

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ ТА ЗАКОНОДАВЧІ АСПЕКТИ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО АБОРТУ В УКРАЇНІ



В.В. КАМІНСЬКИЙ

д. мед. н., професор, завідувач кафедри акушерства, гінекології та репродуктології НМАПО ім. П.Л. Шупика, директор Київського міського центру репродуктивної та перинатальної медицини, головний позаштатний спеціаліст МОЗ України з акушерства та гінекології

Н.Г. ПРЯДКО

асистент кафедри акушерства, гінекології та репродуктології НМАПО ім. П.Л. Шупика

ВСТУП

Відповідно до усіх базових міжнародних документів та положень, аборт не є методом планування сім'ї, але якщо жінка вирішила перервати вагітність у термін, дозволений законодавством, їй мають бути надані послуги з використанням найбільш прийнятної та безпечної методики з дотриманням репродуктивних прав жінки. Право жінки на безпечний аборт закріплене в матеріалах Міжнародної конференції з питань народонаселення і розвитку (Каїр, 1994) та Четвертій Всесвітньої конференції зі становища жінок (Пекін, 1995), що ратифіковані Україною та лягли в основу нормативно-правової бази з питань збереження репродуктивного здоров'я.

Концепція безпечного аборту є пріоритетною у всьому світі, а її впровадження суттєво впливає на зниження рівня ускладнень та материнської смертності. Використання сучасних, науково обґрунтованих технологій переривання небажаної вагітності, профілактика інфекційних ускладнень, доабортне та післяабортне консультування, використання контрацептивних засобів дають можливість зберегти здоров'я жінки та її репродуктивний потенціал.

МЕДИКО-ПРАВОВЕ ПІДГРУНТТЯ

Упродовж усіх років незалежності Україна неухильно проводить послідовну політику щодо збереження та поліпшення репродуктивного здоров'я населення, зниження кількості абортів та їх ускладнень, розширення та удосконалення послуг з питань планування сім'ї. Аборт в Україні є легальною процедурою, регульованою законодавчими та нормативними актами. Україна – перша з усіх країн пострадянського простору прийняла пакет документів у повній відповідності з останніми Рекомендаціями ВООЗ (2012) щодо лікувально-діагностичних та організаційних підходів до медичної допомоги при небажаній вагітності. Такими документами є Наказ МОЗ України від 31.12.2010 № 1177 «Про затвердження клінічного протоколу «Комплексна допомога під час небажаної вагітності» [14], Наказ МОЗ України від 24.05.2013 № 423 «Про затвердження Порядку надання комплексної допомоги вагітній жінці під час небажаної вагітності, форм первинної облікової документації та інструкції щодо їх заповнення» [15] та Наказ МОЗ України від 13.12.2013 № 1090 «Про затвердження Плану заходів щодо впровадження проекту «Комплексна медична допомога під час небажаної вагітності» на національному рівні» [1].

Проведення аборту вимагає об'єктивно інформованої згоди вагітної жінки; він є санкціонованим, якщо здійснюється ліцензованим лікарем у лікарні або іншому визнаному медичному закладі. Згода жінки не вимагається у невідкладних випадках, коли існує загроза її життю.

Аборт можна зробити за особистим рішенням жінки протягом перших 12 тижнів вагітності. В період 13–22 тижнів переривання вагітності дозволяється законодавством з медичних причин (коли життя жінки у небезпеці, якщо є вади розвитку плода, що несумісні з життям, тощо), визначених відповідними документами, та за рішенням спеціальних комісій.

АНАЛІЗ ЛІТЕРАТУРНИХ ДАНИХ

Відповідно до зазначених національних та міжнародних документів, пріоритетним і безпечним методом переривання небажаної вагітності є медикаментозний аборт (МА) [31].

Вже класичною, ефективно доведеною в світі та рекомендованою ВООЗ стала схема медикаментозного переривання вагітності із застосуванням комбінації антипрогестерону, міфепристону та простагландину (мізопростолю). Численні дослідження в усьому світі, присвячені вивченню різних дозувань міфепристону, не виявили достовірних розбіжностей в ефективності методики як при використанні 600 мг препарату, так і при 200 мг [19, 38].

Із самого моменту реєстрації міфепристону у Франції і донині у світі ведуться дослідження, спрямовані на вивчення біологічних ефектів цього препарату, ефективності та безпеки методики його застосування у схемах переривання вагітності, пошуку найефективніших доз та комбінацій з іншими медикаментами, шляхів та режимів введення, створенню оптимальних протоколів обстеження і спостереження в період проведення МА, в ранньому та віддаленому постабортних періодах [27, 48, 49, 53]. Значна увага останнім часом приділяється дослідженням МА при строках вагітності більше 10–12 тижнів.

Загальними проблемами, з якими стикаються країни, де дозволено проведення МА, є питання реєстрації процедури та дотримання стандартів її виконання; труднощі зі супроводом власне процесу переривання вагітності через недостатні знання лікарів і пацієнток про нові підходи до ведення МА, що призводить до збільшення побічних ефектів, а іноді і до важких ускладнень, які дискредитують метод; заповнення нових форм медичної документації.

Суттєвою організаційною проблемою, яка ускладнює у багатьох країнах світу широке

легальне використання методу МА, є обмежений доступ до препаратів для його проведення як через їхню високу вартість, так і з причин відсутності чітких, прозорих та законодавчо контрольованих схем дистрибуції вказаних медикаментів. Тому, на думку ВООЗ, оптимальним шляхом зниження ускладнень та подолання негативного ставлення до процедури МА є легальне застосування препаратів у ліцензованих лікувальних закладах системи охорони здоров'я відповідно до схем, що затверджені національними протоколами [31].

В Україну медикаменти ввозяться тільки за наявності реєстраційного посвідчення. В подальшому на кожну партію препарату Державною лабораторією видається сертифікат якості із зазначенням серії та номеру. Наступним етапом забезпечення якості та ефективності лікарських засобів є чітке дотримання умов транспортування та зберігання, зокрема щодо міфепристону вкрай важливим є дотримання на цих етапах температурного режиму. Належні умови зберігання аждо моменту придбання і якнайшвидшого використання препарату забезпечують його повну ефективність та унеможливають погіршення його фармакологічних характеристик. Кожен споживач (як лікар, так і пацієнтка) мають право ознайомитись із сертифікатом якості як на партію, так і на серію у дистриб'ютора. Таке ретельне дотримання контролю якості на рівні державних структур, з одного боку, і умов транспортування та зберігання на рівні аптек, з іншого, дозволяє унеможливити одержання пацієнтами медикаментів зі зниженими якістьми і, як наслідок, зниження ефективності процедури. Водночас лікар, який проводить процедуру медикаментами, на які представлені сертифікат та касовий чек, має гарантію відповідності цих препаратів заявленим ефектам, зниження частоти ускладнень та повного виключення невдач, пов'язаних із якістю медикаментів.

Дотепер в Україні інформованість лікарів та населення про метод МА ще недостатня. Широке розповсюдження МА в країні уповільнює упереджене ставлення деяких спеціалістів, які не володіють методом проведення процедури, а також дефіцит медичних кадрів, що отримали спеціальну підготовку і досконало володіють методикою. Необхідно ширше впроваджувати медикаментозний метод переривання вагітності, що дозволить медичним працівникам кваліфіковано та ефективно задовольняти індивідуальні потреби та переваги жінок [51].

Процедура повинна бути доступною для жінки як фінансово, так і з інформаційної точки зору. Обов'язкова реєстрація МА у медичному закладі, реєстрація реакцій організму пацієнтки на прийом препаратів і можливих побічних ефектів дозволяє об'єктивно та неупереджено провести аналіз і спланувати подальші шляхи поліпшення надання допомоги.

Для реалізації таких можливостей варто змінювати ментальні підходи до ведення абортів з використанням медикаментів, оскільки якість результату при МА не залежить від оперативних навичок лікаря. Усі пацієнтки приймають препарат в однаковій дозі за схемою, з однаковим інтервалом, однак реакції та фізіологічні ефекти можуть бути різними. І від того, наскільки якісно було проведено консультування до прийому препаратів, який контакт сформується між пацієнткою та лікарем, безпосередньо буде залежати успіх процедури. Якщо жінка правильно зрозуміла, що її організм може дати природні очікувані реакції на застосування медикаментів, якщо вона впевнена, що в кожному мить може отримати консультацію, пораду або підтримку свого лікаря, то вона спокійно і впевнено пройде процедуру абортів, а якщо «щось піде не так», то своєчасно зателефонує по вже заздалегідь відомим їй телефонам і адекватно відреагує на ситуацію, що склалася. А лікар матиме змогу своєчасно здійснити оптимальну тактику подальшого ведення процедури на користь жінки.

Дехто вважає недоліком МА необхідність спостерігати за пацієнткою, щоб упевнитись у тому, що процес абортів повністю завершено. Насправді ж, таке спостереження є необхідною і невід'ємною частиною методу, який за своєю суттю та тактикою ведення кардинально відрізняється від інструментального переривання вагітності [23].

Численні дослідження свідчать, що МА є методом вибору переривання небажаної вагітності у першовагітних молодих жінок, підлітків, у жінок з рубцем на матці. Особливостями перебігу МА у жінок з рубцем на матці є більш виражений больовий синдром і посилені кров'яні виділення [19], що треба враховувати при плануванні знеболення та проведення процедури переважно в стаціонарі.

Критеріями успішного переривання вагітності є результати медичного обстеження (зменшення матки до нормальних розмірів) та зниження рівня хоріонічного гонадотропіну на 50% за 24 години (за умови, що до початку процедури проводилось визначення його рівня) або ж його вміст нижче 1 000 МОд/л через 2 тижні після прийому міфепристону. Саме тому контрольне обстеження рекомендовано проводити через 10–14 днів після процедури. В цей період вже у 96% пацієнток відсутні будь-які скарги і тільки 4% жінок відмічають мізерні кров'яні виділення, які в подальшому можуть мати різну тривалість, аж до 64 діб [19, 31].

УЗД, як критерій закінчення МА, являє собою далеко не беззаперечний метод. При УЗД проводять диференціальну діагностику між згустками крові, залишками продуктів запліднення та неповним абортів або вагітністю, що триває [50]. Тому ефект ультразвукового контролю високий тільки тоді, коли лікар володіє технікою



МА є методом вибору переривання небажаної вагітності у першовагітних молодих жінок, підлітків, у жінок з рубцем на матці



Після переривання вагітності медикаментозним шляхом дисгормональні захворювання молочної залози виникають на 26% рідше, ніж після хірургічного аборту

проведення дослідження, знає особливості змін матки після МА. При правильному веденні процедури та постабортному супроводженні необхідність в ревізії порожнини матки після МА виникає не частіше, ніж у 1,5–2,5% випадках [21]. При цьому задля збереження концепції безпечного аборту хірургічне завершення процедури слід проводити методом мануальної вакуумної аспірації [21, 22]. Також слід обов'язково здійснювати гістологічне дослідження видаленого матеріалу [23].

Відновлення менструальної функції після медикаментозного переривання вагітності, за даними авторів, проходить в середньому впродовж 28–30 днів, в той час як після міні-аборту – 35–42 дні, а після хірургічного – 45–50 днів. Фактично після міні- або хірургічного аборту має місце затримка початку першої менструації у середньому на 12–14 і 18–21 день відповідно [43], чого не відбувається після МА.

Про наближення стану організму жінки після процедури МА до фізіологічних процесів свідчить швидке відновлення репродуктивних функцій. Так, ймовірність настання овуляції вже у наступному після аборту циклі можливе у 75,9% жінок. Тому дуже важливим є проведення не тільки пост-, але і преабортного консультування з питань контрацепції. Найоптимальнішою схемою визнано призначення в першому після аборту менструальному циклі комбінованих оральних контрацептивів, причому першу пігулку рекомендовано приймати у день прийому першої дози мізопростолу. Також призначення комбінованих оральних контрацептивів після МА сприяє відновленню менструальної функції, збереженню регулярності менструального циклу та зниженню ризиків розвитку запальних реакцій в органах малого тазу [17].

Беззаперечними перевагами МА є:

- висока ефективність методу (від 95,6 до 99%, за даними різних авторів) [25, 26, 30];
- відсутність ризику ускладнень, пов'язаних з травматизацією матки, шийки матки і анестезіологічним втручанням;
- зниження ризику інфекційних ускладнень та зараження вірусом гепатиту типів В, С, імунодефіциту людини;
- фізіологічніший перебіг процесу переривання вагітності, в деяких випадках навіть схожий на більш рясні місячні.

Після МА достатньо швидко відновлюється репродуктивна функція – вже в першому циклі може відбутися наступна овуляція, дуже рідко розвиваються порушення менструального циклу. Щадний підхід під час МА до тканин шийки матки попереджає в подальшому низку ускладнень, пов'язаних з вагітністю та пологами (загроза переривання вагітності, слабкість пологової діяльності). Дослідження демонструють, що кількість ранніх ускладнень МА знижується до 2–4,4% порівняно з 12,5% при хірургічному кюретажі [6, 19, 25]. Також переривання вагітності є фактором розвитку дисгормональних захворювань молочної залози – мастопатії, галактореї, мастодинії та навіть раку молочної залози [18]. Крім того, після переривання вагітності медикаментозним шляхом дисгормональні захворювання молочної залози виникають на 26% рідше, ніж після хірургічного аборту [20].

Вибір жінки між медикаментозним або хірургічним методами переривання вагітності залежить від її соціально-психологічного статусу, особливостей мотивації та емоційної сфери, а також від пріоритету важливості збереження репродуктивного здоров'я у системі життєвих цінностей. Практично всі жінки, яким був проведений МА, залишаються задоволені цим методом, мають намір рекомендувати його іншим та знову б дали на нього згоду в разі виникнення потреби [20]. За результатами проведеного у Швеції дослідження, 64% жінок, розподілених у групу медикаментозного переривання вагітності, повідомили, що у майбутньому вони віддали б перевагу саме цьому методу, в той же час 36% жінок в групі хірургічного переривання обрали б для себе МА [41].

Витрати для системи охорони здоров'я на клінічне супроводження МА нижчі, ніж на хірургічне. Реальна вартість МА нижча за вартість хірургічного аборту, оскільки виключає витрати на анестезію, не потребує проведення антибіотикопрофілактики, не використовується стаціонарне ліжко при виконанні МА в амбулаторних умовах, що може стати перевагою в умовах обмежених ресурсів [24, 44]. Також уникнення використання несертифікованих медикаментів або таких, які зберігалися в неналежних умовах, зменшує відсоток ускладнень втричі і відповідно значно знижує витрати на їх усунення.

ВИСНОВОК

Хороша переносимість препаратів, низький відсоток ускладнень під час процедури в порівнянні з інструментальними методами та відсутність важких ускладнень при правильному веденні процедури, легкість її реалізації, доведена економічна ефективність дозволяють рекомендувати метод МА як ефективний і відносно безпечний для переривання небажаної вагітності.



ЛІТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Наказ МОЗ України від 31.12.2010 № 1177 «Комплексна допомога під час небажаної вагітності».
Order of the MOH of Ukraine from 31.12.2010 № 1177 «Comprehensive care during an unwanted pregnancy».
2. Наказ МОЗ України від 24.05.2013 № 423 «Про затвердження Порядку надання комплексної допомоги вагітній жінці під час небажаної вагітності, форм первинної облікової документації та інструкції щодо їх заповнення».
Order of the MOH of Ukraine from 24.05.2013 № 423 «On approval of the Provision of comprehensive care for pregnant woman during an unwanted pregnancy, forms of the primary records and instructions for their fulfill».
3. Наказ МОЗ України від 13.12.2013 № 1090 «Про затвердження Плану заходів щодо впровадження проекту «Комплексна медична допомога під час небажаної вагітності» на національному рівні».
Order of the MOH of Ukraine from 13.12.2013 № 1090 «On Approving the Action Plan for implementation of the project «Integrated medical care during junk pregnancy» at the national level».
4. Белокрыницкая Т.Е., Фролова Н.И., Белокрыницкая И.А., Сухинина В.В.
Сравнительная оценка клинического течения медикаментозного аборта с 200 и 600 мг мифепристона: проспективное когортное исследование // Акушерство и гинекология. – 2014. – № 3. – С. 81-86.
Belokrinitskaya, T.E. Frolova, N.I. Belokrinitskaya, I.A. Suhinina, V.V.
«Comparative evaluation of the clinical course of medical abortion with 200 and 600 mg mifepristone: a prospective cohort study.» *Obstetrics and Gynecology*,3(2014):81-86.
5. Посохова С.П., Гуменюк Л.Й., Николаева С.В.
Медикаментозный аборт – реальный выбор сохранения репродуктивного здоровья женщины // ЗЖ. – 2008. – 5(38). – С. 3–7.
Posokhova, S.P. Gumenuk, L.Y. Nikolaeva, S.V.
«Medical abortion is a real choice of reproductive health.» *Women Health*,5(38)(2008):3-7.
6. Попова Ю.Н., Кулинич С.И.
Сравнительный анализ осложнений медикаментозного и медицинского абортотв и их профилактика. Актуальные вопросы развития профилактической медицины и формирования здорового образа жизни: сб. науч. ст. Т. 2. // Под ред. А.Е. Агапитова. Иркутск: РИО ИГИУВа.– 2010.– 188 с.
Porova, Y.N. Kylinich, S.I.
«Comparative analysis of medical complications and medical abortion and their prevention.» *Topical issues of preventive medicine and healthy lifestyles: Collection of scientific articles. Irkutsk: RIO IGIUVa*,(2)(2010)188 p.
7. Проведение медикаментозного аборта в условиях нехватки ресурсов // Вводное руководство. Второе издание. Нью-Йорк.– 2009. – 63 с.
«Medical abortion in resource-limited settings.» *An Introductory Guide. Second edition. New York*(2009)63 p.
8. Дикке Г.Б.
Толщина эндометрия не является критерием выбора инструментальной ревизии полости матки после медикаментозного аборта // Медицинский совет. – 2010. – № 7–8. – С. 49–52.
Dicke, G.B.
«Endometrial thickness is not a criterion for the selection of instrumental revision of the uterine cavity after medical abortion.» *Medical Council*,7-8(2010):49-52.
9. Нина Франкел, Мариан Эйбернати.
Эвакуация плодного яйца при помощи шприца-аспиратора Ipas MVA Plus и канюли Ipas EasyGrip: учебная брошюра // Chapel Hill, NC, Ipas. – 2004.
Frankel, N. Eybernati, M.
«Uterine evacuation with a syringe aspirator Ipas MVA Plus cannula Ipas EasyGrip: educational brochure.» Chapel Hill, NC, Ipas(2004).
10. Радзинский В.Е., Ордиянц И.М., Сидерополу Н.Х.
Контрацепция после медикаментозного аборта // Трудный пациент. – 2007. – № 1.
Radzinsky, V.E. Ordiyants, I.M. Sideropolu, N.H.
«Contraception after medical abortion.» *Difficult Patient*,1(2007).
11. Падалко Л.И., Захарченко Р.М., Бондаренко С.Г., Мальцева О.И.
Медикаментозное штучное перерывания вагітності – альтернатива традиційним методам переривання вагітності у першовагітних та юних жінок // Жіночий лікар.– 2008.– № 5.– с. 38.
Padalko, L.I. Zaharchenko, R.M. Bondarenko, S.G. Maltseva, A.I.
«Medication abortion is an alternative to traditional methods of abortion in pregnant for the first time and young women.» *Female Doctor*,5(2008):38 p.
12. Дикке Г. Б.
Аборт: от агитации к зрелым размышлениям. Материнская смертность и заболеваемость после аборта. Резервы медицинской помощи женщинам // Status Praesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. Инфекции и инфекционный контроль.–2012.–№ 2(8).
Dicke, G.B.
«Abortion: from agitation to mature reflection. Maternal mortality and morbidity after abortion. Provisions medical care for women.» *Status Praesens. Gynecology, obstetrics, barren marriage. Infections and Infectious Control*,2(8)(2012).
13. Чайка В.К., Ласачко С.А., Квашенко В.П.
Профілактика дисгормональних захворювань молочних залоз у жінок після спонтанного абортотв в першому триместрі вагітності // Репродуктивное здоровье женщины. – 2008. – No 3(37). – С. 134–138.
Chayka, K.V. Lasachko, S.A. Kvashenko, V.P.
«Prevention of dishormonal breast diseases in women after spontaneous abortion of pregnancy in the first trimester.» *Reproductive Women Health*,3(37)(2008):134-138.
14. Железная А.А., Чайка К.В., Ласачко С.А., Трегубенко А.А., Корниенко С.М.
Преимущества медикаментозного аборта сегодня в практике акушера-гинеколога // РЗЖ.–2008.– 5(38).–С. 3–7.
Zheleznyaya, A.A. Chayka, K.V. Lasachko, S.A. Tregubenko, A.A. Kornienko, S.M.
«Benefits of medical abortion today in obstetrician practice.» *Russian Medical Journal*, 5(38)(2008):3-7.
15. Кирбасова Н.П.
Аборт щадящий. Медикаментозное прерывание беременности: экономические и организационные аспекты // Status Praesens.– 2011.–№ 1(4).
Kirbasova, N.P.
«Sparing abortion. Medical abortion: economic and organizational aspects.» *Status Praesens*,1(4)(2011).
16. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. Second edition. WHO(2012).
17. Tang, O.S. Schweer, H. Seybert, H.W. et al.
«Pharmacokinetics of different routes of administration of misoprostol.» *Human Reproduction*,17(2002):332-336.
18. Von Hertzen, H. Honkanen, H. Piaggio, G. et al.
«WHO multinational study of three misoprostol regimens after mifepristone for early medical abortion. I: Efficacy.» *British Journal of Obstetrics & Gynecology*,110(2003):808-818.

19. McGalliard, C. Gaudoin, M.

«Routine ultrasound for pregnancy termination requests increases women's choice and reduces inappropriate treatments.» BJOG,111(2009):79-82.

20. Coyaji, K. Krishna, U. Ambardekar, S. Bracken, H. Raote, V. Mandlekar, A. Winikoff, B.

«Are two doses of misoprostol after mifepristone for early abortion better than one?» British Journal of Obstetrics & Gynaecology, Mar;114(3)(2009):271-8.

21. Faucher, P. Baunot, N. Madelenat, P.

«The efficacy and acceptability of mifepristone medical abortion with home administration misoprostol provided by private providers linked with the hospital: a prospective study of 433 patients.» Gynecol Obstet Fertil,33(2009):220-227.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ И ЗАКОНОДАТЕЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО АБОРТА В УКРАИНЕ

В.В. Каминский, д. мед. н., профессор, заведующий кафедрой акушерства, гинекологии и репродуктологии НМАПО им. П.Л. Шупика, директор Киевского городского центра репродуктивной и перинатальной медицины, главный внештатный специалист МЗ Украины по акушерству и гинекологии

Н.Г. Прядко, ассистент кафедры акушерства, гинекологии и репродуктологии НМАПО им. П.Л. Шупика

Одним из основных методов проведения безопасного аборта при нежелательной беременности является медикаментозный аборт. Хорошая переносимость медикаментозных препаратов, низкий процент осложнений во время процедуры по сравнению с инструментальными методами и отсутствие тяжелых осложнений при правильном ведении процедуры, легкость в ее реализации, доказанная экономическая эффективность позволяют рекомендовать метод медикаментозного аборта как эффективный и относительно безопасный для прерывания нежелательной беременности.

Ключевые слова: аборт, безопасный аборт, медикаментозный аборт, преимущества медикаментозного аборта, дистрибуция медикаментов для медикаментозного аборта.

MEDICAL SOCIAL AND LEGAL ASPECTS OF MEDICAL ABORTION IN UKRAINE

V.V. Kaminskiy, MD, Professor, Head of the Obstetrics, Gynecology and Reproductive Department, National Medical Academy of Postgraduate Education named after PL Shupyk, Director of the Kyiv City Center for Reproductive and Perinatal Medicine, Head specialist in obstetrics and gynecology of the Ministry of the Health of Ukraine

N.G. Pryadko, Obstetrics, Gynecology and Reproductive Department, National Medical Academy of Postgraduate Education named after PL Shupyk

Medical abortion is a one of the main methods of safe abortion at an unwanted pregnancy. Good tolerance of drugs, a low rate of complications during the procedure compared with instrumental methods and the absence of serious complications after properly administered procedures, ease of implementation, proven cost-effectiveness can be recommended a method of medical abortion as an effective and relatively safe for terminating unwanted pregnancy.

Key words: abortion, safe abortion, medical abortion, medical abortion benefits, distribution of medicines for medical abortion.