благодаря этому был сформирован более щадящий, результативный и менее травматичный вариант прерывания беременности по сравнению с хирургическими вмешательствами. В настоящее время медикаментозный аборт рассматривается Всемирной организацией здравоохранения как один из приоритетных методов завершения беременности, особенно при её ранних сроках [1].

Актуальность рассматриваемой проблемы определяется широкой распространённостью аборт во всём мире, а также их прямым влиянием на показатели материнской заболеваемости и смертности. По данным международных оценок, ежегодно выполняется большое количество процедур искусственного прерывания беременности, причём значительная часть небезопасных вмешательств регистрируется в регионах, где доступ к квалифицированной медицинской помощи остаётся ограниченным. В связи с этим медикаментозный аборт имеет важное значение как метод, позволяющий снизить вероятность осложнений, поскольку он может проводиться в амбулаторных условиях, не требует выраженного инструментального вмешательства и характеризуется благоприятным профилем безопасности [2].

Основу медикаментозного аборта составляет последовательное применение мифепристона и мизопростола. Мифепристон, являясь антагонистом прогестероновых рецепторов, способствует развитию децидуальных изменений и отделению плодного яйца. Мизопростол, представляющий собой синтетический аналог простагландина E1, усиливает сократительную активность матки и обеспечивает эвакуацию её содержимого. Эффективность данной комбинации подтверждена результатами многочисленных рандомизированных исследований и метаанализов. При использовании на ранних сроках беременности частота полного аборта достигает 95–98% [3]. Вместе с тем результативность и безопасность метода во многом определяются сроком гестации, что требует индивидуального подбора лечебной схемы.

Гестационный возраст является одним из ключевых факторов, влияющих на особенности проведения медикаментозного прерывания беременности. По мере увеличения срока происходят выраженные морфофункциональные изменения в матке и плодном яйце: возрастает объём трофобластической ткани, усиливается васкуляризация, изменяется реактивность миометрия к действию простагландинов. Указанные процессы отражаются на фармакодинамике применяемых препаратов, продолжительности аборта, выраженности клинических проявлений и вероятности развития осложнений [5].

При сроке беременности до 9 недель медикаментозный аборт, как правило, отличается высокой эффективностью, низкой частотой нежелательных последствий и возможностью проведения в амбулаторном формате, в том числе с применением дистанционных технологий наблюдения. Однако при увеличении срока до 9–12 недель эффективность стандартных схем может постепенно снижаться, что обуславливает необходимость корректировки протоколов, включая повторное введение мизопростола или изменение его дозировки [6]. Во втором триместре, особенно в период 13–22 недель, медикаментозное прерывание беременности по своему течению приближается к индуцированным родам, сопровождается более выраженным болевым синдромом и требует наблюдения в условиях стационара в связи с повышением риска осложнений [7].

В современной научной литературе значительное внимание уделяется совершенствованию лекарственных режимов медикаментозного аборта с учётом срока беременности. Данные исследований показывают, что дозировка препаратов, интервалы между их применением и путь введения мизопростола могут существенно влиять на

конечный клинический результат. Так, при более поздних сроках гестации для достижения достаточной сократительной активности матки нередко требуется более частое введение простагландинов либо увеличение их дозы [5]. Наряду с этим обсуждается возможность расширения границ применения медикаментозного аборта за пределы первого триместра, что требует дальнейшего изучения и разработки безопасных клинических алгоритмов.

Несмотря на значительный прогресс в данной области, ряд вопросов остаётся открытым. В частности, актуальными остаются проблемы индивидуального подхода к пациенткам, оценки факторов риска и предупреждения возможных осложнений. Существенное значение имеют наличие сопутствующих заболеваний, особенности репродуктивного анамнеза, доступность медицинской помощи, а также уровень информированности женщины о ходе процедуры и возможных симптомах. С учётом перечисленных факторов комплексное изучение особенностей медикаментозного аборта в разные сроки беременности является важной задачей современной акушерско-гинекологической практики.

Цель настоящего обзора заключается в обобщении современных научных данных о медикаментозном прерывании беременности на различных сроках гестации, оценке эффективности и безопасности применяемых лекарственных схем, а также определении основных факторов, способных влиять на клинические исходы данной процедуры.

Материал и методы. Настоящий обзор выполнен как обобщённый и структурированный анализ актуальных научных источников, в которых рассматриваются особенности медикаментозного прерывания беременности с учётом гестационного срока. Методологический подход исследования основан на принципах доказательной медицины, а также на общепринятых требованиях к подготовке и проведению обзорных научных работ.

Подбор литературных данных проводился с использованием международных и национальных электронных ресурсов, включая PubMed/MEDLINE, Scopus, Web of Science, Cochrane Library, Google Scholar и eLIBRARY. Кроме того, в анализ были включены официальные материалы и клинические рекомендации международных организаций, в том числе документы Всемирной организации здравоохранения.

Результаты и обсуждение. Современные систематические обзоры и метааналитические исследования свидетельствуют о том, что результативность и безопасность медикаментозного прерывания беременности напрямую связаны с гестационным возрастом. Наиболее высокие показатели эффективности данный метод демонстрирует при ранних сроках беременности, особенно до 63 дней, когда частота успешного завершения процедуры достигает 95–98%, а риск серьёзных осложнений остаётся низким. При увеличении срока беременности отмечается постепенное снижение эффективности стандартных схем, удлинение времени эвакуации содержимого полости матки и повышение вероятности нежелательных клинических исходов. При этом комбинированное применение мифепристона и мизопростола сохраняет преимущество перед использованием только мизопростола.

По данным различных исследований, эффективность медикаментозного аборта изменяется в зависимости от срока беременности следующим образом: до 6 недель, или ≤ 42 дней, — до 98% успешных исходов; до 9 недель, или ≤ 63 дней, — 95–98%; в период 9–12 недель — 90–95%; после 12 недель эффективность метода сохраняется, однако продолжительность процесса, как правило, увеличивается.

Результаты метаанализов Raymond et al. (2013) и Kahn et al. (2000) показывают, что по мере увеличения гестационного срока возрастает риск неполного аборта, а также

вероятность необходимости дополнительного медицинского вмешательства. Данная закономерность объясняется анатомическими и физиологическими изменениями, происходящими в матке и плодном яйце по мере прогрессирования беременности [3, 9].

Систематический обзор Carr et al. (2019) также подтверждает, что при сроках 9–12 недель для достижения полного клинического эффекта чаще возникает необходимость в повторном применении мизопростола [9]. В рекомендациях ACOG медикаментозное прерывание беременности до 70 дней гестации рассматривается как метод с доказанной эффективностью. При этом подчёркивается важность точного определения срока беременности, исключения противопоказаний и проведения последующего контроля результата процедуры [14].

Данные Cochrane-обзора указывают, что сочетание мифепристона с мизопростолом снижает риск неудачного аборта по сравнению с монотерапией мизопростолом [13]. В систематическом обзоре Ferguson & Scott (2020) также отмечается, что медикаментозный аборт в целом характеризуется благоприятным профилем безопасности, однако вероятность осложнений увеличивается при более поздних сроках беременности. Исследование Liu & Ray (2023) показало, что частота краткосрочных осложнений при медикаментозном методе сопоставима с аналогичными показателями при хирургическом прерывании беременности, что дополнительно подтверждает его безопасность [2, 10].

Согласно метаанализу Shimels et al. (2023), использование комбинированной схемы повышает вероятность полного аборта на 19% по сравнению с применением одного мизопростола. В то же время Raymond et al. (2023) подчёркивают, что мизопростол может рассматриваться как альтернативный вариант в тех случаях, когда доступ к мифепристону ограничен или отсутствует [3, 10].

Современные публикации 2024–2025 годов показывают, что развитие медикаментозного аборта связано не только с совершенствованием лекарственных схем, но и с изменением организационных подходов к оказанию медицинской помощи. Если ранее основное внимание уделялось преимущественно фармакологической эффективности комбинации препаратов, то в последние годы всё большее значение приобретают доступность метода, сокращение необязательных диагностических процедур, индивидуализация наблюдения и расширение безопасных амбулаторных моделей ведения пациенток.

В клинических рекомендациях Society of Family Planning, опубликованных в 2024 году, указывается, что при медикаментозном аборте во втором триместре наиболее обоснованным подходом остаётся применение мифепристона с последующим назначением аналога простагландина E1. В документе подчёркивается, что при сроках 14 0/7–27 6/7 недель такая схема обеспечивает более высокую эффективность по сравнению с режимами, основанными исключительно на мизопростолу [15]. Это особенно важно при оценке медикаментозного прерывания беременности после 12 недель, поскольку в этот период возрастает значение полноценной подготовки миометрия и шейки матки к последующей эвакуации плодного яйца.

В 2024 году также были пересмотрены отдельные положения клинической политики в области абортной помощи. В рекомендациях National Abortion Federation отмечается, что при медикаментозном аборте до 70 дней гестации применяется схема, включающая 200 мг мифепристона с последующим использованием 800 мкг мизопростола через 24–48 часов. Одновременно подчёркивается, что лекарственные режимы и способы последующего наблюдения продолжают совершенствоваться, что связано с накоплением новых научных данных и стремлением сделать безопасную помощь более доступной и рационально организованной [16].

Таблица 1. Сравнительная характеристика в зависимости от срока гестации

Показатель	До 9 недель	9–12 недель	13–22 недели
Эффективность	Очень высокая	Высокая	Высокая
Осложнения	Минимальные	Низкие	Средние
Длительность	Короткая	Средняя	Длительная
Условия	Амбулаторные	Частично стационар	Стационар

Полученные данные согласуются с результатами *Abubeker et al. (2020)* и других систематических обзоров [8].

В научных публикациях последних лет всё чаще рассматривается вопрос о возможности сокращения объёма обязательной предварительной диагностики у пациенток, которые соответствуют строгим критериям отбора. В исследовании 2025 года, опубликованном в журнале *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, было установлено, что проведение медикаментозного аборта без обязательного скринингового ультразвукового исследования и гинекологического осмотра не уступало традиционному подходу по показателям эффективности и безопасности. В анализ были включены 649 случаев, в которых предварительный скрининг проводился, и 1727 случаев без такого обследования. Авторы подчеркнули, что полученные результаты согласуются с ранее опубликованными данными, однако значительная доля пациенток, потерянных для последующего наблюдения, требует осторожного подхода к интерпретации выводов [17].

Следует отметить, что подобная тактика не предполагает полного отказа от диагностических мероприятий у всех женщин. Речь идёт о более дифференцированном и клинически обоснованном использовании обследований. Ультразвуковая диагностика по-прежнему остаётся необходимой при неясном сроке беременности, нерегулярном менструальном цикле, подозрении на внематочную беременность, выраженном болевом синдроме, кровянистых выделениях, а также при наличии факторов риска. В то же время, если дата последней менструации достоверно известна, признаки осложнений отсутствуют, а пациентка имеет возможность поддерживать контакт с медицинским специалистом после процедуры, обязательное выполнение УЗИ перед медикаментозным абортом может быть не всегда оправданным. Такой подход отражает современные принципы пациент-ориентированной медицины и рационального применения медицинских ресурсов.

Одним из активно обсуждаемых направлений в 2024–2025 годах стало расширение возможностей домашнего этапа медикаментозного прерывания беременности. Систематический обзор Gemzell-Danielsson и соавторов, опубликованный в *BMJ Sexual & Reproductive Health*, показал, что эффективность метода оставалась сопоставимой независимо от места приёма мифепристона — в домашних условиях или в медицинской организации. Кроме того, авторы не выявили существенных различий в частоте осложнений между сравниваемыми группами. При этом отмечалось, что значительная часть женщин отдавала предпочтение домашнему приёму препарата [18].

Для практического здравоохранения такие данные имеют важное значение, поскольку возможность приёма препарата дома может повысить доступность медицинской помощи, уменьшить эмоциональное напряжение пациентки и обеспечить больший уровень конфиденциальности. Однако подобная модель может применяться только при строгом соблюдении условий безопасности: тщательном отборе пациенток, предоставлении понятных письменных рекомендаций, наличии постоянной связи с медицинским работником и доступности неотложной помощи при появлении тревожных симптомов. Поэтому домашний этап медикаментозного аборта следует

рассматривать не как самостоятельное и неконтролируемое действие, а как составную часть организованной системы медицинского наблюдения.

К 2026 году одной из значимых задач в сфере медикаментозного прерывания беременности остаётся совершенствование системы последующего наблюдения за пациентками. Ранее наиболее распространённой считалась модель, при которой женщина обязательно повторно посещала медицинское учреждение после процедуры. Однако накопленные к настоящему времени данные показывают, что во многих случаях возможно применение более гибкой и индивидуализированной тактики. Если клиническое течение соответствует ожидаемому, объём кровянистых выделений не выходит за допустимые пределы, симптомы беременности постепенно уменьшаются и признаки осложнений отсутствуют, контроль может проводиться дистанционно. В таких ситуациях допускается использование телефонной или онлайн-связи с медицинским работником, тестов на беременность, а также динамического определения уровня хорионического гонадотропина человека. Вместе с тем очный приём и ультразвуковое исследование остаются необходимыми при подозрении на продолжающуюся беременность, неполное прерывание, инфекционные осложнения либо патологическое кровотечение.

Актуальные научные данные также подтверждают, что именно срок гестации во многом определяет объём и интенсивность наблюдения после медикаментозного аборта. При беременности до 10–12 недель ведение пациентки чаще может быть организовано с меньшим количеством очных посещений. В то же время после 12 недель требуется более тщательный и активный медицинский контроль. Это обусловлено не только увеличением объёма тканей, подлежащих эвакуации, но и более высокой вероятностью задержки плацентарных элементов, выраженного болевого синдрома и необходимости дополнительных лечебных вмешательств.

В связи с этим упрощённые модели оказания помощи целесообразно применять преимущественно у клинически стабильных пациенток на ранних сроках беременности, не распространяя их автоматически на более поздние сроки гестации.

В 2025 году продолжилось изучение альтернативных фармакологических вариантов медикаментозного аборта, включая возможность использования других препаратов с антипрогестагенным действием. Тем не менее имеющаяся доказательная база пока недостаточна для того, чтобы рассматривать такие режимы как полноценную замену стандартной схеме, включающей мифепристон и мизопростол. В частности, данные о применении улипристала ацетата в сочетании с мизопростолом свидетельствуют о возможной эффективности данного подхода, однако специалисты подчёркивают необходимость проведения дополнительных исследований до его широкого внедрения в клиническую практику [19].

Таким образом, несмотря на появление новых направлений научного поиска, комбинация мифепристона и мизопростола по-прежнему остаётся наиболее изученной, доказательной и клинически обоснованной схемой медикаментозного прерывания беременности. Публикации 2024–2025 годов в большей степени уточняют не столько саму фармакологическую основу метода, сколько организационные аспекты его применения. К ним относятся выбор места приёма препарата, возможность сокращения объёма предварительного обследования, рациональная организация последующего контроля, а также определение групп пациенток, которым требуется более интенсивное медицинское наблюдение.

В целом анализ современных данных позволяет заключить, что к 2026 году развитие медикаментозного аборта характеризуется переходом от универсальной модели ведения к более персонализированному и риск-ориентированному подходу. На

ранних сроках беременности основное внимание уделяется повышению доступности помощи, сохранению конфиденциальности и отказу от необязательных процедур при отсутствии клинических показаний. После 12 недель гестации приоритетными остаются безопасность пациентки, стационарное или усиленное наблюдение, адекватное обезболивание, профилактика кровотечений и своевременное выявление неполного аборта. Такой подход позволяет сочетать высокую эффективность медикаментозного метода с принципами доказательной медицины и пациент-ориентированной медицинской помощи.

Заключение. Современные литературные данные показывают, что медикаментозное прерывание беременности относится к числу эффективных, безопасных и клинически оправданных методов завершения беременности. При этом его результативность во многом зависит от гестационного срока. Наиболее благоприятные исходы отмечаются при применении метода в ранние сроки, до 63 дней беременности, когда частота полного аборта составляет 95–98%, а вероятность развития осложнений остаётся низкой [3, 5].

По мере увеличения срока беременности эффективность стандартных схем медикаментозного аборта может постепенно снижаться. Это связано с морфофункциональными изменениями, происходящими в матке и плодном яйце. В таких условиях возникает необходимость корректировки лечебных протоколов, в том числе изменения дозы простагландинов и кратности их применения [9, 10]. Во втором триместре медикаментозный аборт также сохраняет высокую результативность, однако процедура обычно занимает больше времени и чаще сопровождается побочными реакциями, что делает необходимым наблюдение в условиях стационара.

Обобщение научных данных свидетельствует о том, что комбинированное применение мифепристона и мизопростола является наиболее предпочтительной схемой на разных сроках беременности. Данная комбинация превосходит монотерапию мизопростолом по частоте полного завершения аборта и снижает потребность в дополнительных медицинских вмешательствах [10]. Вместе с тем при отсутствии или ограниченной доступности мифепристона мизопростол может рассматриваться как значимая альтернативная схема лечения [3, 14, 16].

С позиции безопасности медикаментозный аборт характеризуется низкой частотой тяжёлых осложнений, особенно при проведении на ранних сроках гестации. Однако с увеличением срока беременности возрастает вероятность таких неблагоприятных исходов, как интенсивное кровотечение, инфекционные осложнения и неполный аборт [2]. Это подчёркивает важность соблюдения действующих клинических рекомендаций и выбора тактики с учётом индивидуальных особенностей пациентки.

К современным направлениям развития медикаментозного аборта относятся расширение его применения в амбулаторной практике, использование телемедицинских технологий и повышение доступности данного метода для разных групп женщин. При строгом соблюдении утверждённых протоколов медикаментозное прерывание беременности может безопасно проводиться не только в стационаре, но и в амбулаторных или домашних условиях [8, 9, 16].

Таким образом, медикаментозный аборт является ключевым компонентом современной репродуктивной медицины. Оптимизация его применения с учётом срока гестации, индивидуальных особенностей пациенток и доступности медицинской помощи позволяет существенно повысить эффективность и безопасность процедуры. Дальнейшие исследования должны быть направлены на совершенствование клинических протоколов, снижение частоты осложнений на поздних сроках и расширение доступа к безопасным методам прерывания беременности.

Выводы. Медикаментозный аборт является современным, научно обоснованным и менее инвазивным методом прерывания беременности, однако его проведение должно осуществляться с учётом срока гестации и клинического состояния пациентки. В ранние сроки беременности метод отличается более высокой эффективностью, более коротким течением процедуры и меньшей вероятностью необходимости дополнительного вмешательства.

При сроках после 12 недель возрастает риск затяжного течения аборта, усиленного болевого синдрома, кровотечения, неполной эвакуации содержимого полости матки и потребности в дополнительной медицинской помощи.

До начала процедуры обязательными этапами должны быть уточнение срока беременности, подтверждение маточной локализации плодного яйца, оценка общего анализа крови, коагулограммы и выявление возможных противопоказаний. Контроль после медикаментозного аборта должен включать оценку жалоб, характера выделений, температуры тела, лабораторных показателей и данных ультразвукового исследования.

Для повышения безопасности метода необходимо разрабатывать индивидуальную тактику ведения пациенток, особенно при более поздних сроках гестации и наличии факторов риска. Рациональное применение медикаментозного аборта способствует снижению частоты осложнений, уменьшению потребности в инструментальных вмешательствах и сохранению репродуктивного здоровья женщины.

ЛИТЕРАТУРЫ

1. World Health Organization. (2018). *Medical management of abortion*. <https://clacaidigital.info/bitstream/handle/123456789/1184/Medical%20Management%20abortion.pdf>
2. Ferguson, I., Scott, H. (2020). Systematic review of effectiveness and safety of medical abortion. *JOGC*.
3. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S170121632030339X>
4. Raymond, E.G., Shannon, C., Weaver, M.A., Winikoff, B. (2013). First-trimester medical abortion. *Contraception*. [https://www.contraceptionjournal.org/article/S0010-7824\(12\)00643-9/pdf](https://www.contraceptionjournal.org/article/S0010-7824(12)00643-9/pdf)
5. Chen, M.J., Creinin, M.D. (2015). Mifepristone with misoprostol. *Obstetrics & Gynecology*. <https://escholarship.org/content/qt0v4749ss/qt0v4749ss.pdf>
6. Tang, J., Kapp, N., Dragoman, M., de Souza, J.P. (2013). WHO recommendations for misoprostol use. <https://www.researchgate.net/publication/235715137>
7. Kapp, N., Eckersberger, E., Lavelanet, A., Rodriguez, M.I. (2019). Late first trimester abortion review. *Contraception*.
8. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0010782418304864>
9. Gemzell-Danielsson, K., Lalitkumar, S. (2008). Second trimester medical abortion. *Reproductive Health Matters*. [https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1016/S0968-8080\(08\)31371-8](https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1016/S0968-8080(08)31371-8)
10. Abubeker, F.A. et al. (2020). Early medical abortion review. *BMC Women's Health*. <https://link.springer.com/content/pdf/10.1186/s12905-020-01003-8.pdf>
11. Whitehouse, K. et al. (2020). Medical abortion ≥ 12 weeks. *Contraception X*. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2590151620300204>
12. Shimels, T. et al. (2023). Systematic review on regimens. *Frontiers in Global Women's Health*. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fgwh.2023.1112392/full>
13. World Health Organization. Abortion care guideline. Geneva: WHO; 2022. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240039483>
14. World Health Organization. Self-management of medical abortion: 2022 update. Geneva: WHO; 2022. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-SRH-22.1>

15. Zhang J., Zhou K., Shan D., Luo X. Medical methods for first trimester abortion. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2022;5:CD002855. Available from: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD002855.pub5/full>
16. American College of Obstetricians and Gynecologists. Medication abortion up to 70 days of gestation. ACOG Practice Bulletin No. 225. Obstetrics & Gynecology. 2020;136(4):e31–e47. Available from: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/practice-bulletin/articles/2020/10/medication-abortion-up-to-70-days-of-gestation>
17. Shantikumar U., et al. Second-trimester medical abortion with misoprostol. Journal of Clinical Medicine. 2021. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9343499/>
18. Zwerling B., Edelman A., Jackson A., et al. Medication abortion between 14 0/7 and 27 6/7 weeks of gestation. Contraception. 2024. Available from: [https://www.contraceptionjournal.org/article/S0010-7824\(23\)00237-8/fulltext](https://www.contraceptionjournal.org/article/S0010-7824(23)00237-8/fulltext)
19. National Abortion Federation. Clinical Policy Guidelines for Abortion Care. 2024. Available from: <https://nationalabortionfederation.org/wp-content/uploads/2024-CPGs-FINAL-1.pdf>
20. Koenig L.R., et al. Effectiveness and safety of medication abortion with versus without screening ultrasonography or pelvic examination. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 2025.
21. Gemzell-Danielsson K., et al. Home use of mifepristone for medical abortion: a systematic review. BMJ Sexual & Reproductive Health. 2025.