

МИНИСТЕРСТВО ВЫСШЕГО И СРЕДНЕСПЕЦИАЛЬНОГО  
ОБРАЗОВАНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

САИДЖАЛИЛОВА Д.Д.

# БЕЗОПАСНОЕ ПРЕРЫВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ

УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ



ТАШКЕНТ – 2022

**МИНИСТЕРСТВО ВЫСШЕГО И СРЕДНЕСПЕЦИАЛЬНОГО  
ОБРАЗОВАНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН**

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ  
УЗБЕКИСТАН**

**ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ**

**САИДЖАЛИЛОВА Д.Д.**

Область знаний: 500000 – Социальное обеспечение и  
здравоохранение  
Область образования: 510000 – Здравоохранение

**УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ**

**«БЕЗОПАСНОЕ ПРЕРЫВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ»**

по предмету «Акушерство» и «Гинекология»

для специальности магистр

**70910201 - «Акушерство и Гинекология»**

**Ташкент – 2021**

**Составители:**

**Саиджалилова Д.Д.** – д.м.н., профессор кафедры акушерства и гинекологии №1 ТМА

**Рецензенты:**

**Бабаджанова Г.С.** – д.м.н., профессор кафедры акушерства и гинекологии №1 ТМА

**Рузиева Н.Х.** - д.м.н., доцент кафедры акушерства, гинекологии и детской гинекологии ТашПМИ

Учебное пособие подготовлено в соответствии с типовой программой по дисциплине «Акушерство и гинекология» на основании рабочей программы, действующего учебного плана и в соответствии с требованиями квалификационной характеристики по специальности 70910201 - «Акушерство и гинекология». Учебное пособие предназначено для самостоятельной внеаудиторной работы магистрантов, обучающихся по специальности 70910201 «Акушерство и Гинекология» в рамках реализации профессиональных компетенций

Данное учебное пособие рассмотрено на монотематической комиссии и рекомендовано для утверждения в Центр развития медицинского образования Министерства Здравоохранения Республики Узбекистан  
\_\_\_11 октября\_\_\_ 2021года протокол №\_2\_\_\_

Данное учебное пособие рассмотрено на заседании ЦМК ТМА и рекомендовано для утверждения в Центр развития медицинского образования Министерства Здравоохранения Республики Узбекистан  
\_\_\_12марта\_\_\_ 2021 года протокол №\_2\_\_\_

Данное учебное пособие рассмотрено на Ученом Совете ТМА и рекомендовано для утверждения в Центр развития медицинского образования Министерства Здравоохранения Республики Узбекистан  
\_\_\_27 октября\_\_\_ 2021 года протокол №\_3\_\_\_

# O'QUV ADABIYOTINING NASHR RUXSATNOMASI

O'zbekiston Respublikasi Oliy va o'rta maxsus ta'lim vazirligining 2021 yil "25" dekabr dagi "538" -sonli buyrug'iga asosan

*D.D. Саиджамилова*

*(muallifning familiyasi, ismi-sharifi)*

*70910201 – Akusherlik va ginekologiya*

*(ta'lim yo'nalishi (mutaxassisligi))*

ning

talabalari (o'quvchilari) uchun tavsiya etilgan  
*Безопасное прерывание беременности подли o'quv qo'llanmasi*  
*(o'quv adabiyotining nomi va turi: darslik, o'quv qo'llanma)*

ga

O'zbekiston Respublikasi Vazirlar Mahkamasi tomonidan litsenziya berilgan nashriyotlarda nashr etishga ruxsat berildi.



Vazir  A. Toshkulov

*(imzo)*

Ro'yxatga olish raqami

538-861



## ОГЛАВЛЕНИЕ

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ.....	5
ВВЕДЕНИЕ .....	6
РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.....	14
ЗАКОНЫ И ПОЛИТИКА .....	15
ПРОФИЛАКТИКА НЕЖЕЛАТЕЛЬНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ.....	19
КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЦЕДУРЫ .....	19
КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ .....	23
ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ АБОРТА.....	25
ДИЛАТАЦИЯ И КЮРЕТАЖ.....	26
МАНУАЛЬНАЯ ВАКУУМНАЯ АСПИРАЦИЯ (МВА)/ ЭЛЕКТРИЧЕСКАЯ ВАКУУМНАЯ АСПИРАЦИЯ (ЭВА).....	28
МЕДИКАМЕНТОЗНЫЙ СПОСОБ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ .....	40
ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ И ОСЛОЖНЕНИЯ.....	57
ПОСЛЕАБОРТНАЯ КОНТРАЦЕПЦИЯ. ....	66
ПРИЛОЖЕНИЯ .....	71
СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ.....	75
СПИСОК РЕКОМЕНДОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ: .....	77
Приложение 1.....	79

## СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

БА – безопасный аборт  
ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения  
ВИЧ – вирус иммунодефицита человека  
ВМС – внутриматочное средство  
ВОП – врач общей практики  
ВПР – врожденный порок развития  
ГК – гормональная контрацепция  
ДПМ – дата последней менструации  
ЖКТ – желудочно-кишечный тракт  
ИППП – инфекции, передаваемые половым путем  
ИПБ – искусственное прерывание беременности  
ИПР – индукция преждевременных родов  
КГК – комбинированная гормональная контрацепция  
КОК – комбинированные оральные контрацептивы  
ЛНГ – левоноргестрел  
МА – медикаментозный аборт  
МВА - мануальная вакуум аспирация  
МКБ-10 – Международная классификация болезней  
МЛА – метод лактационной аменореи  
МС – материнская смертность  
НБ – нежелательная беременность  
НБА – небезопасный аборт  
НПВС – нестероидное противовоспалительное средство  
ОЦК – объем циркулирующей крови  
ПА – половой акт  
ПАУ - постабортный уход  
ППА – прерванный половой акт  
ПТП – противозачаточная таблетка прогестагенового ряда  
РВ – репродуктивный выбор  
СМИ – средства массовой информации  
СОЭ – скорость оседания эритроцитов  
ССС – сердечно-сосудистая система  
ТЭК таблетки экстренной контрацепции  
УЗИ - ультразвуковое исследование  
ЭВА – электрическая вакуум аспирация  
ЭК – экстренная контрацепция

## **ВВЕДЕНИЕ**

Здоровье женщины - один из первоочередных по приоритетности компонентов благополучия и богатства страны. Нормальное функциональное состояние репродуктивной системы - показатель здоровья женщины. Сохранение репродуктивного здоровья женщин и обеспечение безопасного материнства - приоритетная задача современной медицины в нашей стране и во всем мире. Это подтверждает принятый Министерством здравоохранения республики в 2019 году закон «Об охране репродуктивного здоровья граждан». Одним из его направлений является улучшение качества услуг по охране репродуктивного здоровья, а также безопасное прерывание беременности. Данная программа разработана на основании приказа №124 Министерства здравоохранения Республики Узбекистан «О порядке проведения искусственного прерывания беременности» и клинического протокола.

### **ЧТО ТАКОЕ БЕЗОПАСНЫЙ АБОРТ?**

Безопасным прерыванием беременности считается метод, рекомендованный Всемирной Организацией Здравоохранения, подходящий пациентке на данном сроке беременности и выполненный квалифицированным специалистом. Если, хотя бы одно из этих условий не соблюдено, аборт считается небезопасным. К двум основным категориям небезопасных абортов относятся «менее безопасные» и «самые небезопасные». «Менее безопасные» аборты включают в себя либо устаревшие, либо небезопасные методы или отсутствие доступа к необходимой информации, в то время, как «самый небезопасный» вариант включает все факторы. Введение посторонних предметов в матку, прием вредных препаратов, применение физической силы - это все небезопасные способы прерывания беременности. Ежегодно, из 25 миллионов небезопасных абортов почти треть проводится в условиях минимальной безопасности пациента и максимальной опасности для жизни.

### **Цель модуля:**

сформировать знания и навыки по оказанию медицинской помощи в рамках безопасного прерывания беременности в различные сроки гестации в соответствии с последними рекомендациями ВОЗ.

### **Задачи обучения:**

- Выработать навыки консультирования до и после прерывания беременности, предоставления информации о различных методах, в том числе и медикаментозном методе.
- Уметь определить показания и противопоказания к прерыванию беременности в различные сроки гестации.
- Ознакомиться с методами прерывания беременности в зависимости от срока гестации.
- Обучить технике и выбору метода искусственного прерывания беременности в различные сроки гестации.
- Обучить навыкам медикаментозного и хирургического прерывания (в том числе МВА/ЭВА) беременности в различные сроки гестации.
- Знать и предупреждать возможные осложнения и побочные эффекты методов прерывания беременности и их купировать.
- Обучить навыкам послеабортного ухода с подбором метода контрацепции.

В результате изучения модуля «Безопасное прерывание беременности» магистрант должен знать:

- консультирование и предоставление информации по вопросам ИПБ;
- особенности организации и объем врача амбулаторно-поликлинического звена, современные диагностические возможности, социальные и медицинские показания для ИПБ;
- методы ведения искусственного прерывания беременности;
- ведение типовой учетно-отчетной медицинской документации.

### **Уметь:**



- наметить объем дополнительных исследований в соответствии со сроком беременности, для уточнения срока гестации и получения достоверного результата;
- подобрать индивидуальный вид оказания помощи для ИПБ в соответствии со сроком гестации;
- сформулировать показания к избранному методу искусственного прерывания беременности с учетом срока гестации, соматической патологии, обосновать метод прерывания у конкретной женщины;
- распознать возможные побочные эффекты и осложнения при искусственном прерывании беременности;
- определить путь введения, режим и дозу лекарственных препаратов для прерывания беременности, оценить эффективность и безопасность проводимого лечения;
- использовать в лечебной деятельности методы профилактики послеабортных осложнений (на основе доказательной медицины);
- оказывать первую помощь при неотложных состояниях.

**Владеть:**

- консультированием и предоставлением информации по вопросам ИПБ безопасными методами;
- организацией оказания услуг по ИПБ по медицинским показаниям;
- навыками влагалищного исследования;
- навыками хирургического прерывания беременности;
- навыками дилатации и эвакуации плодного яйца;
- навыками медикаментозного прерывания беременности;
- навыками проведения постабортного ухода (ПАУ);
- навыками оказания услуг в области планирования семьи;
- навыками оказания экстренной помощи при осложнениях;
- правильным ведением медицинской документации.

**Сфера применения, полученных знаний и навыков** - оказание квалифицированной помощи беременным нуждающимся в безопасном

прерывании беременности в различные сроки.

**Объем программы** - 36 академических часов.

**Контингент:** студенты магистратуры.

**Ожидаемые результаты:** Обучение студентов магистратуры поможет:

- обеспечить доступность, приемлемость и пользование качественными услугами прерывания беременности для всех женщин, нуждающихся в них;
- усовершенствовать знания и навыки тех, кто в настоящее время уже оказывает услуги по прерыванию беременности.

## **БЕЗОПАСНЫЙ АБОРТ**

**Медицинский аборт** — искусственное прерывание беременности, выполненное обученным медицинским персоналом с соблюдением всех требований метода. Медицинский аборт проводят в медицинском учреждении с информированного согласия женщины и обязательным оформлением соответствующей медицинской документации. Искусственное прерывание беременности осуществляют по желанию женщины до 12 нед беременности; по социальным показаниям — до 22 нед, а при наличии медицинских показаний и согласия женщины — независимо от срока беременности.

По современным оценкам в мире ежегодно производится от 36 до 53 млн. искусственных прерываний беременности, т.е. каждый год аборт производят 4% всех женщин в возрасте от 15 до 44 лет. Предполагается, что в мире приблизительно каждая четвертая беременность заканчивается искусственным абортом. В значительной степени распространенность абортов в различных странах зависит от доступности и качества служб планирования семьи и полового воспитания населения.

Внедрение методов современной контрацепции снижает частоту абортов, но не может полностью устранить потребность в них, так как ни один из используемых способов не дает стопроцентной гарантии предотвращения беременности. Таким образом, даже в странах с широким распространением контрацепции аборт необходим в качестве крайнего средства в случае несостоятельности примененной контрацепции.

Различные страны имеют отличающиеся рекомендации по методам прерывания беременности, обусловленные различным законодательством, регуляторно-правовой базой, фармаконадзором, наличием на рынке зарегистрированных препаратов, уровнем доступности и качества медико-профилактической помощи населению, стоимостью медицинских услуг.

Аборт является главной причиной гинекологической заболеваемости, с ним связывают риск возникновения ранних осложнений и отдаленного влияния на репродуктивное здоровье. В развивающихся странах риск летального исхода из-за осложнений, вызванных небезопасным абортом, в сотни раз превышает соответствующий риск при квалифицированном выполнении аборта в безопасных условиях.

Всемирная организация здравоохранения признала аборт серьёзной проблемой охраны репродуктивного здоровья женщин. Во всем мире каждая четвертая женщина в течение своей жизни к процедуре прерывания беременности один или несколько раз. 8% всех случаев материнской смертности по миру приходится на небезопасные прерывания. Важными факторами, которые могут повлиять на риск развития осложнений, являются: вид анестезии, общее состояние здоровья женщины, метод аборта, навыки и подготовка медицинского персонала.

**Небезопасный аборт**, согласно определению Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), – процедура прерывания нежелательной беременности, выполняемая либо лицами, не имеющими необходимых навыков, либо в обстановке, не соответствующей минимальным медицинским стандартам, либо в случае совпадения этих критериев.

Безопасный аборт может быть медикаментозным. **Медикаментозный аборт** еще называют таблетированным, он включает в себя прием двух препаратов: мифепристон и мизопропрост. Мифепристон блокирует синтез прогестерона, одного из основных гормонов беременности, а мизопропрост вызывает сокращение матки и выход плодного яйца наружу. Мизопропрост широко доступен по всему миру, поскольку он также применяется для лечения осложнений при беременности, включая выкидыш и послеродовое кровотечение. Эффективность медикаментозного аборта составляет выше

95%, этот метод чрезвычайно безопасен, процент серьезных осложнений - менее 1%. Медикаментозное прерывание беременности настолько безопасно, что в большинстве случаев женщины могут принимать лекарства дома без необходимости дополнительных медицинских осмотров после проведения процедуры (им потребуются обращение за помощью только в случае возникновения осложнений). Медикаментозный аборт не приводит к бесплодию, психологическим проблемам или осложнениям при последующей беременности. Безопасный медикаментозный аборт требует всего лишь достоверной информации и качественных лекарств. Благодаря этому, медикаментозный аборт расширил доступ к безопасному прерыванию беременности миллионам женщин по всему миру, особенно в странах с низким уровнем жизни и переживающих кризис.

**Вакуумный аборт**, который проводится в амбулаторных условиях, стоит на 2 месте по безопасности. Вакуум-аспирацию может выполнять медицинский персонал в условиях базовой медицинской оснащённости в сроке до 14 недель. Этот метод также может использоваться для лечения осложнений, вызванных абортами, таких как неполный аборт.

Любая женщина в ситуации нежелательной беременности, которая не может получить доступ к безопасному прерыванию беременности рискует получить травму или умереть от небезопасного аборта. Препятствия на пути к безопасному прерыванию беременности, такие, как законодательные ограничения, стигмы, препятствия со стороны системы здравоохранения способствуют росту числа небезопасных абортов. Риск возникновения осложнений также растет, когда небезопасные аборты проводятся на поздних сроках беременности. Когда возможность безопасного прерывания беременности недоступна, многие женщины и девушки прибегают к опасным способам, не взирая на риски для здоровья и правовые последствия. К числу основных осложнений, несущих угрозу здоровью, относятся тяжелые и неконтролируемые кровотечения, инфекции и сепсис, перфорация матки, повреждение половых путей и других внутренних органов. Женщины, которые прибегают к использованию медикаментов для прерывания беременности, приобретенных на черном рынке, также могут пострадать от

осложнений из-за низкого качества таблеток, некорректной дозировки и недостаточной осведомленности о побочных эффектах. Даже при условии эффективности в вопросе прерывания беременности, небезопасный аборт может привести к таким долговременным последствиям для организма, как бесплодие, хронические боли, эмоциональная и психологическая травма.

### **Коды МКБ-10:**

О06 Аборт неуточненный  
О04 Медицинский аборт  
О07.4 Неудачный медицинский аборт без осложнений  
О03.4 Неполный аборт без осложнений  
О05.4 Неполный аборт без осложнений  
О04.4 Неполный аборт без осложнений  
О06.4 Неполный аборт без осложнений  
О04.9 Полный или неуточненный аборт без осложнений  
О06.9 Полный или неуточненный аборт без осложнений  
О05.9 Полный или неуточненный аборт без осложнений  
О03.9 Полный или неуточненный аборт без осложнений  
О03 Самопроизвольный аборт  
О05.2 Неполный аборт, осложнившийся эмболией  
О03.2 Неполный аборт, осложнившийся эмболией  
О20.0 Угрожающий аборт  
О04.2 Неполный аборт, осложнившийся эмболией  
О06.2 Неполный аборт, осложнившийся эмболией  
О06.3 Неполный аборт с другими и неуточненными осложнениями  
О04.3 Неполный аборт с другими и неуточненными осложнениями  
О04.7 Полный или неуточненный аборт, осложнившийся эмболией  
О05.7 Полный или неуточненный аборт, осложнившийся эмболией  
О07.2 Неудачный медицинский аборт, осложнившийся эмболией  
О03.7 Полный или неуточненный аборт, осложнившийся эмболией  
О05.3 Неполный аборт с другими и неуточненными осложнениями  
О03.3 Неполный аборт с другими и неуточненными осложнениями  
О06.7 Полный или неуточненный аборт, осложнившийся эмболией  
О05.1 Неполный аборт, осложнившийся длительным или чрезмерным кровотечением  
О04.8 Полный или неуточненный аборт с другими или неуточненными осложнениями  
О05.8 Полный или неуточненный аборт с другими или неуточненными осложнениями  
О06.1 Неполный аборт, осложнившийся длительным или чрезмерным кровотечением

О04.1 Неполный аборт, осложнившийся длительным или чрезмерным кровотечением

О07.3 Неудачный медицинский аборт с другими и неуточненными осложнениями

О03.1 Неполный аборт, осложнившийся длительным или чрезмерным кровотечением

О03.8 Полный или неуточненный аборт с другими или неуточненными осложнениями

О06.8 Полный или неуточненный аборт с другими или неуточненными осложнениями

О06.6 Полный или неуточненный аборт, осложнившийся длительным или чрезмерным кровотечением

О05.6 Полный или неуточненный аборт, осложнившийся длительным или чрезмерным кровотечением

О07.1 Неудачный медицинский аборт, осложнившийся длительным или чрезмерным кровотечением

О04.6 Полный или неуточненный аборт, осложнившийся длительным или чрезмерным кровотечением

О03.6 Полный или неуточненный аборт, осложнившийся длительным или чрезмерным кровотечением

О06.0 Неполный аборт, осложнившийся инфекцией половых путей и тазовых органов

О05.0 Неполный аборт, осложнившийся инфекцией половых путей и тазовых органов

О03.0 Неполный аборт, осложнившийся инфекцией половых путей и тазовых органов

О04.0 Неполный аборт, осложнившийся инфекцией половых путей и тазовых органов

О07.0 Неудачный медицинский аборт, осложнившийся инфекцией половых путей и тазовых органов

О06.5 Полный или неуточненный аборт, осложнившийся инфекцией половых путей и тазовых органов

О04.5 Полный или неуточненный аборт, осложнившийся инфекцией половых путей и тазовых органов

О03.5 Полный или неуточненный аборт, осложнившийся инфекцией половых путей и тазовых органов

О05.5 Полный или неуточненный аборт, осложнившийся инфекцией половых путей и тазовых органов

## РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

По законодательству республики Узбекистан услуги по проведению медикаментозного и хирургического аборта доступны и предоставляются всем женщинам. Аборт, в том числе медикаментозный аборт (МА), должен проводиться сертифицированными врачами акушер-гинекологами, независимо от места жительства или дислокации женщин, обращающих в это учреждение и желающих сделать аборт с предпочтением медикаментозного метода. Услуги должны предоставляться на уровне первичной медицинской помощи, с системой направления к специалистам для получения любой необходимой помощи более высокого уровня.

Действия по усовершенствованию политики и услуг по проведению аборта должны основываться на потребностях в сфере здравоохранения и правах человека в целом и женщин в частности, а также на глубоком понимании системы оказания услуг и более широкого социального, культурного, политического и экономического контекста.

Национальные стандарты и рекомендации по проведению безопасного аборта основываются на фактических данных и периодически обновляются, а также предусматривают необходимые рекомендации для обеспечения равного доступа к качественной помощи. Обновления политики и программы должны отражать передовой опыт, основанный на фактических данных.

При окончании учебы по рекомендуемому пособию магистры должны быть достаточно компетентны для оказания качественной помощи в соответствии с национальными стандартами и руководящими принципами. Обеспечение качественной медицинской помощи при проведении аборта требует постоянного наблюдения, контроля качества и оценки руководящим звеном учреждения, где они работают.

## ЗАКОНЫ И ПОЛИТИКА

В республике Узбекистан закон и политика направлены на защиту здоровья женщин и их прав человека. В нашей стране НЕТ политических и программных препятствий к доступу и своевременному оказанию медицинской помощи по проведению безопасного аборта. Следует устранить лишь бюрократические препятствия к доступу и своевременному оказанию медицинской помощи по проведению безопасного аборта. Существует благоприятная нормативная и политическая обстановка для обеспечения того, чтобы каждая женщина, имеющая на это законное право, могла получить свободный доступ к медицинской помощи по безопасному абарту. Политика должна продолжать быть направлена на соблюдение, защиту и применение прав человека в целом и женщин в частности, достижение положительных результатов в отношении здоровья женщин, предоставление высококачественной информации и услуг по контрацепции, а также на удовлетворение особых потребностей малоимущих женщин, подростков, женщин, переживших изнасилование, и женщин, живущих с ВИЧ.

Проблемы сохранения репродуктивного здоровья населения, планирования семьи и безопасности абортот являются чрезвычайно актуальными для государства. Это подтверждает принятый Министерством здравоохранения республики в 2019 году закон «Об охране репродуктивного здоровья граждан». Одним из его направлений является улучшение качества услуг по охране репродуктивного здоровья, а также безопасное прерывание беременности. На основании закона издан приказ №124 Министерства здравоохранения Республики Узбекистан «О порядке проведения искусственного прерывания беременности» и разработан данный клинический протокол, который включен в программу обучения магистров.

Из-за роста населения ежегодное число абортот во всем мире увеличилось на 5,9 миллиона (90% ИНИ –1,3 до 15,4), с 50,4 миллиона в 1990–94 до 56,3 миллиона в 2010–2014 годах. В развитом мире показатель



абортов снизился на 19 пунктов (-26 до -14), с 46 (41 до 59) до 27 (с 24 до 37). В развивающихся странах мы обнаружили незначительное снижение на 2 пункта (90% ИН-9 до 4) с 39 (37 до 47) до 37 (с 34 до 46). Около 25% (90% ИН от 23 до 29) беременностей закончились абортом в 2010–2014 годах. Во всем мире 73% (90% от 59 до 82 аборт) были сделаны замужними женщинами в 2010–2014 годах по сравнению с 27% (от 18 до 41), сделанными незамужними женщинами. Никакой связи между количеством абортов в 2010–2014 годах и основаниями, на которых аборт разрешен законом, не наблюдалось [////].

Согласно другой публикации [///], из 55,7 миллионов абортов, которые происходили во всем мире каждый год в период с 2010 по 2014 год, 30,6 миллионов (54,9%) были безопасными, 17,1 миллиона (30,7%) были менее безопасными, а 8,0 миллионов (14,4%) были наименее безопасными. Таким образом, 25,1 миллиона (45,1%) абортов ежегодно в период с 2010 по 2014 год были небезопасными, из них 24,3 миллиона (97%) - в развивающихся странах. Доля небезопасных абортов была значительно выше в развивающихся странах, чем в развитых странах (49,5% против 12,5%). Если сгруппировать по правовому статусу абортов, доля небезопасных абортов была значительно выше в странах с строго ограничивающими законами об абортах, чем в странах с менее строгими законами [/////].

**Небезопасный аборт**, согласно определению Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), – процедура прерывания нежелательной беременности, выполняемая либо лицами, не имеющими необходимых навыков, либо в обстановке, не соответствующей минимальным медицинским стандартам, либо в случае совпадения этих критериев.

Лица, навыки и медицинские стандарты, считающиеся безопасными при проведении аборта, различны в случаях медикаментозного и хирургического аборта, а также зависят от срока беременности. Что именно считается «безопасным», следует определять в соответствии с текущими техническими и политическими рекомендациями ВОЗ.

**Безопасный аборт = аборты безопасны**, если выполняются рекомендованным ВОЗ методом, соответствующим сроку беременности, и если лицо, производящее аборт или ассистирующее при его проведении, надлежащим образом обучено.

Непосредственные факторы, предопределяющие риски искусственного аборта, такие как используемый метод прерывания беременности и срок беременности, в свою очередь, зависят от основных социальных предопределяющих факторов, то есть правового контекста, доступности услуг по безопасному аборту, уровня стигмы вокруг аборта, предоставляемой женщинам степени доступа к информации об абортах, а также возраста и социально-экономического статуса женщины.

Хотя искусственный аборт является безопасной с медицинской точки зрения процедурой, если он проводится в соответствии с рекомендованными руководящими принципами, многие женщины делают небезопасные аборты, которые подвергают их риску физического ущерба. По оценкам экспертов, в 2012 году 6-9 миллионов женщин в развивающихся странах прошли курс лечения от осложнений, связанных с небезопасным абортом, и до 40% женщин, нуждающихся в медицинской помощи, ее не получили [////]. Почти все случаи смерти и заболеваемости в результате небезопасных абортов происходят в странах, где аборты строго ограничены законом и на практике. Там, где есть несколько ограничений на доступ к безопасному аборту, резко сокращается количество смертей и болезней.

В мире независимо от того, является ли аборт более ограниченным по закону или доступен по запросу, вероятность незапланированной беременности для женщины и обращения за искусственным абортом примерно одинакова. Однако правовые ограничения, наряду с другими препятствиями, означают, что многие женщины сами вызывают аборт или обращаются за абортом к неквалифицированным поставщикам услуг. Правовой статус аборта не влияет на потребность женщины в прерывании беременности, но существенно влияет на ее доступ к безопасному аборту. В

странах, где аборт был законным, не было никаких доказательств того, что количество абортов в 2010–2014 годах было связано с их легальным статусом. Показатель составил 37 абортов на 1000 женщин, тогда как в странах, где аборт был запрещен полностью или разрешен только по медицинским показаниям составил 34 на 1000 женщин. И все таки, многие эксперты считают, что в странах, где законодательство допускает аборты по множеству показаний, частота небезопасных абортов и их осложнений обычно ниже, чем в странах, где аборты законодательно более ограничены.

Услуги по безопасному аборту в нашей стране доступны в соответствии с законодательством (Приказ Министерства здравоохранения Республики Узбекистан «Об утверждении стандартов искусственного прерывания беременности» №312 от 2013г., приказ №124 Министерства здравоохранения Республики Узбекистан «О порядке проведения искусственного прерывания беременности») и допускает аборты по множеству показаний.

#### **Искусственное прерывание беременности проводится:**

- до 12 недель по желанию женщины;
- по медицинским показаниям в различные сроки гестации;
- по социальным показаниям в различные сроки гестации;
- если неразвивающаяся беременность;
- если неполный самопроизвольный выкидыш.

Препятствия, не предусмотренные законодательством, часто мешают женщинам получить доступ к услугам, на которые они имеют право, и способствуют небезопасному аборту. В числе этих препятствий – отсутствие доступа к информации, требование предоставить разрешение от третьей стороны, невозможность гарантировать конфиденциальность и неприкосновенность частной жизни и разрешение отказа от проведения аборта из соображений совести со стороны поставщиков медицинских услуг и учреждений без дальнейшего направления пациентки.

## **ПРОФИЛАКТИКА НЕЖЕЛАТЕЛЬНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ**

Одним из способов снижения числа искусственных абортов является предотвращение нежелательной беременности. Планирование семьи становится эффективным вмешательством по сокращению числа случаев нежелательной беременности и искусственных аборт. Однако сама по себе контрацепция не может полностью снизить потребность женщин в услугах по безопасным аборт. Контрацепция не играет роли в случаях принудительного полового акта, способного привести к нежелательной беременности. Кроме того, не существует метода, способного предотвратить беременность на 100%. Согласно данным о применении противозачаточных средств и типичной частоте случаев, когда они не сработали, свидетельствуют о том, что приблизительно 33 миллиона женщин во всем мире ежегодно могут случайно забеременеть, даже используя тот или иной метод контрацепции. Тем не менее, одной из стратегических задач в регулировании численности населения является планирование семьи с использованием различных приемлемых методов контрацепции.

## **КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЦЕДУРЫ**

### **Рекомендуемые ВОЗ методы аборта.**

При медикаментозным методе: использование мифепристона в комбинации с простагландинами. При хирургическом методе: вакуумная аспирация – электрическая (ЭВА) или мануальная (МВА) для прерывания до 12-14 недель беременности, расширение и эвакуация плодного яйца после 12 недель. В связи с более низкой частотой возникновения осложнений, вакуумная аспирация (ЭВА или МВА) рекомендуется для хирургического прерывания беременности до 12–14 недель. Дополнять ее выскабливанием (кюретаж) полости матки не следует. Расширение канала шейки матки и

выскабливание (кюретаж) (РВ), если оно еще используется для прерывания беременности, должно быть заменено вакуумной аспирацией. (Настоятельность рекомендаций ВОЗ: высокая).

Искусственное прерывание беременности в нашей республике проводится в амбулаторных и стационарных условиях в зависимости от срока беременности:

- медикаментозное прерывание беременности до 84 дней аменореи (до 12 недель) проводится в амбулаторно-поликлинических условиях;
- хирургическое прерывание беременности до 12 недель проводится в амбулаторно-поликлинических условиях при акушерско-гинекологических клиниках (абортном кабинете).

Искусственное прерывание беременности сроком до 12 недель при наличии сопутствующих болезней у женщины (с повышенным риском) или по медицинским показаниям осуществляется только в гинекологическом отделении клиники независимо от метода прерывания.

Медикаментозное прерывание беременности с 12 недель до 22 недель проводится в гинекологическом отделении клиники.

Искусственное прерывание беременности после 22 недель проводится в акушерском отделении стационара.

**Процедуры до проведения аборта:** диагностика беременности и ее срока, сбор анамнеза, общий осмотр, консультирование, взятие информированного согласия.

Установление срока беременности является показателем, используемым при выборе наиболее подходящего метода аборта и определяет содержание информации и рекомендаций, предоставляемых женщинам перед абортом.

**Используемые методы определения срока гестации:**

- Последний менструальный цикл: количество дней или недель с первого дня последнего нормального менструального цикла (ПМЦ) у женщин с регулярными циклами (для женщин с нерегулярными циклами

определение срока гестации, возможно, с помощью гинекологического или ультразвукового исследования).

- Гинекологический осмотр (определяют размер, положение и форму матки, признаки ИППП и других инфекций репродуктивного тракта (ИРТ)).
- Ультразвуковое исследование: обычно не требуется для прерывания беременности, но может помочь выявить внутриматочную беременность и исключить внематочную беременность, начиная с ранних сроков беременности.

**Сбор анамнеза** должен включать следующее: ПМЦ, личный и семейный анамнез соответствующих заболеваний; акушерский и гинекологический анамнез, включая перенесенную внематочную беременность; любые склонности к кровотечениям или нарушения свертываемости крови; историю или наличие инфекций, передаваемых половым путем (ИППП); употребление лекарственных препаратов на данный момент; известные аллергии; оценку риска насилия или принуждения.

**Общий осмотр** проводится для оценки состояния здоровья и выявления таких заболеваний, как анемия или малярия, при которых могут потребоваться дополнительные процедуры, услуги или перенаправление пациентки. **Гемодинамические показатели** (артериальное давление, пульс и температура тела) отслеживаются в обязательном порядке.

**Лабораторные исследования.** Рутинные лабораторные исследования не являются обязательным условием для проведения медикаментозного аборта.

Измерение уровня гемоглобина или гематокрита осуществляется у женщин с наличием анемии в анамнезе или с симптомами выраженной анемии.

Группу крови и резус-фактор определяют женщинам, готовящимся пройти процедуру прерывания беременности в случае, если соответствующие сведения неизвестны и по ним отсутствует документальное подтверждение. По мере возможности следует проводить тесты на определение группы крови и резус-фактора (Rh), чтобы назначить резус-иммуноглобулин при наличии показаний. Однако на сроке беременности до 9 недель (63 дней) теоретический риск резус-сенсibilизации у матери при медикаментозном аборте очень низкий. Таким образом, определение резус-статуса и предложение анти-D-профилактики не считаются предпосылками для медикаментозного аборта на ранних сроках.

Перед выполнением хирургического метода прерывания беременности необходимо наличие нижеперечисленных результатов анализов: гемоглобин, время свертывания крови, анализ мазка, кровь на RW, ВИЧ, гепатит В и С, группа крови и резус принадлежность у первобеременных.

При наличии клинических признаков заболеваний и состояний, которые могут оказать влияние на течение и исход аборта, могут быть назначены иные лабораторные исследования.

### **Инфекции репродуктивного тракта у женщин, обратившихся по поводу аборта.**

Наличие инфекции в нижних отделах репродуктивного тракта при аборте является фактор риска послеабортных гнойно-септических осложнений. Было отмечено, что рутинное применение антибиотиков во время хирургического аборта снижает риск заражения после операции в два раза. Тем не менее, если антибиотики недоступны для профилактического использования, аборт все же можно проводить.

Исследуют мазок из 3-х точек. При чистоте влагалища 3-4 степени хирургический методы аборта (МВА/ЭВА и ДК) противопоказаны с

целью профилактики послеабортных септических осложнений. После назначения а/б терапии и санации влагалища возможно проведение аборта.

После медикаментозного аборта риск внутриматочной инфекции очень низок, поэтому профилактического приема антибиотиков не требуются.

Если клинические признаки указывают на наличие инфекции, женщину следует немедленно лечить антибиотиками, после чего можно проводить аборт. Если лабораторное тестирование на ИППП проводится в рутинном порядке и видимые признаки инфекции отсутствуют, не следует откладывать аборт, ожидая результатов теста.

Предложение женщине пройти тестирование на ВИЧ-инфекцию при медикаментозном прерывании беременности необязательно. Если женщина согласна, тестирование проводится после получения информированного согласия в условиях строгой конфиденциальности.

## **КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ**

Предоставление информации – неотъемлемая часть высококачественных услуг по прерыванию беременности. Каждая беременная женщина, намеревающаяся сделать аборт, должна получить адекватную соответствующую информацию и пройти консультацию у квалифицированного специалиста в сфере здравоохранения, обладающего всесторонними знаниями и опытом применения различных методов проведения аборта. Информация должна быть предоставлена каждой женщине независимо от ее возраста или прочих обстоятельств понятным для нее способом, чтобы она могла самостоятельно принять решение о том, делать ли аборт и, если да, то какой из методов выбрать.



Консультации для женщин, желающих их получить, должны проводиться прошедшим подготовку лицом на добровольной основе, быть конфиденциальными и недирективными.

Если женщина делает свой выбор в пользу аборта, медработник обязан разъяснить ей неизбежные в этой связи юридические требования. Женщина должна располагать достаточным временем для принятия решения, даже если для этого потребуется повторное посещение клиники спустя какое-то время. В любом случае в процессе беседы важно, чтобы женщина поняла, насколько безопаснее и эффективнее делать аборт при малом сроке беременности.

Консультирование женщины проводится о существующих методах искусственного прерывания беременности, приемлемых для определенного срока беременности и предоставление право выбора метода прерывания беременности женщине.

Отмечено: чем более подробное проведено консультирование и достигнуто понимание пациентки сути процесса, тем выше эффективность проводимой процедуры.

Не состоящие в браке подростки, женщины, находящиеся отношениях, где к ним применяется насилие, и женщины, живущие с ВИЧ, особенно часто оказываются в ситуациях, где на них оказывают давление. В некоторых случаях женщину вынуждают сделать аборт ее партнер, члены семьи, медицинские работники или другие лица. Если медицинские работники подозревают, что женщину вынуждают сделать аборт, им следует поговорить с женщиной наедине или направить ее на дополнительную консультацию. Если сотрудники знают или подозревают, что женщина подвергалась сексуальному насилию или другому виду насилия, им следует направить женщину на дополнительную консультацию и лечение, если это необходимо.

Как минимум женщине следует предоставить следующую **информацию:**

– что делается во время и после процедуры

- какие ощущения она может испытать (например, спазмы, как во время менструации, боль и кровотечение)
- сколько времени может занять процесс
- какие способы обезболивания ей предоставят
- риски и осложнения, связанные с методом аборта
- когда она сможет вернуться к обычному ритму жизни, в том числе сексуальным отношениям
- любое последующее лечение.

Консультации по вопросам контрацепции: метод, который она может применять, и когда его можно начать применять.

Перед проведением искусственного прерывания беременности необходимо получить информированное согласие у женщины. Согласны ли при необходимости вернуться в клинику на контрольное обследование. Согласны при необходимости прибегнуть к хирургическому вмешательству.

## **ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ АБОРТА.**

**Подготовка шейки матки.** Подготовка шейки матки перед хирургическим абортом рекомендуется всем женщинам при сроке беременности более 12–14 недель, хотя его применение может рассматриваться для женщин любого гестационного возраста, в особенности для тех, у кого есть высокий риск травмы шейки матки или перфорации матки.

Подготовка шейки матки (или прайминг) с использованием осмотических расширителей, таких как ламинария, или фармакологических средств обычно используется перед некоторыми хирургическими абортами в первом триместре, потому что это может ускорить и облегчить выполнение процедуры аборта за счет снижения потребности в механическом расширении шейки матки. Подготовка шейки матки перед хирургическим

абортом особенно полезна для женщин с аномалиями шейки матки или ранее перенесенными операциями, подростками и беременными на поздних сроках, у всех из которых повышен риск травмы шейки матки или перфорации матки, которая может вызвать кровотечение. Это также может облегчить процедуру аборта для неопытных специалистов.

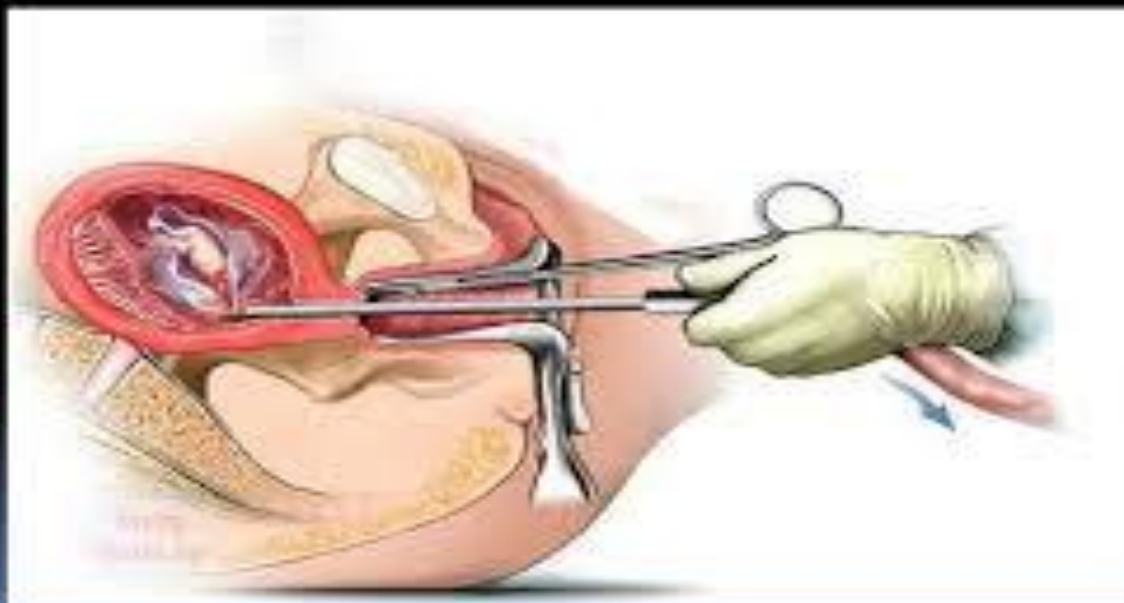
При хирургическом аборте в первом триместре, исследования показывают, что введение 400 мкг мизопростола вагинально за 3–4 часа или сублингвально за 2–3 часа до процедуры является эффективным для подготовки шейки матки. Другой эффективный фармакологический режим - это 200 мг мифепристона перорально за 36 часов до процедуры вакуумной аспирации. А также палочки ламинарии интрацервикально за 6–24 ч до аборта.

Процедура должна выполняться обученным врачом акушером-гинекологом.

## **ДИЛАТАЦИЯ И КЮРЕТАЖ**

Дилатация и кюретаж (ДК) – устаревший метод хирургического аборта, который следует заменить вакуумной аспирацией и/или медикаментозными методами (согласно рекомендации ВОЗ). До 80-х годов прошлого столетия основным хирургическим методом прерывания беременности был метод дилатации и кюретажа. Этот метод имеет высокий риск травмы матки и внутренних органов, а также повреждения эндометрия, и на сегодняшний день не используется для прерывания беременности.

## Дилатация и эвакуация



ДК – менее безопасный метод, чем вакуумная аспирация, к тому же значительно более болезненный для женщин. Таким образом, вакуумная аспирация должна заменить ДК. Частота серьезных осложнений при ДК в два-три раза выше, чем при вакуумной аспирации. Рандомизированные контролируемые испытания, сравнивающие ДК с вакуумной аспирацией, продемонстрировали, что в течение 10 недель после ДПМ вакуумная аспирация проводится быстрее и связана с меньшей кровопотерей, чем ДК. Там, где этот метод все еще практикуется, следует предпринять все возможные усилия для замены ДК вакуумной аспирацией, чтобы повысить безопасность и качество помощи женщинам. В случае отсутствия вакуум аспиратора и неэффективности или противопоказаниях к медикаментозному аборту можно использовать ДК. Поэтому владение навыками ДК необходимо оставить в программе обучения студентов магистратуры.

## **МАНУАЛЬНАЯ ВАКУУМНАЯ АСПИРАЦИЯ (МВА)/ ЭЛЕКТРИЧЕСКАЯ ВАКУУМНАЯ АСПИРАЦИЯ (ЭВА).**

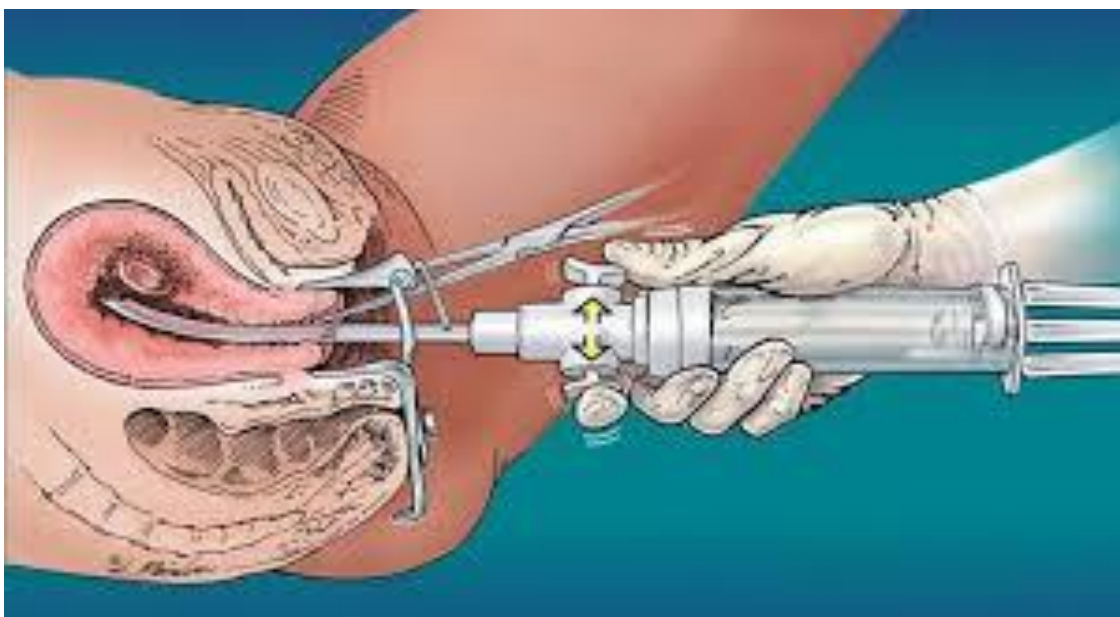
Рекомендуемый хирургический метод аборта на сроке беременности менее 15 недель – вакуум-аспирация. Высокая эффективность вакуумной аспирации подтверждена несколькими рандомизированными контролируемые исследованиями. Сообщается о показателях завершённых абортов от 95% до 100%. Электрические и мануальные вакуум-технологии эффективны в равной степени; тем не менее, использование мануальной вакуум-аспирации связано с меньшими болевыми ощущениями на сроке беременности до 9 недель и сопряжено с более существенными трудностями при проведении процедуры на сроке беременности более 9 недель.

Вакуумная аспирация подразумевает эвакуацию содержимого матки через пластиковую или металлическую канюлю, прикрепленную к источнику вакуума. Электрическая вакуум-аспирация (ЭВА) проводится с применением электрического вакуумного насоса. При мануальной вакуум-аспирации (МВА) вакуум создается с помощью ручного, приводимого в действие вручную пластикового аспиратора объемом 60 мл (также называемого шприцем). Имеющиеся в наличии аспираторы подходят для пластиковых канюль разных размеров, от 4 мм до 16 мм в диаметре. Для каждой процедуры выбирают канюлю подходящего размера в зависимости от срока беременности и степени раскрытия шейки матки; обычно диаметр канюли соответствует сроку беременности в неделях. Некоторые канюли и большинство аспираторов можно использовать повторно после очистки, тщательной дезинфекции или стерилизации.

В зависимости от срока беременности аборт методом вакуум-аспирации занимает от 3 до 10 минут и может проводиться в амбулаторных условиях с использованием анальгетиков и/или местной анестезии. Завершение аборта подтверждается исследованием аспирированной ткани.

На очень ранних сроках беременности канюлю можно ввести без предварительного расширения шейки матки. Тем не менее, обычно перед введением канюли необходима дилатация с использованием механических или фармакологических препаратов, таких как мизопростол или мифепристон.

Как правило, процедуры вакуум-аспирации безопасны выполняются без внутриматочного применения кюреток или прочих инструментов. Нет данных, свидетельствующих о том, что использование кюретажа после вакуум-аспирации снижает риск задержки остаточных тканей.



Большинство женщин, перенесших аборт в первом триместре под местной анестезией, чувствуют себя достаточно хорошо, чтобы покинуть медицинское учреждение после 30-минутного наблюдения в послеоперационной палате. Более длительные периоды восстановления, как правило, требуются при абортах на более поздних сроках беременности, а также при использовании седативных препаратов или после общей анестезии.

Вакуум-аспирация – очень безопасная процедура. Исследование 170 000 аборт в первом триместре, проведенных в Нью-Йорке методом вакуум-аспирации, продемонстрировало, что менее 0,1% женщин столкнулись с

серьезными осложнениями, требующими госпитализации. В редких случаях после вакуум-аспирации могут возникать такие осложнения, как инфекции органов малого таза, обильное кровотечение, повреждение шейки матки, неполное опорожнение полости матки, перфорация матки, осложнения при анестезии и не прервавшаяся беременность. Спазмы в животе и кровотечение, напоминающее менструальное, возникают при любой процедуре аборта.

Существует два типа вакуум-аспирации.

**Мануальная вакуумная аспирация (МВА)** – процедура с использованием ручного аспиратора для создания вакуума. Аспиратор крепится к канюлям диаметром от 4 до 14 мм и может использоваться в различных условиях, в том числе и без электричества.

**Электрическая вакуумная аспирация (ЭВА)** – процедура с использованием электрического насоса для создания вакуума и применением канюль диаметром до 14–16 мм с трубкой большего диаметра (для канюль > 12 мм)

Процедура прерывания беременности выполняется одинаково, независимо от используемого типа вакуума.

#### **До начала процедуры:**

- Перед началом процедуры необходимо убедиться в готовности, стерильности и исправности инструментов, используемых для вакуум – аспирации. При использовании МВА обязательно проверьте, что перед началом процедуры аспиратор создает вакуум; доступны и готовы к применению запасные аспираторы в случае технических проблем с первым аспиратором. Кроме того, необходимо иметь наготове несколько одноразовых канюль примерно того размера, какой необходим в соответствии с размером матки. Каждая канюля стерильна, если целостность упаковки не нарушена. Перед вскрытием проверяйте целостность упаковки. Лучше использовать канюлю, которая плотно проходит через шейку, чтобы вакуум передавался из

шприца в матку без утечки. Желательно иметь под рукой канюли нескольких размеров.

- При необходимости выполните подготовку шейки матки.
- Обеспечьте антибиотикофилактику, чтобы уменьшить риск развития инфекции после процедуры.
- Убедитесь, что женщина приняла обезболивающие препараты.
- Психологическая поддержка: использование седативных препаратов предполагает состояние заторможенного сознания. Пациентка в состоянии реагировать на физические и вербальные стимулы, при этом не затрагиваются дыхательные рефлексy.

#### **Этапы процедуры МВА/ЭВА:**

- 1) Попросите женщину опорожнить мочевой пузырь
- 2) Вымойте руки и наденьте защитные средства
- 3) Проведите бимануальное обследование
- 4) Ввести гинекологическое зеркало во влагалище
- 5) Выполните антисептическую подготовку шейки матки
- 6) Фиксировать шейку матки пулевыми щипцами
- 7) Выполните парацервикальную блокаду (или перейдите к шагу 8)
- 8) Расширьте канал шейки матки по мере необходимости. Расширение канала шейки матки требуется, если он не пропускает канюлю, соответствующую размеру матки. При необходимости такое расширение можно произвести постепенно и аккуратно, механическим путем с использованием пластиковых или металлических расширителей Гегара, или серией канюль возрастающего диаметра. При этом надо стараться не повредить шейку матки. Наилучшим методом является подготовка шейки матки простагландинами;
- 9) Введите канюлю (необходимо следовать бесконтактной методике проведения процедуры: любые инструменты или части инструментов, водимые в шейку матки, должны быть стерильными. Не допускается их



контакт с предметами и поверхностями перед введением в шейку матки.)

10) Присоедините готовый шприц к канюле, держа ее конец в одной руке, а шприц в другой. Убедитесь в том, что канюля не продвинулась дальше в матку, пока вы присоединяли шприц;

11) Проведите канюлю в полость матки медленно, пока она не коснется дна. Отметьте глубину матки по точкам, которые видны на канюле. Затем слегка потяните канюлю назад, освободите нажимной клапан на шприце, чтобы передать вакуум через канюлю в матку.

12) Аспирируйте содержимое полости матки (через канюлю в шприц начнет проходить ткань с кровью и пузырьками); мягко и осторожно передвигайте кончик канюли в полости матки, вращая при этом шприц. Важно не вывести канюлю (ее отверстие) из цервикального канала, иначе вакуум будет потерян. Если это произойдет, следуйте инструкциям по восстановлению вакуума. Пока вакуум в шприце сохранился, а канюля остается в матке, ни в коем случае не держите шприц за ручки плунжера. Обеспечивайте неподвижность ручек плунжера на кромке корпуса шприца. Если плунжер проскользнет в шприц, ткань и воздух могут быть выброшены обратно в матку.

13) Проверьте признаки завершения процедуры. Она заканчивается, когда в канюле появляется красная или розовая пена без ткани, ощущается шероховатость при перемещении канюли по внутренней поверхности полости матки, матка сокращается вокруг канюли (охватывает ее);

14) Отсоедините шприц и удалите все инструменты (канюлю, пулевые щипцы и зеркало);

15) Изучите извлеченные ткани

16) Выполните любые требующиеся одновременно процедуры

17) Восстановление и выписка из учреждения.

## **Профилактика инфекций, стандартные меры предосторожности, бесконтактная техника проведения процедур.**

Процедуры проведения аборта и последующий уход за пациенткой подразумевают контакт с кровью и другими биологическими жидкостями и при этом следует применять стандартные меры предосторожности для предотвращения инфекций и борьбы с ними как для защиты персонала, так и для безопасности пациенток.

### Стандартные меры предосторожности:

- следует применять во всех случаях, когда медицинские работники ожидают контакта с кровью, любыми жидкостями организма, кроме пота, поврежденной кожей и слизистыми оболочками;
- всегда следует соблюдать независимо от предполагаемого инфекционного статуса или диагноза пациентки;
- минимизируют или исключают передачу заболевания от пациентки к медицинскому работнику, от медицинского работника к пациентке или от пациентки к пациентке.

### **Включают:**

- Мытье рук; мытье рук с мылом и проточной водой должно быть обычной мерой гигиены до и после каждого контакта, в том числе контакта с потенциально загрязненными предметами, даже если на руках перчатки;
- перчатки следует носить и менять между контактами с разными клиентками и между вагинальными (или ректальными) исследованиями одной и той же женщины. После завершения работы с одной женщиной и снятия перчаток врач обязан всегда мыть руки, так как в перчатках могут быть незаметные отверстия.
- Ношение средств индивидуальной защиты, таких как халаты, перчатки, фартуки, маски, защитные очки и обувь: следует отметить, что использование дополнительных принадлежностей, таких как

стерильные бахилы, не оказывает существенного влияния на уровень инфицирования, хотя и увеличивает затраты.

- Асептическая техника: перед любой процедурой хирургического аборта шейку матки женщины следует обработать антисептиком (например, бетадином).
- Правильное обращение с острыми инструментами («острыми предметами») – лезвиями и иглами – и их утилизация.
- Правильное обращение с инструментами и материалами и их обработка.
- К аспираторам, канюлям и адаптерам небезопасно прикасаться голыми руками, пока они не очищены.
- Снижение инфицирования после вакуум-аспирации достигается за счет использования надлежащим образом дезинфицированных или стерилизованных инструментов, назначения профилактических антибиотиков и использования бесконтактной техники.

Бесконтактная техника означает, что части инструментов, вводящиеся в полость матки, не должны касаться предметов или поверхностей, не являющихся стерильными, в том числе стенок влагалища, до введения.

Таким образом, во время процедуры аспирации акушер-гинеколог:

- удерживает и касается только средней части расширителей, избегая кончиков;
- крепит канюлю к источнику вакуума, не касаясь кончика канюли;
- хранит использованные инструменты на расстоянии от стерильных инструментов, оставшихся на подносе.

Эта техника основывается на понимании того, что даже при нанесении антисептического раствора на шейку матки добиться стерильности невозможно.

## Выбор размера канюли для аспирационного аборта.

Допускается использование канюли с диаметром на один размер меньше, нежели срок беременности (со дня последней менструации). Так, например, если последняя менструация была у пациентки 10 недель назад, диаметр канюли может быть равен 9-10 мм; допускается использование стандартных гибких канюль диаметром 6, 7, 8 мм на всех сроках беременности до 10-ой недели без использования твердых расширителей.

Размер матки (количество недель после ДПМ *)	Рекомендуемый размер канюли (мм)
4–6	4–7
7–9	5–10
9–12	8–12
12–14	10–14

Код изделия: PLUS

**Аспиратор Ipas MVA Plus®**  
Для процедуры опорожнения матки  
ЭФФЕКТИВНЫЙ • БЕЗОПАСНЫЙ • ЭКОНОМИЧНЫЙ • БЕСШУМНЫЙ

**РУЧНАЯ ВАКУУМНАЯ АСПИРАЦИЯ**

- 40-летний опыт применения на мировом рынке и многолетняя репутация высокого качества Ipas
- Зарегистрированы FDA, имеют маркировку CE, соответствуют стандарту ISO 13485
- Идеально подходят для процедур в амбулаторных условиях: не требует внутривенной анестезии
- Идеально подходят для неэлектрифицированных учреждений либо условий ограниченного пространства



WomanCare Global P.O. Box 5069 Chapel Hill, NC 27514 Тел.: +1 919.442.2600 Факс: +1 919.918.2094  
A-CAT-NPS-501 Ред. 00

RELIANCE PHARMA MChJ rasmiy distribyutori. Manzil: Toshkent, Yunusobod tumani, st. Ettichinor, 22-uy. Telefon: 0 (371) 224 -60 -50, 224 - 60 - 80. www.rpharma.uz

WomanCare GLOBAL **akt**

## Исследование тканей после процедуры

Осмотр тканей очень важен для того, чтобы гарантировать завершённый аборт. Эта процедура должна проводиться непосредственно в процедурном кабинете, когда пациентка ещё находится на гинекологическом столе.

Чтобы исследовать ткани, слейте маточный аспират в соответствующий контейнер (не проталкивайте аспирированное содержимое через канюлю).

Следует выяснить:

- количество и наличие ткани: ворсинок, децидуальной оболочки и эмбрионального мешка в количествах, соответствующих сроку беременности. Необходимо убедиться в наличии плодного яйца при сроке беременности менее 8 недель и в наличии частей эмбриона при сроке беременности более 8 недель;
- наличие напоминающих по форме виноградины гидрофильных ворсинок указывает на пузырьный занос или хорионаденому.
- если визуальный осмотр не даёт четких результатов, ткани следует процедить, поместить в прозрачный контейнер, погрузить в воду или уксус и осмотреть при подсветке снизу. Если предполагаются отклонения от нормы, образец тканей также можно отправить в патологоанатомическую лабораторию.

Если осмотренные ткани или продукт зачатия имеют неполный характер, то подозревается:

- неполный аборт;
- самопроизвольный аборт, произошедший до процедуры;
- неудачный аборт: все ПЗ остаются в полости матки;
- внематочная беременность (если ворсинки не видны, возможна внематочная беременность, и пациентку необходимо исследовать на этот предмет);

- анатомическую аномалию (в двурогой или перегородчатой матке канюля могла быть введена не в ту сторону матки, где находилась беременность);

Если при оценке тканей не вполне ясно, присутствуют ли мешок/мембраны и ворсинки, предположите, что их нет, и попытайтесь провести повторную аспирацию и/или оцените возможность внематочной беременности.

После осмотра полученные во время аборта ткани уничтожаются в соответствии с процедурой утилизации отходов.

Ткани с отклонениями в обязательном порядке изучаются врачом-патологоанатомом с целью исключения диагноза пузырного заноса или хорионэпителиомы.

### **Обезболивание при выполнении процедуры МВА/ЭВА.**

Обычно при вакуум-аспирации общая анестезия не рекомендуется. Препараты, используемые для общей анестезии, являются одним из немногих потенциально опасных для жизни аспектов проведения аборта. В любом учреждении, предлагающем общую анестезию, должны быть специализированное оборудование и персонал для ее проведения и лечения осложнений.

При данной процедуре чаще используют:

- Уважительное, непредвзятое общение
- Устная поддержка и ободрение
- Щадящая и плавная техника операции
- Предварительное уведомление о каждом этапе процедуры (если женщина просит об этом)
- Присутствие поддерживающего лица, которое может оставаться с пациенткой во время процесса (если женщина просит об этом)
- Побуждать пациентку глубоко дышать, сосредоточившись на дыхании
- Можно слушать музыку

Если женщина предпочитает **местную анестезию**, обычно используются следующие лекарства:

- 1) Обезболивание (нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), например: Ибупрофен 400 мг перорально за 20-60 минут до операции;
- 2) Местный анестетик (парацервикальная блокада с 0,5-1% лидокаином, 5-10 мл. Минимальная токсическая доза лидокаина составляет 200 мг, не допускается ее превышение.

Седация, позволяющая пациентке оставаться в сознании, или общая анестезия в некоторых случаях, но не применяемая в рутинном порядке, если это выбор женщины.

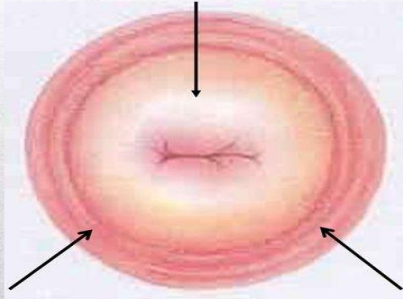
Одним из распространенных методов обезболивания является парацервикальная блокада.

#### **Техника парацервикальной блокады.**

- Введите 1-2 мл анестетика в область шейки матки, где будет размещаться расширитель (в положении 12 или 6 часов, в зависимости от предпочтений врача, проводящего процедуру, или состояния шейки матки).
- Слегка потяните за шейку матки и определите место перехода гладкого эпителия шейки матки в ткань влагалища, чтобы определить место для дополнительных инъекций.
- Медленно введите 2–5 мл лидокаина на глубину 1,5–3 см в 2–4 точках шеечно-вагинального перехода (в положении 2 и 10 часов и/или 4 и 8 часов).
- Следите за тем, чтобы не ввести местный анестетик в кровеносный сосуд.
- Максимальная доза лидокаина при парацервикальной блокаде составляет 4,5 мг/кг/доза или обычно 200–300 мг (около 20 мл 1%).

После проведения блокады необходимо подождать 1-2 минуты до начала процедуры.

## Пара-цервикальная блокада



4. Прикрепить пулевые щипцы в место, куда была сделана инъекция и потянуть слегка на себя.
5. Сделать инъекцию lidocaine (3-5cc) медленно на 4 и 8 часов. Необходимо быть уверенным, что Вы не попали в кровеносный сосуд.

Во время местной анестезии женщина может рассказывать о своих ощущениях, что снижает риск перфорации матки. Женщина в состоянии покинуть клинику в более короткие сроки и без постороннего сопровождения, она в состоянии слушать и реагировать на рекомендации врача. При местной анестезии намного снижается опасность легочной аспирации, если женщина принимала пищу или пила до процедуры.

### Процедуры после выполнения аборта.

- Убедите женщину, что процедура завершена, и она больше не беременна.
- Будьте готовы к тому, что может потребоваться справиться с эмоциональными потребностями, возникнувшими у женщины сразу после аборта.
- Наблюдайте за пациенткой на предмет любых осложнений и при необходимости предоставьте лечение.

Она может покинуть учреждение, когда ее состояние стабилизируется и будет соответствовать критериям для выписки. Убедитесь, что у женщины перед тем, как покинуть учреждение, есть вся необходимая информация и лекарства, включая информацию о методе планирования семьи и сам метод (в идеале).



Документируйте все результаты лечения, включая любые побочные эффекты.

#### **Преимущества и недостатки МВА/ЭВА:**

- быстрая процедура;
- завершение аборт легко проверяется;
- проходит в медицинском учреждении;
- стерилизация или установка ВМС может выполняться одновременно с процедурой;
- используются инструментальная эвакуация содержимого полости матки, что создает небольшой риск травмы матки или шейки матки;
- сроки прерывания беременности контролируются врачом-гинекологом и учреждением.

## **МЕДИКАМЕНТОЗНЫЙ СПОСОБ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ**

Доступность безопасных и эффективных медикаментозных методов прерывания беременности расширилась благодаря увеличению числа регистраций и случаев применения мифепристона и мизопростола (глобальные карты регистрации мифепристона и мизопростола представлены на сайте [www.gynuity.org](http://www.gynuity.org)).

Медикаментозные методы прерывания беременности оказались приемлемыми во многих странах, в том числе в условиях ограниченных ресурсов. Препараты становятся все более доступными во всем мире, и комбинация мифепристона и мизопростола для проведения медикаментозного аборта в настоящее время включена в типовой список основных лекарственных средств ВОЗ. Так как эти препараты становятся все более доступными, руководители организаций здравоохранения должны

знать, что требуется для внедрения медикаментозных методов прерывания беременности в существующие структуры услуг.

**Медикаментозный аборт** – многоэтапный процесс, при котором используются два препарата (мифепристон и мизопропрост) и/или несколько доз одного препарата (только мизопростола). Мифепристон в сочетании с мизопропростом более эффективен, чем только мизопропрост, и вызывает меньше побочных эффектов.

### **МЕХАНИЗМЫ ДЕЙСТВИЯ МИФЕПРИСТОНА И МИЗОПРОСТОЛА.**

**Мифепристон** – антипрогестерон, который блокирует рецепторы эндометрия, яичника, чувствительные к прогестерону, приводит к отторжению эмбриона, снижению уровня хорионического гонадотропина (ХГ) в крови, лютеолизису, повышению синтеза простагландинов в эндометрии, вызывает активацию сократительной способности миометрия, размягчению и раскрытию шейки матки. Сродство к рецепторам прогестерона у него в 5 раз выше, чем к прогестерону. Обладает слабым антиглюкокортикоидным эффектом. Нет сродства к рецепторам эстрогенов и минералокортикоидов.

Мифепристон выпускается в таблетках по 200мг.

#### Фармакокинетика мифепристона:

- Максимальный уровень в сыворотке через 2 часа
- Уменьшается вдвое между 12 и 72 часами, а через 18 часов следует период полувыведения.
- Одинаковая фармакокинетика для всех доз.
- Общая концентрация в сыворотке одинакова в течение первых 72 часов для доз 200 и 600 мг.
- Такая же пиковая концентрация при дозах 400, 600 и 800 мг.

**Мизопропрост** – синтетический аналог простагландина E1, вызывает сокращение матки, способствует размягчению и раскрытию шейки матки,

изгнанию плодного яйца из полости матки. Мизопростол выпускается в таблетках по 200 мкг.

Способы применения мизопростола при ИПБ: вагинально, сублингвально или перорально.

В других случаях возможно ректальное применение.

#### Фармакокинетика мизопростола:

Орально: пик уровня достигает через 30 минут после приема и резкое падение в течение 2 часов.

Вагинальный: пиковый уровень возникает через 80 минут после введения и остается относительно высоким в течение 4 часов.

Буккальный: более поздний, более низкий пик, устойчивый уровень (аналогично вагинальному).

Сублингвально: быстрое всасывание, высокий пик, устойчивый уровень.

Ректальный: более низкий пик, но более высокие уровни дольше, чем пероральный.

Эффективность медицинской процедуры аборта с использованием мифепристона и мизопростола составляет 95-98 % до полного изгнания плодного яйца. ВОЗ рекомендует использование препаратов для МА с гарантийным качеством.

#### **Преимущества и недостатки медикаментозного метода:**

- избегает хирургического вмешательства;
- имитирует процесс выкидыша;
- контролируется женщиной и может проходить дома (<9 недель);
- требуется время (часы или дни) для завершения аборта, и время может быть разным;
- женщины испытывают кровотечение и спазмы, и потенциально другие побочные эффекты (тошнота, рвота);
- может потребоваться больше посещений клиники, чем при МВА/ЭВА.

Следует также отметить, что качество используемых лекарств - важный фактор, который может повлиять на процесс и общий успех

медикаментозного аборта. Некачественные препараты мифепристона/мизопростола, которые не содержат правильных активных ингредиентов в правильных дозировках, а также те, которые производятся, транспортируются или хранятся не в указанных условиях, могут повлиять на исход медикаментозного аборта. Очень важно, чтобы мифепристон и мизопростол, используемые для медикаментозного аборта, должным образом производились в соответствии со спецификациями и надлежащим образом обрабатывались в цепочке поставок до момента использования в месте оказания медицинской помощи.

### **Механизм действия совместного использования Мифепристона + мизопростола**

- Блокада прогестерона
- Децидуальный некроз
- Ритмичные сокращения матки.
- Созревание шейки матки
- Отслойка плодного яйца
- Изгнание
- Аборт

### **Противопоказания к МА.**

- Подтвержденная или подозреваемая эктопическая беременность;
- Надпочечниковая недостаточность и/или длительное лечение глюкокортикоидами;
- Аллергия в анамнезе на мифепристон, мизопростол или другие простагландины;
- Заболевания крови - наследственная порфирия (редкое генетическое заболевание крови), тяжелая анемия
- Длительная антикоагулянтная терапия;
- Острая почечная или печеночная недостаточность;
- Соматические заболевания в стадии декомпенсации;

- Присутствие внутриматочной спирали (ВМС) в полости матки (необходимо сначала удалить ВМС, после чего проводить МА);
- Пациентки, неспособные воспринимать информацию.

### **Состояния, требующие особой настороженности:**

- Отсутствие доступа к получению неотложной медицинской помощи при выполнении МА в амбулаторных условиях (для жительниц отдаленных сельских местностей в радиусе >50 км от ЦРБ)
- При отсутствии средств связи и передвижения в амбулаторных условиях срок беременности для прерывания МА следует ограничить до 69 дней, аменореи - до 10 нед.

Кормление грудью при МА можно продолжать. Хотя небольшое количество мифепристона и мизопростола могут присутствовать в грудном молоке, никаких побочных эффектов на младенцев и детей выявлено не было. Кормление грудью на 2-4 часа после приема мизопростола можно прервать.

На основе оценки состояния пациентки важно определить, подходит ли пациентке способ:

1. История применения средств контрацепции и акушерский анамнез
2. Подтверждение внутриматочной беременности и ее срока
3. Состояние ранее и на данный момент
4. Физическое обследование +/-
5. Тест на беременность
6. US +/-

Выявите показания, меры предосторожности при ИПБ и возможные редкие противопоказания к применению препаратов и метода.

### **Информированное согласие**

Перед проведением искусственного прерывания беременности необходимо получить информированное согласие у женщины с прояснением следующих вопросов:

- соответствует ли срок беременности, при котором можно делать аборт по желанию женщины;
- согласна ли она принимать лекарственные препараты дома самостоятельно;
- будет ли женщина выполнять требования, указанные в стандартах проведения прерывания беременности;
- согласна ли она при необходимости вернуться в клинику на обследование.

### **Обезболивание при МА**

- Вербальная анестезия: необходимость поддержки и внимание близких (словесное обезболивание).
- Нестероидные противовоспалительные лекарства (НПВС) - например: ибупрофен от 400 до 800мг внутрь каждые 3 часа, но не превышающие дозу 3200 мг в сутки;
- парацетамол 500 мг.

### **Этапы проведения медикаментозного прерывания беременности до 84 дней аменореи (до 12 недель):**

1. Мифепристон по 200 мг (1 таблетка) женщина принимает 1 таблетку внутрь у врача в поликлинике или дома (по желанию), фиксируя время приема.
2. Мизопростол 800мкг (4 таблетки по 200мкг) женщина принимает через 24-48 часов после приема мифепристона сублингвально (под язык) или трансбуккально (за щеку), рассасывая таблетки в течение 30 минут (или интравагинально). При остатках таблеток в ротовой полости можно принять их внутрь.

Если женщина забыла принять мизопростол в течение 24-48 часов, то она должна принять его не позднее 72 часов после приема мифепристона. Если прошло более 72 часов, то метод следует начать заново.

В период приема Мизопростола женщине желательно находиться дома.

Контрольный осмотр для подтверждения завершенности МА осуществляется не позднее 7-14 дней после проведения процедуры. Если

женщина подтверждает полное изгнание плодного яйца, то визит к врачу для подтверждения завершенности МА необязателен. В случае отклонения от нормального течения МА женщина может обратиться в клинику в любое время.

На всех этапах проведения МА в амбулаторно-поликлинических условиях пациентка должна иметь возможность контакта со специалистом по МА и медперсоналом поликлиники (телефон и другие средства связи). При неуверенности и наличии тревоги женщина может принять Мизопростол в поликлинике в присутствии врача и быть под наблюдением в течение 2-3 часов.

МА по медицинским показаниям проводится строго в стационарных условиях.

### **Применение МА при неразвивающейся беременности при сроке до 14 недель**

После приема Мифепристона через 24-48 часов принимается Мизопростол 600 мкг (3 таблетки) внутрь или 400мкг под язык. Таблетки рассасывают в течение 30 минут. Их остатки после рассасывания в полости рта можно принять внутрь.

Прерывание неразвивающейся беременности можно проводить без приема Мифепристона, только Мизопростолом по выше указанной схеме.

При неполном самопроизвольном выкидыше до 13 недель используется только Мизопростол по 600 мкг (3таблетки внутрь (per os)) или 400 мкг (2 таблетки сублингвально).

При проведении МА в амбулаторно-поликлинических условиях врач акушер-гинеколог заполняет протокол проведения МА и выдает женщине ПАМЯТКУ для самонаблюдения.

В период изгнания плодного яйца женщина обычно будет отмечать:

- кровянистые выделения из матки такие же, как при нормальной (или обильной) менструации;
- схваткообразные боли внизу живота и в пояснице;

- реже тошноту, рвоту и/или диарею;
- кратковременное повышение температуры тела и/или иногда озноб.

Все эти симптомы являются нормальным явлением и, как правило, быстро проходят.

#### Клинические симптомы полного изгнания плодного яйца:

- прекращение болей внизу живота;
- уменьшение кровянистых выделений;

При гинекологическом осмотре: сокращение матки и уменьшение ее в размерах; формирование или закрытие цервикального канала;

При УЗИ через 2 нед – сформированная полость матки, уменьшение ее размеров, отсутствие остатков плодного яйца.

В период проведения МА и в течение 2-недель после приема лекарственного препарата необходимо обеспечить тесный контакт с лечебным учреждением по телефону для получения консультации с врачом или патронажной медсестрой.

Женщина должна быть проинструктирована, что ей **необходимо вернуться в клинику, если она испытывает:**

- нарастающие тазовые боли, сильное кровотечение (более 2 больших гигиенических прокладок в час в течение 2 часов подряд);
- головокружение / бред в сочетании с сильным кровотечением;
- внезапное сильное кровотечение спустя две недели или более после приема Мизопростола;
- отсутствие или очень слабое кровотечение спустя 48 часов после приема Мизопростола;
- лихорадку (если она продолжается более 4 часов или развивается спустя день после приема Мизопростола);

Женщина вправе в любой момент прервать процесс медикаментозного аборта и потребовать хирургического завершения прерывания беременности.

При проведении прерывания беременности до 12 недель в случае неосложненного МА нет необходимости последующих наблюдений.



## **Этапы проведения медикаментозного прерывания беременности с 12 до 22 недель.**

Во втором триместре медикаментозный аборт является наиболее безопасным и эффективным методом прерывания беременности с использованием лекарственных препаратов: мифепристон и мизопростол. Эффективность медицинской процедуры аборта с использованием мифепристона и мизопростола составляет 95-98 % с полным изгнанием плодного яйца и не требует проведение кюретажа или аспирации полости матки. ВОЗ рекомендует использование препаратов для МА с гарантийным качеством. Лекарственные препараты Мифепристон и Мизопростол выдаются клиникой на бесплатной основе.

### **Показания:**

1. Медицинские показания (Приложение 1);
2. Социальные показания (Приложение 2);
3. Острое маловодие, хориоамнионит;
4. Врожденные пороки развития (ВПР) и хромосомные нарушения у плода

### **Противопоказания:**

- надпочечниковая недостаточность и/или длительное лечение глюкокортикоидами;
- известная аллергия в анамнезе на мифепристон, мизопростол или другие простагландины;
- заболевания крови - (редкое генетическое заболевание крови - порфирия);
- нарушения свертываемости крови и/или длительная антикоагулянтная терапия;
- присутствие внутриматочной спирали (ВМС) в полости матки (необходимо сначала удалить ВМС);
- рубец на матке (после 24 недель)
- соматическая патология в состоянии декомпенсации.

### **Состояния, требующие особой настороженности:**

- Пороки развития матки

-У пациенток с острым воспалительным заболеванием женских половых органов одновременно с МА следует начать антибактериальное лечение.

-Всем женщинам с тяжелой анемией начать лечение анемии, при необходимости прерывание беременности вести на фоне кровезаменителей.

### **Обезболивание:**

-Вербальная анестезия: необходимость поддержки и внимание близких (словесное обезболивание).

-Нестероидные противовоспалительные лекарства (НПВС) - например: ибупрофен от 400 до 800мг внутрь каждые 3 часа, но не превышающие дозу 3200 мг в сутки.

### Пациентка должна быть проинформирована:

-о порядке приема медикаментов, длительности процедуры и ее эффективности, возможных побочных действиях и осложнениях метода, и о том, что при неудачном результате медикаментозного способа беременность необходимо будет прервать хирургическим способом;

-о купировании болевых ощущений во время медикаментозного аборта использованием нестероидных противовоспалительных препаратов (при необходимости).

## **Информированное согласие**

Перед проведением искусственного прерывания беременности необходимо получить информированное согласие у женщины (Приложение 3) по следующим пунктам:

-Согласна прервать беременность на данном сроке;

-Согласна оставаться в клинике и принимать лекарственные препараты до полного опорожнения матки;

-Согласна выполнять требования, указанные в стандартах проведения прерывания беременности;

-Согласна при необходимости вернуться в клинику на обследование.

## **Этапы проведения Медикаментозного прерывания беременности**

### **с 12 до 22 недель**

1) Мифепристон по 200 мг (1 таблетка) женщина принимает 1 таблетку внутрь у врача в поликлинике или дома (по желанию), фиксируя время приема.

После приема мифепристона через 24-48 часов женщина госпитализируется в гинекологическое отделение стационара для приема мизопростола.

2) Мизопростол принимают в дозе 400мкг (одна таблетка – 200мкг) каждые 3 часа сублингвально (под язык) или трансбуккально (за щеку), рассасывая таблетки в течение 30 минут. Препарат можно ввести интравагинально. При остатках таблеток в ротовой полости можно принять их внутрь.

Доза Мизопростола принимается до полного изгнания плода и плаценты.

Если женщина не приняла мизопростол в течение 24-48 часов, то она может принять его не позднее 72 часов после приема мифепристона.

Если прошло более 72 часов, то метод следует начать заново.

Если мифепристон не доступен, то аборт можно провести только Мизопростолом: использовать повторные дозы 400 г Мизопростола, вводимого вагинально, сублингвально или буккально каждые 3 часа. (ВОЗ, 2018). Следует отметить, что при этом период изгнания плода и плаценты более длителен, чем при комбинации Мифепристон-Мизопростол.

## **Этапы МА при Неразвивающейся беременности**

### **при сроке 14-22 недели**

1) Мифепристон по 200 мг (1 таблетка) женщина принимает 1 таблетку внутрь у врача в поликлинике или дома (по желанию), фиксируя время приема.

2) После приема мифепристона через 24-48 часов женщина госпитализируется в гинекологическое отделение стационара для приема мизопростола. Принимается 400 мкг Мизопростола (2 таблетки по 200мкг)

под язык или интравагинально каждые 3-4 часов до полного изгнания плода и плаценты. Остатки таблеток через 30 минут после рассасывания в полости рта можно принять внутрь.

### **Неполный аборт при сроке 13-22 недели:**

Используется только Мизопростол по 400 мкг (2 таблетки по 200 мкг) каждые 3 часа сублингвально (под язык) или трансбуккально (за щеку). Таблетки рассасывают в течение 30 минут или вводят интравагинально. При остатках таблеток в ротовой полости можно принять их внутрь.

Доза Мизопростола принимается до полного изгнания плода и плаценты.

Медикаментозный Аборт во втором триместре может длиться от нескольких часов до суток или больше. В этот период необходимо создать для женщины психологически комфортные условия, поддержку со стороны медицинского персонала и присутствующего рядом (при ее согласии) близкого человека. Следует проводить гемодинамическое наблюдение с регистрацией показателей.

Если в течение 24 часов прерывания беременности не происходит, следует начать 2 тур МА: Мифепристон можно ввести повторно через 3 часа после последней дозы Мизопростола, а через 12 часов возобновить прием мизопростола. При отсутствии эффекта от медикаментозного прерывание беременности (отсутствие полного изгнания плодного яйца) в течение 48 -72 часов следует пересмотреть тактику и решить вопрос индивидуально.

### **Клинические симптомы и ведение в период изгнания плода и плаценты и после аборта**

Женщина будет отмечать:

- схваткообразные боли внизу живота и в пояснице;
- тошноту, рвоту и/или диарею;
- кратковременное повышение температуры тела и/или иногда озноб;
- возможно излитие околоплодных вод.

Все эти симптомы являются нормальным явлением. После полного изгнания плода и плаценты вышеуказанные симптомы быстро проходят.

Симптомы полного изгнания плода и плаценты:

- прекращение болей внизу живота;
- резкое уменьшение кровянистых выделений;
- при гинекологическом осмотре: сокращение матки и уменьшение ее в размерах;
- позже формирование и закрытие цервикального канала;

Женщину после полного изгнания плода и плаценты могут беспокоить менструальноподобные выделения из половых путей различной степени выраженности (от скудных кровянистых до мажущихся) в течение от 20-25 до 40 дней.

Изгнание последа при отсутствии кровотечения выжидают в течение 1 часа с приемом дополнительной дозы мизопростола 400мкг (2 таблетки). Если через 1 час нет симптомов отделения и выделения последа или полного опорожнения матки, то проводится хирургическое вмешательство (вакуумная аспирация, ручное отделение и выделение последа).

Контрольный гинекологический осмотр женщины с оценкой цервикального канала и размеров матки проводится через 2 часа после полного изгнания плода и плаценты.

Выписка женщины домой после прерывания беременности решается индивидуально в каждом конкретном случае.

Женщина должна быть четко проинформирована, что при необходимости ей следует обратиться за неотложной медицинской помощью.

**Медикаментозное прерывание беременности 22 недели и более\***

**(индукция преждевременных родов (ИПР)).**

Прерывание беременности в сроке 22 недели и более проводится при наличии медицинских показаний со стороны беременной женщины или у плода: врожденных аномалий развития, несовместимых с жизнью, или сочетанных аномалий развития плода с неблагоприятным прогнозом для его

жизни и здоровья, приводящих к стойкой потере функций организма вследствие тяжести и объема поражения при отсутствии методов эффективного лечения.

Безопасным и предпочтительным методом прерывания беременности после 22 недель является: медикаментозный метод.

Индукцированные преждевременные роды проводится медикаментозным путем:

- С применением Мифепристон и Мизопростола;
- С применением только Мизопростола.

А. Мифепристон по 200 мг (1 таблетка) женщина принимает 1 таблетку внутрь у врача в поликлинике или дома (по желанию), фиксируя время приема.

Б. После приема мифепристона через 24-48 часов женщина госпитализируется в акушерское отделение родильного дома для приема Мизопростола.

Доза, режим приема Мизопростола устанавливается в зависимости от срока беременности и внутриутробного состояния плода:

22-24 недели – 400 мкг (2 таблетки по 200 мкг) Мизопростола назначаются сублингвально, буккально или интравагинально каждые 3 часа до изгнания плода и плаценты;

25-28 недель – 200мкг (1 таблетка) Мизопростола назначается сублингвально, буккально или интравагинально каждые 4 часа;

Более 28 недель – 100 мкг Мизопростола назначается сублингвально, буккально или интравагинально каждые 6 часов.

После 28 недель для индукции родовой деятельности Мизопростол назначается по 25 мкг интравагинально каждые 6 часов или внутрь (per os) каждые 2 часа до 4 доз.

## **Медикаментозное прерывание беременности при антенатальной гибели плода**

До 26 недель – Мизопростол назначается по 200 мкг (1 таблетка), сублингвально, буккально или интравагинально каждые 4–6 часов до полного изгнания плода и плаценты.

26 нед – 28 нед – Мизопростол назначается по 100 мкг сублингвально, буккально или интравагинально каждые 4 часа.

После 28 недель– Мизопростол назначается по 25 мкг интравагинально каждые 6 часов или внутрь (per os) каждые 2 часа.

Если женщина не приняла Мизопростол в течение 24-48 часов, то она может принять его не позднее 72 часов после приема мифепристона. Если прошло более 72 часов, то метод следует начать заново.

Если Мифепристон не доступен, то индукция родов можно провести только Мизопростолом по вышеуказанным схемам в соответствии со сроком гестации. Следует отметить, что при этом период изгнания плода и плаценты более длителен, чем при комбинации Мифепристон-Мизопростол.

При отсутствии эффекта от медикаментозного прерывания беременности (отсутствие полного изгнания плодного яйца) в течение 48 -72 часов следует пересмотреть тактику и решить вопрос индивидуально.

Профилактика кровотечения в последовом и раннем послеродовом периодах проводится по стандартному алгоритму ведения. При отсутствии кровотечения, и/или без ультразвуковых или клинических признаков задержки частей последа внутриматочные вмешательства (инструментальное выскабливание, пальцевое или ручное обследование полости матки) не показаны.

При задержке последа в полости матки более 30 минут после экспульсии плода возможно применение Мизопростола.

### **Прерывание беременности ПОСЛЕ 24 недель с рубцом на матке.**

Многочисленные исследования показали, что использование Мизопростола не увеличивает риск разрыва матки в ранее рубцовой матке во

втором триместре по сравнению с другими агентами индукции, даже при трех или более предыдущих кесаревых сроках. Риск разрыва матки во время индукции второго триместра у пациентов с рубцовой маткой примерно 0,3%, и он незначительно выше, чем среди пациентов без кесарева сечения.

Гистеротомия проводится исключительно при:

- полном предлежании плаценты;
- массивном кровотечении с отслойкой нормально расположенной плаценты;
- тяжелой преэклампсии и отсутствии условий для влагалищного прерывания беременности;
- невозможности родоразрешения через естественные родовые пути из-за грубого порока развития мочеполовой системы у женщины;
- при абсолютных противопоказаниях к использованию других методов прерывания беременности.

Необходимость сопутствующей стерилизации не является показанием для выполнения подобной операции.

При наличии у пациентки резус-отрицательной крови без титра антирезусных антител и резусположительной или неизвестной группы крови плода в течение 72 часов после завершения беременности вводится антирезусный иммуноглобулин в соответствии с инструкцией к препарату.

Крайне важным является психологическое сопровождение пациентки на всех этапах нахождения в медицинском учреждении.

При наличии показаний к антибактериальной терапии целесообразно назначение препаратов широкого спектра действия.

Непосредственно после проведения прерывания беременности показано подавление лактации.

Перед выпиской из медицинской организации после искусственного прерывания беременности с каждой женщиной проводится консультирование, в процессе которого обсуждаются признаки осложнений, при которых женщина обязана незамедлительно обратиться к врачу; даются



рекомендации о режиме, гигиенических мероприятиях, по выбору метода контрацепции с целью предупреждения нежелательной беременности и прегравидарной подготовке к вынашиванию последующей беременности.

### **Осложнения**

**Аллергические реакции.** В редких случаях после приема Мифепристона отмечается аллергическая реакция в виде кожной сыпи, в связи с чем необходимо применение антигистаминных средств в стандартных разовых или курсовых дозировках.

**Кровотечение.** Избыточная кровопотеря (более 500 мл) может возникнуть вследствие травмирования матки, шейки матки или атонии матки. Частота этого осложнения составляет по данным мировой литературы не более 0,9%, из них необходимость в переливании крови возникает в 0,09 - 0,7% случаев. Риск кровотечения растет с увеличением срока беременности. Алгоритм ведения такой же, как при акушерских кровотечениях

**Разрыв матки** - потенциально серьезное осложнение при прерывании беременности во III триместре (0,2 - 0,4%), которое зачастую сопровождается кровотечением. Для устранения этого осложнения, как правило, требуется лапаротомия (в крайних случаях - гистерэктомия). Недооценка срока беременности может быть причиной неправильного подбора дозы Мизопростола. В периоде индукции родов противопоказано использование Мизопростола в сочетании с другими утеротоническими (Окситоцин) препаратами.

**Инфекции органов малого таза.** Частота инфекционных осложнений составляет 0,8-2%. Профилактический прием антибиотиков способствует значительному снижению относительного риска инфекции. Алгоритм ведения - как при акушерских гнойно-септических осложнениях.

**Осложнения анестезиологического пособия.** Уровень серьезных осложнений оценивается как 0,72 на 100 абортотворений при общей анестезии и 0,31 на 100 абортотворений при местной анестезии.

## ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ И ОСЛОЖНЕНИЯ

Под побочными эффектами понимают результаты лечения, отличные от предполагаемого результата, в число которых могут входить физиологические или психологические последствия. Большинство из них незначительны и не требуют вмешательства либо требуют несущественного вмешательства.

Осложнения – эффекты лечения, влекущие за собой потенциально серьезные клинические последствия и требующие медицинского вмешательства.

При обращении женщины с наличием каким-либо из осложнений, перечисленных ниже, необходимо осуществить экстренную госпитализацию в гинекологическую клинику для оказания неотложной медицинской помощи.

### **При медикаментозном аборте до 12 недель возможно:**

**Прогрессирующая беременность.** Частота встречаемости таковой - 0,5% от общего числа проведенных медикаментозных абортов. Женщине предлагают вакуумную аспирацию или повторное применение Мифепристона и Мизопростола. Данные о риске пороков развития плода при неэффективном медикаментозном аборте немногочисленны и неубедительны. Следовательно, настаивать на прерывании развивающейся беременности, если женщина желает сохранить ее, не нужно. Тем не менее следует информировать женщину, что в связи с тем, что влияние препаратов, вызывающих медикаментозный аборт, на плод неизвестно, ей необходимо наблюдение.

**Неполный аборт** - отсутствие полного опорожнения полости матки от остатков плодного яйца в течение последующих 7-14 дней после приема Мизопростола. Частота встречаемости - 5% от общего числа проведенных медикаментозных абортов.

Лечение: если отсутствуют признаки опасности (лихорадка, обильное кровотечение) - выжидательная тактика. Можно также предложить повторное назначение дополнительной дозы 600 мкг (3 таблетки) Мизопростола внутрь или 400 мкг (2 таблетки) сублингвально. При отказе женщины от дополнительной дозы Мизопростола провести вакуумное хирургическое вмешательство.

**Кровотечение (большая кровопотеря):** кровянистые выделения из половых путей оцениваются как кровотечение, если женщина использует, как минимум, две больших гигиенических прокладок в час в течение двух часов подряд. Сильное кровотечение, которое бы вызвало клинически значимые изменения гемоглобина, встречается редко. Примерно 1% женщинам потребуются вакуумная аспирация содержимого полости матки с целью остановки кровотечения. Необходимость в переливании крови составляет 0,05% от общего числа проведенных медикаментозных абортов.

Лечение: хирургическое вмешательство при соответствующих показаниях.

**Инфекционные осложнения:** Инфекция после медикаментозного аборта встречается редко, менее чем 1% от общего числа проведенных медикаментозных абортов.

Лечение: Антибактериальная терапия. При тяжелых формах - госпитализация в гинекологическое отделение.

**При медикаментозном аборте в сроках 12-22 недель возможно:**

**Кровотечение** является ожидаемым побочным эффектом и, как правило, не бывает чрезмерным. Обильное кровотечение (более 500 мл), требующее переливания крови, встречается с частотой около 0,7 %.

**Неполный аборт**, как правило, связан с длительной задержкой плаценты и является наиболее распространенной причиной обильного кровотечения (8-19%). В этом случае требуется инструментальное удаление остатков плаценты.

**Разрывы шейки матки** при медикаментозном аборте возможны, как и в случаях использования дилатации и эвакуации, с той же частотой (0,1-0,2 %).

Однако при изучении этого осложнения в ходе ретроспективного когортного исследования не было отмечено разрывов шейки матки, требующих наложения швов.

**Разрыв матки** после медикаментозной стимуляции во II триместре с применением Мифепристона и Мизопростола встречается крайне редко (0,1%) и обычно возникает при необходимости завершения процедуры хирургическим вмешательством. Имеется единичное свидетельство разрыва матки при применении Мизопростола у женщины с рубцом после кесарева сечения.

**Инфекция** является редким осложнением после медикаментозной индукции аборта в поздних сроках. Имеется лишь одно сообщение о применении антибиотиков у 2,6% женщин по поводу предполагаемой инфекции. С увеличением срока гестации риск инфекционных осложнений увеличивается. Исследованиями было показано, что в целом предоставление антибиотиков во время медикаментозного аборта способствовало снижению относительного риска инфекций на 76%.

Для профилактики инфекции рекомендуется рутинная антибиотикопрофилактика всем женщинам в случае хирургического завершения аборта (в день его выполнения перед началом манипуляции). При медикаментозном завершении аборта антибиотикопрофилактика всем женщинам не рекомендуется, но является целесообразной у женщин групп риска:

- если у пациентки в течение последних 12 месяцев была выявлена хламидийная инфекция без подтверждения ее эрадикации;
- лица, у половых партнеров которых выявлена хламидийная инфекция;
- диагностированный бактериальный вагиноз (независимо от наличия или отсутствия клинической картины);
- женщины, имеющие 2 и более половых партнера.

**При хирургическом прерывании беременности до 12 недель возможно:**

**Наличие неясной аспирированной ткани при аборте** на первом триместре или при лечении неполного выкидыша. Если аспирированной ткани мало или она не содержит явных продуктов зачатия, это может свидетельствовать о неполном удалении содержимого матки или на эктопическую беременность. Тактика: УЗИ органов малого таза, ХГЧ в крови (или моче), активное наблюдение.

**Неполная аспирация содержимого матки.** Использование слишком маленькой канюли или преждевременное прекращении аспирации может привести к неполному удалению ткани, геморрагии и инфекции. Во время вакуум-аспирации необходимо тщательное наблюдение за признаками опорожнения матки и внимательное исследование удаленной ткани. При неполной аспирации требуется повторная процедура и, как правило, введение антибиотиков.

**Эктопическую беременность** следует подозревать при отсутствии ворсин, мембран или частей эмбриона при обследовании аспирированной ткани. Для уточнения диагноза необходимо УЗИ, определение ХГЧ в динамике и при необходимости - лапароскопия.

**Острая гематометра** – задержка крови в полости матки, не сопровождающаяся воспалительным процессом. Это осложнение заключается в нарушении оттока крови из матки, что приводит к расширению ее полости. Проявляется сильными схваткообразными болями и вагусными симптомами, появляющимися обычно в пределах двух часов после процедуры. Пальпация позволяет обнаружить увеличение матки, ее болезненность, неоднородность консистенции. Подтверждение диагноза возможно при ультразвуковом исследовании.

Тактика: повторная аспирация содержимого матки, введение средств, повышающих тонус матки и приводящих к ее сокращению. Антибактериальная терапия.

**Перфорация тела или шейки матки.** Эти осложнения наиболее вероятны при несоблюдении техники операции и наличии сопутствующей инфекции. Для предотвращения этих осложнений важно правильно определить положение шейки матки и тела матки. Перфорация матки может привести к повреждению внутренних органов и кровеносных сосудов.

Тактика: УЗИ преимущественно трансвагинально, наблюдение, при необходимости - диагностическая лапароскопия.

Хирургическая активность зависит от характера повреждения матки и соседних органов. При подозрении на перфорацию матки необходимо принять надлежащие меры, включающие лапароскопию и в некоторых случаях - лапаротомию.

**Кровотечение.** Лечение кровотечения зависит от его причины и тяжести. Может включать в себя повторную аспирацию, введение утеротонических средств, массаж матки, переливание крови и ее компонентов, лапаротомию.

**Инфекция малого таза.** Лечение антибиотиками.

**Воздушная эмболия.** Это случается редко, в случаях, когда поршень шприца продвигается вперед, а канюля все еще остается в полости матки.

#### **Ведение пациентки в случае осложнений.**

При обращении женщины с наличием каким-либо из осложнений, перечисленных ниже, необходимо осуществить экстренную госпитализацию в гинекологическую клинику для оказания неотложной медицинской помощи.

1) Необходимо наличие функционирующего оснащения и соответствующих лекарственных препаратов для оказания срочной медицинской помощи, а именно: систему подачи кислорода, инструменты для оральной оксигенации, утеротонические препараты, кристаллоидные растворы для внутривенного введения, антагонисты наркотических препаратов, глюкокортикоиды, адреналин и транквилизаторы.

2) Необходимо обеспечить непрерывное повышение квалификации персонала в вопросах использования оснащения для оказания срочной

медицинской помощи; должны быть обеспечены условия для оказания помощи при неотложных состояниях, а также для неотложной перевозки.

3) Медицинский персонал должен быть обучен методам сердечно-сосудистой и легочной реанимации.

4) Необходимо наличие функционирующего оснащения и нужных лекарственных препаратов для оказания срочной медицинской помощи,

## **1. Кровотечение:**

Интраоперационное кровотечение:

В случае чрезмерного кровотечения врач обязан принять меры для установления причины кровотечения и его прекращения.

Отсроченное кровотечение:

1) Если у женщины развивается чрезмерное кровотечение (наполнение в течение часа более чем одной внешней прокладкой в течение двух и более часов подряд) после процедуры, она должна находиться под наблюдением в том же медицинском учреждении либо должна быть направлена в медучреждение больничного типа.

2) Как правило, чрезмерное кровотечение в послеоперационный период вызвано гипотонией матки, что является результатом неполного опорожнения полости матки. Предпринимаемые усилия должны быть направлены на полное опорожнение полости матки и проведение обследования удаленной ткани, а также назначение утеротоников.

## **2. Неполный аборт:**

1) Неполный аборт может проявиться сразу же в виде кровотечения, или его симптомы могут проявиться позднее в виде позднего чрезмерного (персистирующего) кровотечения, сопровождаемого острыми схваткообразными болями в нижней части живота. Диагноз устанавливается в результате медицинского осмотра (при проведении бимануального исследования матка мягкой консистенции, увеличена в объеме) и ультразвукового обследования.

2) Незначительное количество оставшихся тканей может выделяться спонтанно, при этом нет необходимости в проведении хирургического вмешательства. Большие количества оставшихся тканей могут стать причиной кровотечения и инфекции. Лечение зависит от общего состояния пациентки, от степени тяжести кровотечения, и варьирует от выжидательной тактики, электрической или мануальной вакуумной аспирации до назначения 400 мкг мизопростола под язык или 600 мкг перорально с последующим наблюдением пациентки в течение 2-3 часов. При отсутствии признаков инфекции назначение антибиотиков происходит на выборочной основе. Антибиотики необходимы в случае видимых признаков инфекции.

### **3. Перфорация:**

1) Перфорация матки является одним из осложнений прерывания беременности, которое может привести к повышенной заболеваемости и смертности.

2) При наличии подозрений на перфорацию матки, если канюля введена в полость матки, аспирацию необходимо немедленно прекратить до выведения канюли.

3) Подозрение на перфорацию матки является основанием госпитализации женщины в специализированное отделение.

4) При подозрении на перфорацию матки рекомендуется проведение лапароскопии с целью установки диагноза.

5) При подозрении на перфорацию, но с отсутствием у пациентки соответствующих симптомов, женщина подлежит наблюдению в условиях стационара как минимум в течение 48 часов.

6) Если перфорация произошла в амбулаторных условиях, пациентка подлежит обязательной госпитализации.

### **4. Гнойно-септические осложнения:**

1) Гнойно-септические осложнения после аборта являются причиной повышенной заболеваемости.



2)Подозрения на гнойно-септические осложнения являются показанием для госпитализации женщины в специализированное отделение.

3)На любой случай гнойно-септических осложнений должно составляться экстренное извещение для соответствующего эпидемиологического уведомления.

4)Лечение антибиотиками. Интенсивность терапии зависит от тяжести гнойно-септического осложнения.

### **ПРИВЕРЖЕННОСТЬ**

Искусственное прерывание беременности - это процедура, эмоционально разрушительная как для самой женщины, так и для ее близких. Психологическое состояние женщины часто может поставить под угрозу процесс прерывания беременности и течение послеабортного периода. Кроме того, искусственное прерывание беременности может способствовать развитию депрессии, тревожности и способствовать еще большему отрицательному влиянию на приверженность пациентов. С учетом данных состояний ответственность за успешное проведение искусственного прерывания беременности ложится на работников программы здравоохранения, врачей и самих пациентов. Слабая приверженность к методу прерывания беременности, особенно по медицинским показаниям, может привести к развитию серьезных осложнений, вплоть до смерти женщины при пролонгировании беременности или инвалидизации. Повышение приверженности должно стать первоочередной задачей в борьбе за здоровье женщины.

#### Общий подход к проблемам приверженности

При наличии приверженности к проводимому искусственному прерыванию беременности следует оценить ситуацию и выявить причины.

Необходимо учитывать следующие факторы:

- купирование нежелательных явлений (побочных эффектов);

- уровень санитарного просвещения, в том числе повышение осведомленности об искусственном прерывании беременности и объяснение важности соблюдения протокола прерывания беременности;
- удаленность места жительства от места медицинского учреждения больше чем на 50 км;
- финансовые затруднения;
- сопутствующие психиатрические заболевания;
- злоупотребление алкоголем или наркотическими веществами.

#### Основные категории низкой приверженности:

- пропуск одной из видов лекарств или очередной дозы;
- отказ от приема определенного препарата или очередной дозы;
- отсутствие мониторинга полного индуцированного прерывания беременности;
- консультирование и выполнение искусственного прерывания беременности низкого качества или необученным специалистом.

#### Пропуск одной из видов лекарств или очередной дозы

Некоторые пациенты не принимают Мифепристон или Мизопростол, а такие при искусственном прерывании после 12 недель - одну из очередных доз мизопростола. Причиной такой ситуации может быть недееспособность женщины, отсутствие достаточной информации и консультирования. Данная ситуация приводит к прогрессированию беременности, неполному аборту, удлинению длительности процедуры, а в более поздних сроках - к дополнительному хирургическому вмешательству.

#### Алгоритм действий:

Женщина пропустила прием мифепристона:

- узнать причину;
- в амбулаторных условиях медсестра должна информировать врача.

Женщина пропустила прием мизопростола:

- Медсестра информирует врача;

- Врач должен обсудить с пациентом причину и последствия пропуска препарата;
- Если время пропуска Мизопростола после приема Мифепристона превышает более 72 часов, метод МА повторяется заново;
- Если время пропуска Мизопростола после приема Мифепристона не превышает более 72 часов, метод МА можно будет продолжить;
- Если пропущена очередная доза Мизопростола при прерывании беременности после 12 недель – врачу необходимо провести повторную консультацию. При согласии женщины прием очередной дозы мизопростола продолжается, при отказе - предлагается хирургическое прерывание беременности.

## **ПОСЛЕАБОРТНАЯ КОНТРАЦЕПЦИЯ.**

Предотвращение повторной нежелательной беременности является необходимой составляющей качественного оказания медицинской помощи женщинам при аборте. Применение «гормональной реабилитации» с помощью КОК после медикаментозного аборта не имеет научного обоснования, так как синтез гонадотропных и стероидных гормонов в послеабортном периоде не изменяется, а овуляция наступает уже в цикле прерывания беременности на 2-3-й неделе после приема мифепристона у 55% женщин, в следующем цикле - у 85%, т.е. на уровне популяции.

Исследования, проведенные в последние годы, свидетельствуют о том, что контрацепция после аборта должна быть начата как можно раньше - сразу после прерывания беременности. Это способствует увеличению количества пользователей надежной контрацепцией и повышению приверженности, т.е. более продолжительному использованию контрацепции по сравнению с отсроченным введением.

Принятие женщиной метода контрацепции ни в коем случае не должно быть предварительным условием для проведения аборта. Установлено, что

применение контрацепции сразу после аборта улучшает соблюдение режима лечения и снижает риск нежелательной беременности.

Необходимо информировать всех женщин о том, что овуляция может возобновиться в течение 2 недель после аборта, и это подвергает их риску беременности, если не использовать эффективный метод контрацепции.

Если женщина заинтересована в контрацепции, ей потребуется четкая информация, которая поможет ей выбрать самый подходящий метод контрацепции, соответствующий ее потребностям. Следует учитывать, что некоторые женщины предпочитают обсуждать варианты контрацепции после завершения аборта.

Если женщина хочет сделать аборт после того, как, по ее мнению, примененный ей метод контрацепции оказался неэффективным, обсудите, мог ли метод использоваться неправильно, и как его применять правильно, или, возможно, ей целесообразнее перейти на другой метод.

Качественное консультирование - это фактор высокой приверженности, так как те, кто доволен выбранным методом, используют его в течение более длительного времени.

«Первая линия» контрацепции для большинства женщин, в том числе после родов и после аборта (в том числе для подростков): пролонгированные обратимые методы - Long-Acting Reversible Contraception (англ., LARC) - имплантат, ВМС, внутримышечная инъекция, вагинальное кольцо (уровень доказательности рекомендаций - А).

КОК также является приемлемым методом контрацепции после аборта, если женщина выбрала этот метод.

Сроки начала применения контрацептивов приводятся в соответствие с рекомендациями ВОЗ, 2012 г.:

**ВМС.** В отношении ВМС при медикаментозном аборте рекомендуется их введение между 9 и 14 днем после приема мифепристона (в день контрольного осмотра). Возможно также введение между 3 и 9 днями, если

есть уверенность, что аборт произошел. Никакого дополнительного метода не требуется.

Объем кровотечения, частота экспульсии и интенсивность болевых ощущений при выборе ВМС существенно не отличаются между группами с немедленным и отсроченным (через 4 недели) введением ВМС. Также не было зарегистрировано беременностей, перфорации или случаев воспалительных заболеваний тазовых органов. Кроме этого, преимуществом немедленного введения ВМС отмечалась безболезненность процедуры. Особо подчеркивается, что качество консультирования по вопросу принятия решения о контрацепции имеет решающее значение в выборе имплантата или ВМС и сроков их введения. Соблюдение данных рекомендаций демонстрирует значительно более низкий процент повторных абортов.

**Гормональные контрацептивы.** В случае наличия противопоказаний для использования средств длительного действия, или предпочтении женщиной КОК, их следует начать принимать в день приема мифепристона (или через 2-3 дня, но не позднее 5-го дня).

При использовании сразу после приема мифепристона/мизопростола гормональных контрацептивов отсутствуют различия:

- В частоте полного аборта
- Сроков экспульсии плодного яйца
- Количестве осложнений
- Длительности и объеме кровотечения.

**Когда начать контрацепцию, в зависимости от метода:**

Гормональная контрацепция (таблетки (КОК), кольцо, пластырь, инъекционные препараты, импланты) - в день выполнения аборта или в день приема Мифепристона (мизопростола)

ВМС - в день контрольного осмотра (между 9 и 14 днем), убедившись, что плодного яйца в матке нет

Барьерные методы - при возобновлении половой жизни.

В итоге, окончательное решение о том, использовать ли противозачаточные средства и какой именно метод применять, остается за женщиной.

### **Поддержание основных медицинских услуг: оперативное руководство в контексте COVID-19**

Во время таких вспышек заболеваний доступ к услугам в сфере сексуального и репродуктивного здоровья (СРЗ) может серьезно нарушаться, что лишает людей, особенно женщин и девочек, ряда возможностей и подвергает их рискам для здоровья, которые в иных условиях можно было бы предотвратить. Ограничение доступности основных услуг по сохранению репродуктивного здоровья (СРЗ) и ЗМН приведет к многим тысячам случаев смерти матерей и новорожденных из-за миллионов дополнительных нежелательных беременностей, небезопасных аборт и осложненных родов без доступа к основной и неотложной помощи. Даже сокращение объема этих услуг на 10% может привести к приблизительно 15 миллионам нежелательных беременностей, 3,3 миллионам небезопасных абортов и 29 000 дополнительных случаев материнской смертности на протяжении следующих 12 месяцев.

#### **Доступ к безопасному прерыванию беременности**

Рассмотреть возможность уменьшения препятствий, которые могут задержать оказание помощи и, следовательно, увеличить риск для подростков, переживших изнасилование и других лиц, особенно уязвимых в этом контексте.

Рассмотреть возможность использования неинвазивных медицинских методов для ведения безопасного аборта и неполного аборта.

Свести к минимуму посещения медицинских учреждений и контакты врача и пациента за счет использования телемедицины и подходов к самоуправлению, когда это применимо, обеспечивая при необходимости доступ к обученному акушер-гинекологу.

Регулярно оценивать данные лекарств и расходные материалы для абортов и ухода после аборта, чтобы избежать возможных дефицитов при возобновлении нормального обслуживания.

Рассмотреть возможность расширения механизмов телемедицины для доставки лекарств в контекстах, где доказана их эффективность.

В период пандемии Ковид 19 приказ МЗ №759 от 25.09.2020 разрешает дистанционное до и постабортное консультирование с забором мифепристона, домашним фармабортом и самооценкой.

# ПРИЛОЖЕНИЯ

## Тестовые задания

### **1. Алгоритм назначения экстренной контрацепции**

- 1) выбор варианта экстренной контрацепции;+
- 2) гормональный скрининг;
- 3) исключить уже существующую беременность;+
- 4) чётко определить время полового контакта.+

### **2. Анти-Rh-иммуноглобулин рекомендуют вводить**

- 1) в день выполнения вакуум-аспирации;+
- 2) вместе с приёмом простагландина;
- 3) после приема простагландина;
- 4) в течении 72 ч после выполнения вакуум-аспирации +.

### **3. Безопасным абортом называют процедуру**

- 1) выполняемую без соблюдения необходимых санитарных условий;
- 2) выполняемую медицинским работником легально;+
- 3) выполняемую медицинским работником нелегально;
- 4) выполняемую с соблюдением необходимых санитарных условий;+
- 5) когда риск тяжелых осложнений минимален.+

### **4. В Узбекистане методика вакуумной аспирации используется**

- 1) до 10 недель беременности;
- 2) до 6 недель беременности;
- 3) до 22 недель беременности;
- 4) до 12-14 недель беременности.+

### **5. В перечень обязательных исследований для аборта в I триместре входит**

- 1) УЗИ;+
- 2) клинический и биохимический анализ крови;
- 3) микроскопия мазка влагалищного секрета;+
- 4) определение группы крови и Rh-фактора.+

### **6. В случае выявления неэффективности медикаментозного аборта на контрольном визите женщине показано**

- 1) вакуум-аспирация содержимого полости матки;+
- 2) дилатация и кюретаж полости матки;
- 3) использование простагландинов;
- 4) повторное проведение медикаментозного аборта.

### **7. В сроки менее 12 недель в обязательной госпитализации для искусственного прерывания беременности нуждаются женщины**

- 1) с аллергическими реакциями;+
- 2) с аномалиями развития половых органов;+
- 3) с миомой матки;+
- 4) с острыми воспалительными процессами органов малого таза;
- 5) с отягощённым акушерским анамнезом.+

### **9. Вакуумная аспирация (мануальная или электрическая) в Узбекистане проводится при сроке**



- 1) 12-14 недель;+
- 2) 15-18 недель;
- 3) 20-22 недели;
- 4) до 6 недель.

**10. Вакуумная аспирация предполагает эвакуацию содержимого полости матки в сроки до**

- 1) до 12 недель беременности;+
- 2) до 16 недель беременности;
- 3) до 18 недель беременности;
- 4) до 22 недель беременности.

**11. Введение вагинального кольца рекомендуется**

- 1) не позднее 5-го дня после выполнения аборта;+
- 2) через 10 дней после аборта;
- 3) через 14 дней после аборта;
- 4) через 7 дней после аборта.

**12. Введение имплантата рекомендуется**

- 1) в день хирургического аборта;+
- 2) во время первого или второго визита при медикаментозном аборте;+
- 3) сразу после выкидыша;+
- 4) через неделю после хирургического аборта.

**13. Во время первого визита**

- 1) оценивается эффективность медикаментозного аборта;
- 2) пациентка принимает препараты для прерывания беременности;
- 3) пациентка принимает решение относительно беременности;
- 4) пациентку информируют о возможных методах прерывания беременности.+

**14. Во время проведения медикаментозного прерывания беременности пациентка должна совершить**

- 1) 1 визит;
- 2) 2 визита;+
- 3) 3 визита;
- 4) 4 визита.

**15. Действия акушер-гинеколога при консультировании женщины перед абортом включают**

- 1) консультацию по контрацепции;+
- 2) проведение осмотра, наблюдение беременных;+
- 3) проведение разъяснительной работы, направленной на сохранение репродуктивного здоровья;+
- 4) содействие в оформлении документов по получению выплаты пособий при рождении ребёнка.

**16. Для инъекционной контрацепции используют**

- 1) депонированный медроксипрогестерона ацетат;+
- 2) левоноргестрелсодержащую внутриматочную гормональную релизинг-систему;
- 3) медьсодержащий внутриматочный контрацептив;
- 4) этоноргестрел.

**17. Для экстренной контрацепции можно использовать**

- 1) левоноргестрел;+
- 2) мизопростол;
- 3) мифепристон;
- 4) улипристала ацетат.

**18. К безопасным методам прерывания беременности относят**

- 1) вакуум-аспирацию;+
- 2) интраамниотическое введение гипертонических растворов;
- 3) дилатация и кюретаж полости матки;
- 4) медикаментозный аборт.+

**19. К преимуществам вакуумной аспирации относятся**

- 1) атравматичность метода;+
- 2) исключение риска перфорации матки;+
- 3) необходимость использования расширителей Гегара;
- 4) отсутствие необходимости в контрольном кюретаже матки;+
- 5) отсутствие риска развития цервикальной недостаточности.+

**20. К современным безопасным технологиям прерывания беременности в I триместре относят**

- 1) вакуумную аспирацию (мануальную или электрическую);+
- 2) интраамниотическое введение простагландинов;
- 3) кюретаж полости матки с целью удаления плодного яйца;
- 4) медикаментозный метод с использованием мифепристона и мизопростола.+

**21. К составляющим безопасной медицинской помощи женщинам с нежеланной беременностью по всемирной организации здравоохранения относятся**

- 1) доступность;+
- 2) информированность;+
- 3) качество оказания услуг;+
- 4) своевременность.

**22. К устаревшим способам прерывания беременности, не рекомендуемым к использованию, относят**

- 1) вакуум-аспирацию;
- 2) интраамниотическое введение гипертонических растворов;+
- 3) интраамниотическое введение простагландинов;+
- 4) кюретаж полости матки;+
- 5) медикаментозный аборт.

**23. Клинические проявления медикаментозного аборта включают**

- 1) длительное менструальноподобное кровотечение;+
- 2) интенсивное кровотечение;
- 3) острую боль;
- 4) схваткообразную боль;+
- 5) тянущую боль.

**24. Комбинированная тактика во время вакуумной аспирации включает в себя**

- 1) вербальную поддержку;+
- 2) внутривенный наркоз;
- 3) парацервикальную блокаду 1% лидокаином;+

- 4) подготовку шейки матки к вмешательству;+
- 5) приём седативных препаратов и анальгетиков.+

**25. Консультирование женщин перед абортом проводит медицинский работник**

- 1) без медицинского образования, прошедший специальное обучение;
- 2) консультирование не проводится;
- 3) с высшим медицинским образованием, прошедший специальное обучение;+
- 4) со средним медицинским образованием, прошедший специальное обучение.+

**26. Контрольный визит для оценки эффективности медикаментозного аборта необходимо проводить**

- 1) через 1 день после приёма мифепристона;
- 2) через 14 дней после приёма мифепристона;+
- 3) через 3 дня после приёма мифепристона;
- 4) через 7 дней после приёма мифепристона.

**27. ВМС рекомендовано вводить**

- 1) в день хирургического аборта;+
- 2) между 9-м и 14-м днями после приёма мифепристона;+
- 3) через 3 дня после приема мифепристона;
- 4) через неделю после хирургического аборта.

**28. Наиболее значимые инфекционные агенты, провоцирующие септические процессы после искусственного прерывания беременности**

- 1) анаэробы;
- 2) гонококки;+
- 3) микоплазмы;
- 4) хламидии.+

**29. Небезопасным абортом называют процедуру**

- 1) выполненную лицами, не имеющими специальной подготовки;+
- 2) выполняемую без соблюдения необходимых санитарных условий;
- 3) выполняемую медицинским работником легально;+
- 4) выполняемую медицинским работником нелегально;
- 5) выполняемую с соблюдением необходимых санитарных условий.+

**30. Одним из ведущих факторов риска послеабортной инфекции является**

- 1) анаэробная инфекция;
- 2) бактериальный вагиноз;+
- 3) вирусная инфекция;
- 4) микоплазменная инфекция.

## СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

**Задача №1** К врачу ВОП обратилась пациентка 23 лет с жалобами на обильные кровянистые выделения со сгустками из влагалища, начавшиеся 1 час назад. Считает себя беременной, т.к. имеет задержку менструации на два месяца, беспокоит по утрам тошнота. Кровотечению предшествовали схваткообразные боли внизу живота. С целью прерывания беременности использовала комбинацию мифепристона и мизопростола на дому за 1 день до обращения в мед.учреждение. Замужем. В анамнезе одни роды и один медицинский аборт 5 месяцев назад без осложнений. При осмотре отмечается умеренная бледность кожных покровов. Влагалищное исследование: во влагалище сгустки крови, шейка матки синюшная, зев пропускает свободно 1 палец. Матка мягковатой консистенции, слегка болезненная, увеличена до 6-7 недель беременности. Придатки без особенностей.

1. Поставьте предположительный диагноз.
2. Обоснуйте ответ.
3. Определите свою тактику по отношению к женщине
4. Назовите объем доврачебной помощи.
5. Назовите классификацию аборт.

**Задача №2.** Больная 25 лет доставлена в больницу с жалобами на боли в животе и беспрерывную рвоту. Больной считает себя со вчерашнего вечера, когда на дому ей был сделан медикаментозный аборт при сроке 12 недель беременности. При поступлении: состояние больной тяжелое, температура 37,4, пульс 120 ударов в 1 минуту, малого наполнения, мягкий. Учащенное дыхание, кожные покровы бледны, с желтушным оттенком. Живот не вздут, но напряжен, болезнен при пальпации, при перкуссии в нижних отделах притупление перкуторного тона. Влагалищное исследование: Шейка цилиндрической формы, шеечный канал пропускает палец, матка определяется неотчетливо из-за напряженной брюшной стенки. Слева придатки не определяются, в правом своде пастозность. Исследование резко болезненно. Умеренные кровянистые выделения.

- 1.Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. В чем ошибки ведения пациентки в женской консультации.

**Задача №3** Больная 41 г., поступила с жалобами на кровяные выделения в умеренном количестве. Менструации с 14 лет, установились сразу, по 3-4 дня через 28 дней, безболезненные, умеренные. Последняя – 3 месяца назад. Половая жизнь с 20 лет в браке. Имела 9 беременностей: Роды-3, М/А-6, без осложнений. Объективно: состояние удовлетворительное, пульс – 72 в мин., АД – 110/70 мм рт.ст. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Живот мягкий, безболезненный. В зеркалах: Влагалищная часть

шейки матки цилиндрической формы, без эрозий. Цианоз слизистых. Выделения темные кровянистые. Бимануально: Тело матки мягкое, подвижное, безболезненное, увеличено до 11–12 недель беременности. Наружный зев пропускает кончик пальца. Придатки с обеих сторон не пальпируются, область их безболезненна.

**ДИАГНОЗ, ТАКТИКА ВРАЧА.**

**Задача №4** Больная 24 лет доставлена в стационар бригадой скорой помощи с жалобами на схваткообразные боли внизу живота, обильные со сгустками кровянистые выделения из половых путей, слабость. АД 100/60 мм рт. ст., пульс 90 в мин., температура 37°C. Последняя нормальная менструация 2 мес назад. Гинекологический статус: влагиалищная часть шейки матки цианотичная, наружный зев пропускает палец. Матка увеличена до 6 недель беременности, болезненная. Придатки с обеих сторон не определяются. Своды глубокие, безболезненные.

**ДИАГНОЗ. НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ.**

**Задача №5** Больная С., 32 лет поступила в отделение гинекологии с жалобами на кровяные выделения из половых путей в умеренном количестве. Менструации с 14 лет, установились сразу, по 4-5 дней, цикл 28 дней, безболезненные, умеренные. Последние нормальные месячные были 2 месяца назад. Половую жизнь ведёт с 20 лет, имела 9 беременностей, из них Роды-2, М/А-7, без осложнений. Перенесённые гинекологические заболевания отрицает.

Объективное состояние больной удовлетворительное, пульс 78 в мин, АД 110/70 ммрт.ст. Влагиалищное исследование: шейка матки чистая, цилиндрической формы, наружный зев закрыт, имеется цианоз шейки матки. Тело матки мягкое, подвижное, безболезненное, округлой формы, увеличено в размерах до 8-9 недель беременности. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненная. Выделения тёмные, кровяные, умеренные.

**ДИАГНОЗ, ТАКТИКА ВРАЧА.**

## СПИСОК РЕКОМЕНДОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Медикаментозное ведение аборта, 2018 – WHO - ISBN 978-92-4-155040-6
2. Безопасный аборт. Рекомендации для систем здравоохранения по вопросам политики и практики. - ВОЗ. Женева. – 2003, 2006, 2012 гг.
3. Библиотека репродуктивного здоровья ВОЗ - /БРЗ. Наиболее эффективные клинические методики в области сексуального и репродуктивного здоровья. - ВОЗ, Женева. – 2009 г., № 12
4. Руководства и протоколы по аборту в первом триместре беременности. Хирургические и медикаментозные вмешательства. /под.ред. Марсель Викеманс. - МФПР, 2010 г.
5. Стандарты по проведению прерывания беременности в безопасных условиях (министерство здравоохранения Республики Молдова, 2020).
6. RCOG (2004). The Care of Women Requesting Induced Abortion. Evidence-based Clinical Guideline Number 7. London.
7. Solter C, Miller S. (2000). Comprehensive reproductive health and family planning training curriculum.
8. Misoprostol. Major labeling changes. WHO Pharmaceuticals Newsletter, 2007
9. Tang O.S. et al. The effect of contraceptive pills on the measured blood loss in medical termination of pregnancy by mifepristone and misoprostol: a randomized placebo controlled trial. Human Reproduction, 2002, 17:99-102
10. Руководство по предоставлению медицинской помощи и услуг в области СРЗ (третье издание) под редакцией М.Поулсона – IPPF, 2009 г. Лондон
11. WHO (2014) Clinical Practice Handbook for Safe Abortion
12. Abortion care (NICE. 2019)
13. Роли работников здравоохранения в предоставлении медицинской помощи по безопасному прерыванию беременности и контрацепции после аборта, ВОЗ (2015 г), <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle>
14. «Медицинские критерии приемлемости для использования методов контрацепции», 5-ое издание, ВОЗ, 2015;

15.COVID-19 and abortion care. Version 3.1: Royal College of Obstetricians&Gynaecologists – July-2020

16.How will the coronavirus affect access to safe abortion. Internatiol Planned Parenthood Federation – IPPF/- 2020//3.

17.Национальный клинический протокол о порядке проведения искусственного прерывания беременности. Национальная палата инновационного здравоохранения республики Узбекистан, МЗРУз 2020г..

18.Поддержание основных медицинских услуг: оперативное руководство в контексте COVID-19, 2020 г.

## Формы информированного согласия для искусственного прерывания соответственно сроку беременности и методу аборта.

### Информированное добровольное согласие на искусственное прерывание беременности до 12 недель медикаментозным методом в амбулаторно-поликлинических условиях

Лечебное учреждение \_\_\_\_\_

Амбулаторная карта \_\_\_\_\_

Ф.И.О. (полностью) \_\_\_\_\_

Год рождения \_\_\_\_\_ Телефон \_\_\_\_\_

Домашний адрес: \_\_\_\_\_

Я, (Ф.И.О) \_\_\_\_\_, в соответствии Законодательства Республики Узбекистан об охране здоровья граждан, настоящим подтверждаю, что приняла решение о прерывании моей данной беременности со сроком \_\_\_\_\_ недель и согласна на проведение мне процедуры искусственного прерывания беременности.

Я информирована врачом, что прерывание беременности может осуществляться как медикаментозным, так и хирургическим методами. Я самостоятельно выбрала медикаментозное прерывание беременности с помощью препаратов (подчеркните): Мифепристон, Мизопростол как неинвазивный метод искусственного прерывания беременности.

Я предупреждена, что не должна прибегать к подобному методу, если не уверена, что хочу прервать эту беременность.

Я предупреждена, что медикаментозное прерывание беременности может не произойти, или процедура может закончиться неполным абортом. В этих случаях я согласна прервать беременность хирургическим путем (мануальной вакуум-аспирацией и др.).

Я также предупреждена, что, если я решу сохранить беременность после приема указанных выше препаратов, то возможно рождение больного ребенка, и всю ответственность принимаю на себя.

Я подтверждаю, что ознакомилась с протоколом медикаментозного прерывания беременности, противопоказаниями и побочными эффектами при ее проведении, а также с инструкцией на препараты (подчеркните): Мифепристон, Мизопростол.

Я согласна самостоятельно принимать дома препараты Мифепристон и Мизопростол, соблюдая условия данного протокола, а также вернуться в клинику для контрольного обследования.

Я предупреждена, что при желании могу в любое время отказаться от этого метода и потребовать закончить аборт хирургическим путем (мануальной вакуум-аспирацией).

Я поняла, что: \_\_\_\_\_ (мифепристон) принимаю внутрь в дозе \_\_\_\_\_ самостоятельно дома;

через \_\_\_\_\_ часов Я самостоятельно дома \_\_\_\_\_ (указать путь введения) буду принимать Мизопростол \_\_\_\_\_ мкг;

при наличии неполного аборта возможен повторный прием Мизопростола в той же дозировке и/ или выполнение хирургического (мануальной вакуум-аспирации) аборта.

Мне даны разъяснения:

об основных этапах медикаментозного аборта;

о побочных действиях назначаемых мне препаратов для медикаментозного аборта, а также тех препаратов, которые я могу принять для профилактики рвоты, спазмов, болей, озноба с повышением температуры тела при изгнании плодного яйца из матки;



о возможных осложнениях: аллергической реакции на препараты, патологическом кровотечении/кровопотере, неполном аборте (задержке плодного яйца в полости матки), развитии инфекции и продолжающейся беременности при отсутствии чувствительности моего организма к данным препаратам.

Врач предупредил меня, что 100 % гарантии предотвращения возможных осложнений не бывает, но их частота невелика и составляет суммарно не более 5 %, не исключено, что могут прибегнуть хирургическому методу прерывания.

☑ Я буду иметь связь с медицинским персоналом по телефону \_\_\_\_\_, и могу вернуться для дополнительной консультации и через 7-14 дней на контрольный осмотр для подтверждения полного аборта.

Я получила адрес и координаты клиники для незамедлительного обращения в случае развития осложнений.

Я информирована врачом также о режиме поведения ( в том числе половой жизни) и возможных последствиях при его нарушении, необходимости приема назначаемых мне лекарственных препаратов в соответствии с предписанием лечащего врача.

Со мной проведена беседа о целесообразности использования в дальнейшем средств для предупреждения нежелательной беременности, предоставили информацию о существующих методах контрацепции.

Я выбрала \_\_\_\_\_ вид контрацепции и буду его использовать \_\_\_\_\_

Я имела возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получила исчерпывающие ответы.

#### **Заключение**

Получив полную информацию о возможных последствиях и осложнениях в связи с проведением медикаментозного аборта, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, на меня не оказывалось давление, и я осознанно принимаю решение о проведении мне процедуры медикаментозного аборта с использованием препаратов:

Пациент (Ф.И.О.) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Я свидетельствую, что мною в полной мере разъяснены пациентке суть, ход выполнения, риск возможных осложнений и альтернативу проведения медикаментозного прерывания беременности, даны ответы на все вопросы.

Врач (Ф.И.О.) \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

**Информированное добровольное согласие на искусственное прерывание беременности до 12 недель хирургическим методом**

Лечебное учреждение \_\_\_\_\_

Абортная карта \_\_\_\_\_

Ф.И.О. (полностью) \_\_\_\_\_

Год рождения \_\_\_\_\_ Телефон \_\_\_\_\_

Домашний адрес: \_\_\_\_\_

Я, (Ф.И.О) \_\_\_\_\_, в соответствии с Законодательством Республики Узбекистан об охране здоровья граждан, настоящим подтверждаю, что приняла решение о прерывании моей беременности со сроком \_\_\_\_\_ недель и согласна на проведение мне процедуры искусственного прерывания беременности.

Я информирована врачом, что прерывание беременности может осуществляться как медикаментозным, так и хирургическим методами. Я самостоятельно выбрала прерывание беременности хирургическим методом (мануальной или электрической вакуумной аспирацией, подчеркните).

Я предупреждена, что не должна прибегать к подобному методу, если не уверена, что хочу прервать эту беременность.

Я проинформирована врачом о нижеследующем:

о методах искусственного прерывания беременности: медикаментозном, хирургическом( мануальная или электрическая вакуумная аспирация); о преимуществах, недостатках этих методов и возможных осложнениях;

о методах обезболивания, их эффективности, возможных осложнениях;

о том, что при условии строжайшего соблюдения соответствующих норм и правил проведения искусственного прерывания беременности 100% гарантии предотвращения возможных осложнений во время процедуры и послеабортном периоде не существует ;

о необходимости приема назначенных мне лекарственных препаратов согласно предписанию лечащего врача;

о целесообразности использования в дальнейшем средств предупреждения нежелательной беременности;

о послеабортном периоде, в том числе режиме половой жизни, и возможных последствиях при его нарушении.

С предварительной подготовкой шейки матки лекарствами: согласна; не согласна.

Мне даны разъяснения об этапах проведения хирургического метода искусственного прерывания беременности путем мануальной вакуум аспирации:

я должна принять Мизопростол \_\_\_\_\_ мкг за \_\_\_\_\_ часов до начала процедуры с целью подготовки шейки матки.

После проведения гинекологического осмотра врач акушер-гинеколог раскрывает шейку матки в зеркалах, проводит обработку антисептическим средством, осуществляет обезболивание и захватывает шейку матки инструментом.

В зависимости от срока беременности подбирается номер пластмассовой одноразовой канюли, которую вводят в полость матки , соединяют со шприцом и проводят удаление плодного яйца.

Во время процедуры я буду чувствовать тянущие боли внизу живота, которые быстро проходят сразу после окончания процедуры. Длительность процедуры составляет 3-5 мин в зависимости от срока беременности. Как только я буду чувствовать себя хорошо, я могу получить консультацию и уйти из клиники. Я понимаю, что после аборта при необходимости могу вернуться на контрольный осмотр.

Мне даны разъяснения о следующих возможных осложнениях и последствиях проведения хирургического аборта:

во время процедуры: травма и прободение матки с возможным ранением внутренних органов и кровеносных сосудов, кровотечение, что может потребовать расширения объема операции вплоть до чревосечения и удаление матки и др.;

в послеабортном периоде: скопление крови (гематометра) или остатков плодного яйца в полости матки, плацентарный полип (до месяца послеабортного периода), острый воспалительный процесс матки и придатков, вплоть до развития перитонита, что потребует оперативного вмешательства, не исключая удаление матки и др.;

отдаленные последствия: бесплодие, внематочная беременность, невынашивание беременности, нарушение менструального цикла, хронические воспалительные заболевания половых органов, преждевременные роды и др.

Не может быть 100 % гарантии предотвращения возможных осложнений, но их частота невелика и составляет суммарно не более 5 %.

В случае необходимости неотложной медицинской помощи, или если меня будет что-то беспокоить в послеабортном периоде, я могу обратиться в лечебное учреждение \_\_\_\_\_ . Я понимаю, что если я попаду в другое лечебное учреждения с проблемами, связанными с проведенным абортом, то я должна сообщить об этом врачу.

Я согласна соблюдать условия данного протокола и при необходимости находиться в клинике до завершения процедуры прерывания беременности, а также вернуться в клинику для контрольного обследования.

Получив полную информацию об искусственном прерывании беременности, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, на меня не оказывалось давление, я осознанно принимаю решение и добровольно даю согласие на проведение мне хирургического аборта.

Я имела возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получила исчерпывающие ответы.

#### **Заключение**

Получив полную информацию о возможных последствиях и осложнениях в связи с проведением хирургического аборта, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, на меня не оказывалось давление, и я осознанно принимаю решение о проведении мне процедуры

Пациент (Ф.И.О.) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Я свидетельствую, что мною в полной мере разъяснены пациентке суть, ход выполнения, риск возможных осложнений и альтернатива проведения хирургического прерывание беременности, даны ответы на все вопросы.

Врач (Ф.И.О.) \_\_\_\_\_  
Дата \_\_\_\_\_

### ПРИЛОЖЕНИЕ 3

#### **Информированное добровольное согласие на проведение искусственного прерывания беременности после 12 недель по медицинским и социальным показаниям**

В лечебном учреждении: \_\_\_\_\_

Медицинский документ (название) № \_\_\_\_\_

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия имя печатными буквами)

Год рождения \_\_\_\_\_; телефон: \_\_\_\_\_

Домашний адрес \_\_\_\_\_

в соответствии с Законодательством Республики Узбекистан об охране здоровья граждан, настоящим подтверждаю свое согласие на проведение мне искусственного прерывания беременности.

Я проинформирована о моем диагнозе: \_\_\_\_\_

и ознакомлена с причинами необходимости проведения искусственного прерывания беременности: \_\_\_\_\_

Я, Ф.И.О. \_\_\_\_\_ осознанно даю согласие на проведение этой процедуры.

Я проинформирована врачом о нижеследующем:

о сроке моей беременности, о наличии у меня противопоказаний к вынашиванию данной беременности и рождению ребенка;

о методах искусственного прерывания беременности: медикаментозном, хирургическом (мануальная или электрическая вакуумная аспирация); о преимуществах, недостатках этих методов и возможных осложнениях;

о методах обезболивания, их эффективности, возможных осложнениях;

о том, что при условии строжайшего соблюдения соответствующих норм и правил проведение искусственного прерывания беременности любым вышеуказанным методом нет 100% гарантии предотвращения возможных осложнений во время процедуры и послеабортном периоде;

о необходимости приема назначенных мне лекарственных препаратов согласно предписанию лечащего врача;

о целесообразности использования в дальнейшем средств предупреждения нежелательной беременности;

о необходимости прохождения медицинского обследования для контроля за состоянием моего здоровья после аборта в соответствии с назначением лечащего врача;

о послеабортном режиме, в том числе о половой жизни, и возможных последствиях при его нарушении.

Мне представлен выбор метода прерывания беременности в соответствии со сроком моей беременности, и я выбрала метод (подчеркните):

Медикаментозное прерывание беременности;

Хирургический метод с предварительной подготовкой шейки матки.

Мне даны разъяснения об этапах проведения искусственного прерывания беременности по выбранному мною методу.

Я предупреждена, что медикаментозное прерывание беременности может не произойти, или процедура может закончиться неполным абортom. В этих случаях я согласна прервать беременность хирургическим путем (мануальной вакуум-аспирацией и др.).

Я подтверждаю, что ознакомилась с протоколом медикаментозного прерывания беременности, противопоказаниями и побочными эффектами при ее проведении, а также с инструкцией на препараты (подчеркните): Мифепристон, Мизопростол.

Я согласна соблюдать условия данного протокола и при необходимости находиться в клинике до завершения процедуры прерывания беременности, а также вернуться в клинику для контрольного обследования.

Я предупреждена, что при желании могу в любое время отказаться от этого метода и потребовать закончить аборт хирургическим путем.

Я поняла, что: \_\_\_\_\_ (мифепристон) принимаю внутрь в дозе \_\_\_\_\_ в присутствии врача;

через \_\_\_ часов мне \_\_\_\_\_ (указать путь введения) следует принимать Мизопропростол \_\_\_\_\_мкг с дальнейшим повторным приемом препарата до завершения прерывания беременности. Препарат буду принимать самостоятельно в клинике под контролем врача (подчеркнуть один из них);

при наличии неполного аборта возможен повторный прием Мизопростола в той же дозировке и/ или выполнение хирургического (мануальной вакуум -аспирации) аборта.

Мне даны разъяснения:

об основных этапах медикаментозного аборта;

о побочных действиях назначаемых мне препаратов для медикаментозного аборта, а также тех препаратов, которые я могу принять для профилактики рвоты, спазмов, болей, озноба с повышением температуры тела при изгнании плодного яйца из матки;

о возможных осложнениях: аллергической реакции на препараты, патологическом кровотечении/кровопотере, неполном аборте (задержке плодного яйца в полости матки), развитии инфекции и продолжающейся беременности при отсутствии чувствительности моего организма данным препаратам.

Врач предупредил меня, что не может быть 100 % гарантии предотвращения возможных осложнений, но их частота невелика и составляет суммарно не более 5 %, и что не исключена возможность хирургического метода прерывания. Я могу выписаться из клиники сразу после завершения процедуры прерывания беременности и контрольного осмотра врача.

Я информирована врачом также о режиме поведения, в том числе о половой жизни, и возможных последствиях при его нарушении, необходимости приема назначаемых мне лекарственных препаратов в соответствии с предписанием лечащего врача, о возможности и целесообразности использования в дальнейшем средств для предупреждения нежелательной беременности.

Я имела возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получила исчерпывающие ответы.

### **Заключение**

Получив полную информацию о возможных последствиях и осложнениях в связи с проведением медикаментозного аборта, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, на меня не оказывалось давление, и я осознанно принимаю решение о проведении мне процедуры медикаментозного аборта с использованием препаратов:

Пациент ФИО: \_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_

Я свидетельствую, что мною в полной мере разъяснены пациентке суть, ход выполнения, риск возможных осложнений и альтернатива проведения аборта, даны ответы на все вопросы.

Врач \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество)

Подпись: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_

**Примечание.** В случае, искусственного прерывания беременности при врожденных пороках развития плода (ВПР), информированная беседа и получение информированного согласия проводятся в присутствии мужа или других, несущих ответственность за пациентку, родственников (или представителей).

## ПАМЯТКА

**по самонаблюдению для женщины при проведении медикаментозного аборта до 84 дней аменореи (до 12 недель) беременности.**

Вы осознанно приступили к искусственному прерыванию беременности. Срок Вашей беременности \_\_\_\_\_. Вами был выбран метод МА с использованием лекарственных препаратов Мифепристона и Мизопростола.

Вы приняли первую таблетку, содержащую Мифепристон. \_\_\_\_ мкг в таблетках \_\_\_\_ внутрь в часов, дата \_\_\_\_\_ для прерывания беременности.

Через некоторое время после приема препарата у некоторых может начаться небольшое вагинальное кровотечение, у 16% женщин - полное изгнание плодного яйца, но Вы должны обязательно принять следующий вид препарата для эффективности МА.

Вы должны принять таблетку Мизопростола \_\_\_\_ мкг, в таблетках \_\_\_\_ через 24-48 часов, но не позднее чем 72 часов после приема Мифепристона.

Если прошло более 72 часов, то метод надо начать заново и снова принять таблетку Мифепристона.

Примечание: при сомнениях для приема Мизопростола можно обратиться к врачу в поликлинику и под его контролем начать прием препарата.

Мизопростол принимается в дозе \_\_\_\_\_ в таблетках \_\_\_\_\_, под язык/ за щеку ( его рассасывают в течение 30 минут) или во влагалище.

Симптомы. Ожидайте схваткообразные боли и кровотечение, которое может превосходить как обычное, которое бывает у Вас во время менструации.

У большинства женщин вагинальное кровотечение начинается через 1 час или в течение 7 часов после приема Мизопростола. Это кровотечение продолжается около 1-4 часа и уменьшается сразу после того, как плодное яйцо выйдет наружу.

Пейте много жидкости (избегайте алкоголя) и ешьте легкую пищу. Следите за своим кровотечением. Таблетки, которые не растворились полностью, если вы их вставляли во влагалище, с началом кровотечения могут выйти, однако достаточная концентрация активного вещества таблетки для воспроизведения эффекта уже всосалась через слизистую влагалища.

Экстренные случаи. Экстренные случаи бывают редко, но важно быть к ним подготовленной. Желательно, чтобы кто-то из близких был рядом с Вами для поддержки. У вас должен быть номер телефона врача или медицинского учреждения, тел: \_\_\_\_\_ с которым вы можете в любое время связаться, название и адрес лечебного учреждения \_\_\_\_\_ и \_\_\_\_\_ маршрут \_\_\_\_\_ к нему, для предоставления экстренной помощи.

Когда звонить с просьбой о помощи. Если вы думаете, что нуждаетесь в экстренной помощи из-за:

чрезмерного кровотечения: 4 и более прокладки, пропитанные кровью, в течение 2 часов;

чрезмерных спазмов или боли, не снимаемых предписанными обезболивающими препаратами;

температуры от 38 С и выше, которая держится более 4 часов, несмотря на прием парацетамола;

сильной рвоты или диареи (поноса) с длительностью более 4 часов, то

необходимо вызвать машину скорой медицинской помощи или добраться другим транспортом в известное Вам лечебное учреждение.

Период восстановления:

Любая чувствительность груди, связанная с беременностью, должна исчезнуть в течение нескольких дней. Если у вас происходит выделение молока из груди, используйте обтягивающий бюстгальтер с абсорбирующим материалом внутри. Выделение должно прекратиться через день или два.

Тошнота должна прекратиться в течение 24-48 часов.

Обычную деятельность: учебу, работу, вождение автомобиля, можно начать как обычно. Избегайте энергичных действий таких как: тяжелые физические нагрузки, плавание, поднятие тяжестей, верховые поездки и др. в течение не менее 2-х недель.

В связи с риском послеабортной инфекции не рекомендуются сексуальные контакты в течение 7-10 дней.

Вы сможете забеременеть через 8 дней после приема Мифепристона. Если с врачом не обсудили подходящий для Вас метод контрацепции, используйте презерватив при половом контакте до следующего Вашего визита к врачу.

Вы можете питаться по Вашему желанию. Однако, если у вас тошнота, вы почувствуете себя лучше при соблюдении осторожности в еде.

Применение гигиенических средств: купание только под душем, не рекомендуется купаться в водоёмах, бассейнах, ванной, ходить в сауну; использовать желательны гигиенические прокладки, а не тампоны, особенно в день приема Мизопростол. Спринцевания проводить не рекомендуются.

Контрольный визит. Осмотр врачом акушером-гинекологом должен быть выполнен спустя 7-14 дней после первого визита. Если Вы убедились в полном изгнании плодного яйца (т.е. увидели части плодного яйца), контрольный визит необязателен.

Вас должен осмотреть врач на гинекологическом кресле. При необходимости следует провести ультразвуковое обследование для определения завершенности аборта. Не стесняйтесь связаться с нами и вернуться в клинику в любой момент в процессе процедуры аборта.

У большинства женщин (95 %) аборт завершается к моменту контрольного визита.

Редко беременность может продолжаться (около 1 %), когда лекарства не действуют. В таких случаях врач рекомендует повторный прием Мизопростол или другой метод (использование вакуумной аспирации) и направляет Вас в лечебное учреждение, где выполняется это процедура.

Препараты Мифепристон, как и Мизопростол, не увеличивают риск врожденных пороков у плода, хотя этот вопрос в клинических условиях достаточно не исследован, поэтому продолжать беременность можно под наблюдением.

Если беременность не развивается, но и не удалась из полости матки (около 5 %), вы можете выбрать из ниже предложенных действий: а) повторить Мизопростол и вернуться для проверки через неделю или б) выбрать хирургический аборт.

Повторить попытку или назначить вакуумный аборт придется, если у Вас не прервалась беременность в течение 2 недель после вашего первоначального визита.

Возможность вакуумного аборта. Медикаментозный аборт в более чем 95 % случаев является эффективным.

Некоторым женщинам понадобится вакуумная аспирация для завершения процесса, если медикаменты не были полностью эффективными или проявилось чрезмерное кровотечение.

**Памятка по самонаблюдению для женщины постабортном периоде.**

Вы осознанно прошли процедуру искусственного прерывания беременности.

Вы можете покинуть клинику сразу после получения постабортного консультирования у врача и при хорошем самочувствии.

В период восстановления вы можете отмечать:

незначительные спазмы матки в течение нескольких последующих дней, которые можно устранить приемом нестероидных противовоспалительных препаратов, назначенных Вашим врачом;

незначительные кровянистые выделения наподобие менструальных длительностью до 30 дней с постепенным снижением интенсивности;

Вам необходимо соблюдать инструкцию относительно приема любых прописанных врачом лекарственных препаратов;

Применение гигиенических средств: купание только под душем, не рекомендуется купаться в водоёмах, бассейнах, ванной, ходить в сауну; использовать желательно гигиенические прокладки, а не тампоны. Спринцевания проводить не рекомендуется.

Любая чувствительность груди, связанная с беременностью, должна исчезнуть в течение нескольких дней. Если у вас происходит выделение молока из груди, используйте обтягивающий бюстгальтер с абсорбирующим материалом внутри. Выделение должно прекратиться через день или два.

Тошнота, связанная с беременностью должна прекратиться в течение 24-48 часов.

Обычную деятельность: учебу, работу, вождение автомобиля, можно начать как обычно. Избегайте энергичных действий, таких как тяжелые физические нагрузки, плавание, поднятие тяжестей, верховые поездки и др. в течение не менее 2-х недель.

Рекомендуется воздержаться от половых отношений, пока продолжается кровотечение.

Очередная менструация возобновляется через 4-8 недель;

Детородная функция восстановится в скором времени после проведения процедуры (через 7-10 дней), поэтому, если в настоящее время беременность нежелательна, необходимо получить информацию о методах предохранения от нежелательной беременности и выбрать для Вас приемлемый метод.

Экстренные случаи. Экстренные случаи бывают редко, но важно быть к ним подготовленной. У вас должен быть номер телефона врача или медицинского учреждения, тел: \_\_\_\_\_ с которым вы можете в любое время связаться, название и адрес лечебного учреждения \_\_\_\_\_ для предоставления экстренной помощи.

**Признаки и симптомы, требующие незамедлительного обращения в клинику:**

- длительное и/или более обильное кровотечение, нежели выделения во время обычной менструации (более 2 прокладок за час в течение двух часов подряд);
- сильные или усиливающиеся боли, не снимаемые предписанными обезболивающими препаратами;
- выделения с неприятным запахом;
- повышение температуры тела, озноб;
- обмороки (потери сознания);

Необходимо вызвать машину скорой медицинской помощи или добраться другим транспортом в известное Вам лечебное учреждение.

Контрольный визит необязателен. При необходимости не стесняйтесь связаться с нами и вернуться в клинику в любой момент.



Босишга рухсат этилди: 25.01.2022  
Бичими: 60x84 1/8 «Times New Roman»  
гарнитурада рақамли босма усулда босилди.  
Шартли босма табағи 5. Адади: 100. Буюртма: № 07

100060, Тошкент, Я. Ғуломов кўчаси, 74.  
Тел.: +998 90 9722279, [www.tiraj.uz](http://www.tiraj.uz)

«TOP IMAGE MEDIA»  
босмаҳонасида чоп этилди.